

Inhoud

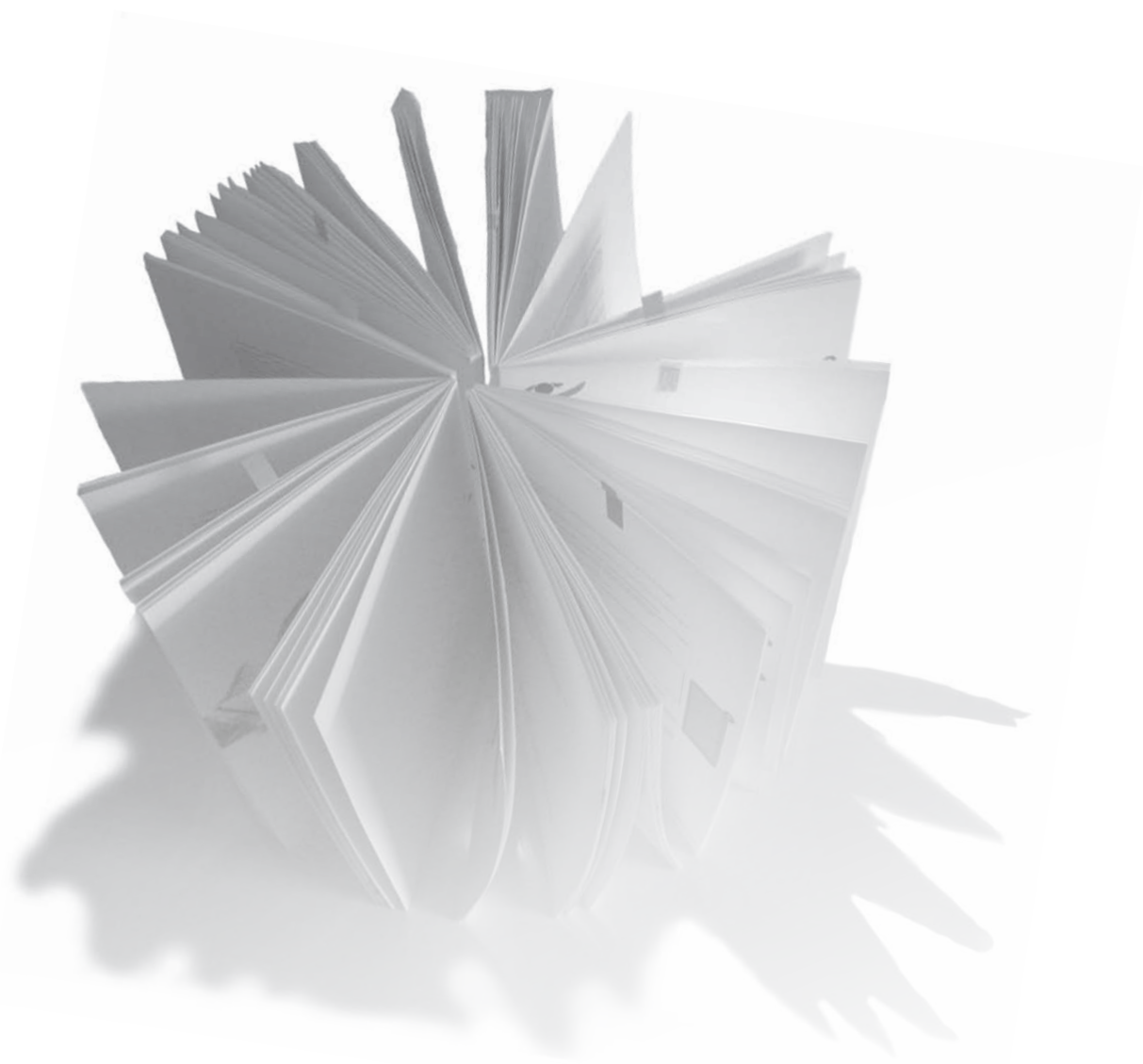
1 ^e Deel - Studies ¹	5
De vreemdeling als gerechtigde binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, door P. Breyne	6
2 ^e Deel – Evolutie van de wetgeving over de verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen	55
4 ^e trimester 2010	56
3 ^e Deel – Rechtspraak	73
I. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, arrest nr. 209.282 van 29 november 2010 Gerechtelijk Wetboek, artikelen 2, 828 en volgende Wet van 14 juli 1994, artikel 145 Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Wijze waarop de leden worden voorgedragen – Rechtsprekende functie – Onpartijdigheid	74
II. Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, arrest nr. 211.299 van 16 februari 2011 Gerechtelijk Wetboek, artikel 828 Wet van 14 juli 1994, artikelen 142-143, 146 en 154-155 Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Adviserend geneesheren – Onpartijdigheid - Rechtsprekende functie	76
III. Raad van State, arrest nr. 211.893 van 10 maart 2011 Wet van 14.7.1994, artikel 56 ^{ter} Referentiebedragen – Beslissing RIZIV – Administratief beroep verzekeringscomité – Onontvankelijk beroep	85
IV. Grondwettelijk Hof, Arrest nr. 51/2011 van 6 april 2011 B.W. art. 2277 ^{bis} Wet van 14 juli 1994, artikel 174 Verzorgingsinstellingen – Vordering ten aanzien van de patiënt – Verjaring – Stuiting – Geen verschil in behandeling – Vordering verzekeringsinstellingen	85
V. Hof van Cassatie van 14 februari 2011 Gerechtelijk Wetboek, artikel 1138, 2 ^o Principe van de autonomie van de partijen – Verbod om ultra petita te beslissen – Van openbare orde	90

1. De ondertekende bijdragen verbinden enkel hun auteur(s).

VI.	Arbeidshof van Luik, 10 maart 2011 Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Voorafgaande toestand – Verergering van de letsels – Beroepsgroep	92
VII.	Arbeidshof Antwerpen, afdeling Antwerpen, 8 maart 2011 Ger.Wb, art. 1022 – K.B. van 3 juli 1996, artikel 122, § 3 en 147, § 3 Woon- en zorgcentrum – Forfaitaire tegemoetkoming – Betwisting afhankelijkheidscategorie – Niet in geld evalueerbaar geschil - Rechtsplegingsvergoeding	94
4^e Deel - Parlementaire vragen en antwoorden		97
I.	Ziekte van Huntington Chronisch zieken – zorgforfait – Verhoogde tegemoetkoming – Maximumfactuur	98
II.	Invaliditeit Socio-professioneel re-integratiebeleid	100
III.	Uitkeringsverzekering Gedeeltelijke werkhervatting – Verschillende behandeling loontrekkenden en zelfstandigen – Cijfers voor 2009 en 2010	102
5^e Deel - Richtlijnen van het RIZIV		107
	Verlenging rechten arbeidsongeschikte zelfstandigen	108
6^e Deel - Basisgegevens		109
I.	VT-statuut. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5 ^o en 6 ^o) vanaf 1 mei 2011	110
II.	Grensbedrag van de jaarinkomens, dat de residenten niet mogen bereiken om een vermindering van de persoonlijke bijdrage te genieten (art. 134, 3 lid van het K.B. van 03.07.1996) Residenten, indexatie en jaarlijks gemiddelde	110
III.	Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens	112
IV.	Een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid Algemene regeling en regeling der zelfstandigen	113
V.	Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2011 Berekening van de aanvullende bijdrage	113
VI.	Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen	116

7 ^e Deel - Statistieken	119
Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voor geneeskundige verzorging - Jaar 2010	120
8 ^e Deel - Bibliografie	141
Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011	142
9 ^e Deel - Prijzen van de publicaties	143
Publicaties van het RIZIV en tarieven voor 2011	144
 VRAGENLIJST	149

1^e Deel Studies



De vreemdeling als gerechtigde binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Door Pascal Breyne, attaché, Directie Juridische zaken en toegankelijkheid



Meest gebruikte afkortingen:

BIVR = Bewijs van
Inschrijving in het
Vreemdelingenregister
CGVS = Commissaris-
Generaal voor de
Vluchtelingen en de
Staatlozen
DVZ = Dienst
Vreemdelingenzaken
EER = Europese
Economische Ruimte
E.G. = Europese
Gemeenschap
E.U. = Europese Unie
ICSI = Interministeriële
Conferentie Sociale
Integratie
RvV = Raad voor
Vreemdelingenbetwistingen
Sw. = Strafwetboek
Vb. = Vreemdelingenbesluit
V.I. = Verzekeringsinstelling
Vw. = Vreemdelingenwet
WBN = Wetboek van
Belgische Nationaliteit
De bijlagen waarnaar
verwezen wordt zijn
de bijlagen bij het
Vreemdelingenbesluit.

I. Inleiding

Artikel 32, 1^e lid, 15^o van de wet betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna de GVVU-wet), werd ingevoerd bij Koninklijk besluit van 25 april 1997.

Met de invoering van dit wetsartikel werd, in het kader van de toegankelijkheid van de verzekering voor geneeskundige verzorging, voor de eerste keer in de betrokken wetgeving uitdrukkelijk verwezen naar de vreemdelingen aanwezig op Belgisch grondgebied.

Al snel ging echter blijken dat de betrokken wetsbepaling “een zorgenkindje” betreft.

Amper een paar maanden na de publicatie in het Belgisch Staatsblad van voormeld Koninklijk besluit, richt de Dienst Vreemdelingenzaken een brief¹ aan het RIZIV, waarin deze meldt dat de betrokken wetsbepaling gebreken vertoont.

Eenzijds zou de betrokken wetsbepaling op foutieve wijze inspelen op de belangrijke tweedeling in het verblijfsrecht tussen een machtiging tot verblijf en een toelating tot verblijf. Daarnaast zou de betrokken wetsbepaling, die inspeelt op een machtiging tot verblijf voor meer dan zes maanden, niet kaderen binnen de vreemdelingenwetgeving die het kort of lang verblijf definieert als een verblijf voor minder of meer dan drie maanden.

Besluit van de Dienst Vreemdelingenzaken was dat het doel beoogd met de betrokken wetsbepaling niet bereikt was. Meer bepaald veronderstelde een correcte interpretatie van de betrokken wetsbepaling in het kader van de vreemdelingenwetgeving dat de vreemdelingen toegelaten tot verblijf in het kader van de procedure tot gezinshereniging werden uitgesloten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Naast dit probleem, onderging de vreemdelingenwetgeving sinds de invoering van artikel 32, eerste lid, 15^o van de GVVU-wet (en van het artikel 128*quinquies* van het Koninklijk besluit van 03.07.1996 tot uitvoering van de GVVU-wet (hierna het K.B. van 03.07.1996), bij K.B. van 29.12.1997) diepgaande wijzigingen. Met als gevolg dat de tekst van beide bepalingen hoe dan ook achterhaald was.

In deze bijdrage wordt geschetst welke vreemdelingen op basis van de huidige versie van beide voormelde artikels, gerechtigde zijn binnen de verplichte ziekteverzekering. In de hoop dat deze bijdrage een eerste aanzet mag zijn naar een hervorming van de betrokken reglementaire teksten.

1. Brief van 12.08.1997 van de Directeur-Generaal van de Dienst Vreemdelingenzaken gericht aan de Dienst voor Geneeskundige verzorging van het RIZIV.

II. Historisch overzicht²

Laten we, alvorens in te gaan op de huidige wettekst met betrekking tot de vreemdelingen als gerechtigde resident binnen de verzekering voor geneeskundige verzorging, even stilstaan bij het verleden en meer bepaald bij de ontstaansgeschiedenis van artikel 32, 1^e lid, 15^o van de GVVU-wet en van artikel 128*quinquies* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Bij de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, werd een stelsel van verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit ingevoerd. In haar beginperiode verschijnt de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering als een zuiver sociaal verzekeringssysteem voor één bepaalde beroepscategorie, met name de werknemers (en hun familieleden).

Door de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering³, werd de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering beheersmatig gesplitst in een verzekering voor geneeskundige verzorging en een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid. De Koning kreeg daarbij de bevoegdheid het toepassingsgebied van de verzekering voor geneeskundige verzorging uit te breiden naar een groot aantal bevolkingscategorieën⁴, inclusief een aantal bevolkingscategorieën die geen enkele band met een beroepsactiviteit bezitten.

Dit resulteerde o.a. in de invoering van het stelsel van geneeskundige verzorging voor de nog niet beschermde personen bij het Koninklijk besluit van 28 juni 1969 tot verruiming van de werkings sfeer van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tot de nog niet beschermde personen, hetgeen te beschouwen valt als de voorloper van het huidig artikel 32, 1^e lid, 15^o van de GVVU-wet. Dit residuair⁵ stelsel⁶ werd ingevoerd als vangnet van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en stond open voor alle personen die sedert ten minste zes maanden hun hoofdverblijfplaats hadden in België. Zodoende was de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, van een zuiver sociaal verzekeringssysteem voor één bepaalde beroepscategorie geëvolueerd naar een verzekering die vrijwel de ganse Belgische bevolking omvatte.

Niettegenstaande het alomvattende toepassingsgebied van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, werd de toegang tot de verzekering voor geneeskundige verzorging nog steeds als problematisch aanvoeld⁷. Zo pleitte het Algemeen verslag over de armoede in 1994 voor een werkelijke veralgemening van de verzekering voor geneeskundige verzorging tot elke persoon die legaal op het Belgisch grondgebied verblijft, en dus o.a. voor het afschaffen van de voorafgaande verblijfsvoorwaarde van 6 maanden in het stelsel van de nog niet beschermde personen⁸.

Een werkgroep ad hoc binnen het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met name de Werkgroep Verzekerbaarheid, werd belast met een onderzoek naar de mogelijkheid om de doelstellingen van het Algemeen verslag over de armoede te realiseren.

2. D. Marcellis, Trends in de ontwikkeling van de verzekering voor geneeskundige verzorging van 1945 tot 1995, in *Vijftig jaar sociale zekerheid... en daarna?*, Deel 4: Waarheen met de gezondheid?, Bruylant, Brussel, 1995, blzn. 23-48.

3. Deze wet zal een dertigtal jaar later, na diepgaande wijzigingen en een coördinatie, verworden tot de huidige gecoördineerde wet van 14.07.1994.

4. Het aantal werd naderhand zelfs in de wet vastgelegd.

5. Men kon slechts toetreden tot dit stelsel indien men onderworpen kon zijn noch aan een andere Belgische of buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging noch aan een ander stelsel van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

6. Naast het stelsel voor de nog niet beschermde personen, bestonden als residuaire stelsels ook een stelsel voor de mindervaliden, een stelsel voor de studenten hoger onderwijs, een stelsel voor de leden van een kloostergemeenschap en een stelsel voor de gewezen koloniale ambtenaren.

7. Zie daartoe o.a. P. Hendrick, *ATD Vierde Wereld en de gezondheidsproblemen van haar leden*, in F. Louckx, *De gevelarchitectuur van de welvaartsstaat*, VUB Press, Brussel, 1995, blzn. 165-166.

8. Zie Nota 96/9 Werkgroep Verzekerbaarheid RIZIV van 12.12.1996.

Het werk van deze werkgroep resulteerde in de belangrijke hervorming van de verzekeraarbaarheid bij het Koninklijk besluit van 25 april 1997 houdende maatregelen om de toegang tot de regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging te veralgemenen en te versoepelen, in het bijzonder voor de sociaal-economisch achtergestelde groepen, ter uitvoering van de artikelen 11, 2^o, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels. De verzekering voor geneeskundige verzorging bestond voortaan nog maar uit twee grote stelsels, met name een algemeen stelsel, met dekking voor alle risico's, en een stelsel voor de zelfstandigen en de leden van een kloostergemeenschap, met dekking voor enkel de grote gezondheidsrisico's. De integratie van het residuaire regime van de nog niet beschermde personen in het algemene stelsel werd daarbij bewerkstelligd door in artikel 32, 1^e lid, van de GVVU-wet, een 15^o in te voeren. Artikel 32, 1^e lid, 15^o van de GVVU-wet gaat, in tegenstelling tot voormeld residuaire regime, niet meer uit van de effectieve hoofdverblijfplaats in België (te bewijzen door een inschrijving in het Rijksregister of voor personen zonder referentieadres door alle bewijsmiddelen als zodanig erkend door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV), maar wel van de inschrijving in het Rijksregister. De voorafgaande verblijfsvoorwaarde van 6 maanden werd daarbij afgeschaft.

De ruime categorie van ingeschrevenen in het Rijksregister behield daarbij een beperkt residuaire karakter, met name door het feit dat werden uitgesloten uit deze categorie: de zelfstandigen en de leden van een kloostergemeenschap, de personen die recht kunnen hebben krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling voor geneeskundige verzorging, en de vreemdelingen die niet van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in België zijn toegelaten of die niet gemachtigd zijn tot vestiging of een verblijf van meer dan 6 maanden. De Koning werd de mogelijkheid gegeven om afwijkingen te voorzien op deze uitsluitingen.

De laatste mogelijkheid voor de Koning resulteerde in het Koninklijk besluit van 29 december 1997 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVVU-wet, waarbij een artikel 128*quinquies* werd ingevoerd in het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Ingevolge de integratie van de kleine risico's in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de zelfstandigen bij Wet van 26 maart 2007 en Koninklijk besluit van 1 juli 2008, werd artikel 32, eerste lid, 15^o van de GVVU-wet en artikel 128*quinquies* van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 een laatste maal gewijzigd om te verworden tot de huidige artikels.

III. Hervorming van de vreemdelingenwetgeving⁹

De vreemdelingenwetgeving heeft het afgelopen decennium diepgaande wijzigingen ondergaan.

Aanleiding tot deze wijzigingen is de recente Europeanisering van het asiel- en migratierecht, die België als E.U.-lidstaat verplicht zijn regelgeving in overeenstemming te brengen met een aantal Europese richtlijnen en verordeningen.

Het Verdrag van Amsterdam, dat op 1 mei 1999 in werking is getreden, heeft het inderdaad mogelijk gemaakt dat de Europese samenwerking op het terrein van asiel en migratie een nieuwe start nam dankzij een wijziging niet alleen in de structuren, maar vooral ook in de bevoegdheden van de Europese Unie. Het migratie- en asielbeleid werd met name overgeheveld naar de "eerste peiler", waardoor de Europese Unie op deze terreinen zelf bevoegdheden heeft verkregen.

9. M.-C. FOBLETS en D. VANHEULE, Anno 2006: de Belgische wetgever brengt het vreemdelingenrecht in lijn met de Europese regelgeving. Een tussentijdse stand van zaken, RW 2006/2007, blzn. 902-920 ; M.-C. FOBLETS, D. VANHEULE en S. BOUCKAERT, De nieuwe asielwetgeving: het Belgische asielrecht kleurt Europees, RW 2006/2007, 942-957 ; ADDE, Introduction à la réforme du droit des étrangers, www.adde.be.

Ook werden een aantal wijzigingen doorgevoerd, onafhankelijk van enige Europese richtlijn of verordening.

Voor een goed begrip van de doorgevoerde wijzigingen¹⁰ wordt een onderscheid gemaakt tussen de nieuwe asielprocedure enerzijds en de andere wijzigingen van de vreemdelingenwetgeving anderzijds.

1. Asielprocedure

2006 zal in de annalen van het Belgische vreemdelingenrecht als een bewogen jaar geboekstaafd blijven. Met de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, en de wet van 15 september 2006 tot hervorming van de Raad van State en tot oprichting van een Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, onderging het asielrecht de grootste hervorming in de voorbije twintig jaar.

Deze wetten van 15 september 2006 zijn omzettingen van de zgn. kwalificatierichtlijn 2004/83/EG¹¹ en procedurerichtlijn 2005/85/EG¹² van de Raad.

De grootste innovatie ingevolge de kwalificatierichtlijn betreft ongetwijfeld de invoering van de subsidiaire beschermingsstatus. Tot aan de inwerkingtreding van de wetwijziging op 10 oktober 2006, leidde enkel een erkenning als vluchteling tot een verblijfsstatus die rechtstreeks uit de wet voortvloeit. Personen die om andere redenen (dan vervolging wegens religie, nationaliteit, politieke overtuiging, ras en/of het behoren tot een bepaalde sociale groep) bescherming vroegen, konden enkel een verblijfsrecht krijgen indien de Minister van binnenlandse zaken binnen zijn algemene discretionaire beslissingsbevoegdheid om verblijfsmachtigingen te verlenen, daarmee instemde. Sinds 10 oktober 2006 kunnen ook personen, die een subsidiaire bescherming nodig hebben, binnen het kader van de asielprocedure een verblijfsstatuut verwerven.

Artikel 48/4 van de Vw. bepaalt dat de subsidiaire beschermingsstatus wordt toegekend *“aan de vreemdeling, die niet voor de vluchtelingenstatus in aanmerking komt en die geen beroep kan doen op art. 9ter, en ten aanzien van wie er zwaarwegende gronden bestaan om aan te nemen dat, wanneer hij naar zijn land van herkomst, of in het geval van een staatloze, naar het land waar hij vroeger gewoonlijk verbleef, terugkeert, een reëel risico zou lopen op ernstige schade (...) en die zich niet onder de bescherming van dat land kan of, wegens dat risico, wil stellen en niet onder de uitsluitingsgronden zoals bepaald in artikel 55/4, valt”*. De ernstige schade bestaat, volgens paragraaf 2 van het artikel, uit *“a) doodstraf of executie; of, b) foltering of onmenselijke of vernederende behandeling of bestraffing van een verzoeker in zijn land van herkomst; of, c) ernstige bedreiging van het leven of de persoon van een burger als gevolg van willekeurig geweld in het geval van een internationaal of binnenlands gewapend conflict”*.

10. Enkel de belangrijkste wijzigingen van de vreemdelingenwetgeving worden besproken. Een exhaustief overzicht van de wijzigingen aan de vreemdelingenwetgeving heeft geen toegevoegde waarde voor deze bijdrage.

11. Richtlijn 2004/83/EG van de Raad van 29.04.2004 inzake minimumnormen voor de erkenning van onderdanen van derde landen en staatlozen als vluchteling of als persoon die anderszins internationale bescherming behoeft.

12. Richtlijn 2005/85/EG van de Raad van 01.12.2005 betreffende de minimumnormen voor de procedures voor de toekenning en de intrekking van de vluchtelingenstatus.

Ingevolge de procedurerichtlijn werd door de wetten van 15 september 2006 de tweedeling van de asielprocedure in een ontvankelijkheidsonderzoek (door de Dienst Vreemdelingenzaken (hierna afgekort tot DVZ) en de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (hierna afgekort tot CGVS) met beroep bij de Raad van State¹³) en een gegrondheidsonderzoek (door de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen met beroep bij de Vaste Beroepscommissie voor vluchtelingen¹⁴) afgeschaft en vervangen door een ondeelbare asielprocedure bestaande uit een administratief gedeelte (voor de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen) en een jurisdictioneel gedeelte (voor de Raad voor Vreemdingenbetwistingen met cassatieberoep bij de Raad van State).

Artikel 128^{quinquies} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat bepaalt dat gerechtigde is op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging, “*de kandidaat vluchtelingen*”¹⁵ waarvan de aanvraag ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissari-aat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen” is dan ook achterhaald.

In de nieuwe asielprocedure, van toepassing met ingang van 1 juni 2007, is de rol van de DVZ voortaan beperkt tot het vaststellen van de identiteit en de reisweg van de asielzoeker en het onderzoek naar de verantwoordelijkheid van België dan wel van een andere E.U.-lidstaat voor de behandeling van het asielverzoek in het licht van de criteria van de Dublin II-Verordening. Ook behoudt de DVZ de bevoegdheid om een herhaald asielverzoek buiten beschouwing te laten indien er geen nieuwe gegevens worden aangebracht.

Het onderzoek van de gegrondheid van de asielaanvraag zal vooreerst gebeuren door de CGVS. Tegen de beslissing van de CGVS staat vervolgens hoger beroep open bij de Raad voor Vreemdingenbetwistingen, wiens arresten vatbaar zijn voor cassatieberoep bij de Raad van State.

Naast de invoering van de subsidiaire beschermingsstatus en de hervorming van de asielprocedure, mag niet onvermeld worden gelaten, dat, met de wet van 12 januari 2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen, de materiële steun werd ingevoerd voor asielzoekers die o.a. medische begeleiding omvat.¹⁶ Ook deze wet is een omzetting van een Europese richtlijn, te weten de opvangrichtlijn 2003/9/EG¹⁷ van de Raad.

2. Overige wijzigingen

Naast de asielprocedure werden over de jaren heen talrijke nieuwe verblijfsstatuten ingevoerd in de Vw. Bestaande verblijfsstatuten daarnaast ondergingen diepgaande wijzigingen.

Het eerste nieuwe verblijfsstatuut dat werd ingevoerd betreft de “tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom door ontheemden”. Het werd ingevoerd door de wet van 28 maart 2003 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, die de omzetting vormt van Richtlijn 2001/55/EG van de Raad van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een evenwicht tussen de inspanning van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen.

13. In de oude asielprocedure nam de Dienst Vreemdelingenzaken vooreerst een beslissing over de ontvankelijkheid van de asielaanvraag. Indien de asielaanvraag onontvankelijk werd verklaard, stond een dringend beroep open bij de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen. Tegen een negatieve beslissing van de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen stond tenslotte een beroep tot nietigverklaring open bij de Raad van State.

14. In de oude asielprocedure werd een asielaanvraag, ontvankelijk verklaard door de Dienst Vreemdelingenzaken of door de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen na dringend beroep, ten gronde onderzocht door de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen. Tegen een negatieve beslissing ten gronde stond een beroep open bij de Vaste Beroepscommissie voor vluchtelingen.

15. Aangezien een asielaanvraag sinds de wetswijziging niet enkel meer een aanvraag tot erkenning als vluchteling inhoudt, maar ook een aanvraag tot toekenning van de subsidiaire beschermingsstatus, werd de term “kandidaat-vluchteling” in de Vw. bovendien doelbewust vervangen door “asielzoeker”.

16. Zie stagewerk J. HERNOULD, “Accès aux soins de santé des demandeurs d’asile : problématique et piste de réforme” over de correlatie tussen de verzekering voor geneeskundige verzorging en de materiële steun aan asielzoekers.

17. Richtlijn 2003/9/EG van de Raad van 27.01.2003 tot vaststelling van minimumnormen voor de opvang van asielzoekers in de lidstaten.

Bedoeling was om voor situaties waarin E.U.-lidstaten plots te maken krijgen met een massale instroom van ontheemden, d.i. mensen die gevlucht zijn voor een gewapend conflict of voor algemene schendingen van de mensenrechten en die niet op een veilige manier kunnen terugkeren, een tijdelijk beschermingsmechanisme te voorzien dat op een solidaire wijze wordt uitgevoerd door alle E.U.-lidstaten.

Met de wet van 15 september 2006 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, werd, naast de hervorming van het asielrecht, ook de Richtlijn 2003/86/EG van de Raad van 22 september 2003 inzake het recht op gezinshereniging en de Richtlijn 2004/81/EG van de Raad van 29 april 2004 betreffende de verblijfstitel die in ruil voor samenwerking met bevoegde autoriteiten wordt afgegeven aan onderdanen van derde landen die het slachtoffer zijn van mensenhandel of hulp hebben gekregen bij illegale migratie, omgezet in Belgische wetgeving.

Ingevolge de eerste Richtlijn werd in de Vw. een onderscheid ingevoerd tussen gezinshereniging met een derdelander (d.i. een niet E.U.-onderdaan) met een onbeperkt verblijfsrecht in België en gezinshereniging met een derdelander met een beperkt verblijfsrecht in België. Als regel werd daarbij bepaald dat de verblijfssituatie van de vreemdeling die nakomt volledig wordt afgestemd op de beperkingen inzake het verblijf van de gezinshereniger (= persoon die vervoegd wordt)¹⁸.

Door de wetwijziging werd het toepassingsgebied van de gezinshereniging met een derdelander met onbeperkt verblijfsrecht in België uitgebreid. Zo verkregen alleenstaande minderjarige vluchtelingen het recht om zich door hun ouders te laten vervoegen. Ook werd voortaan tot verblijf toegelaten¹⁹, de vreemdeling die door een overeenkomstig de Belgische wet of een buitenlandse wet geregistreerd partnerschap verbonden is met de gezinshereniger, die zich bij hem komt voegen en die met deze gezinshereniger een naar behoren geattesteerde relatie van minstens 1 jaar onderhoudt.

Om gedwongen huwelijken te vermijden, werd de leeftijdsgrens voor gezinshereniging met echtgenoot of partner, tot dan vastgelegd op 18 jaar, echter verhoogd tot 21 jaar in het geval waarin de huwelijksband wordt gecreëerd na de aankomst in België van de (toekomstige) partner uit het buitenland. Andere verstrengingen waren de uitdrukkelijke uitsluiting van de procedure tot gezinshereniging van kinderen uit een polygaam huwelijk²⁰, de invoering van een aantal materiële voorwaarden zoals o.a. het bezit van een ziektekostenverzekering, het feit dat de nakomende partner pas na drie jaar - vroeger was dit één jaar - beperkt, verlengbaar verblijfsrecht een onbeperkte toelating tot verblijf krijgt, en de verplichting om de aanvraag in de regel in te dienen in het buitenland - vroeger was dit in België - en slechts bij uitzondering in België.

Daarentegen werd het vroegere cascadeverbod op een veel minder dwingende wijze vervangen door een wachttermijn van 2 jaar, voor een vreemdeling aan wie het recht op verblijf werd toegekend in de hoedanigheid van echtgenoot of geregistreerde partner en die zich na overlijden van de gezinshereniger of echtscheiding of verbreking van het partnerschap op zijn beurt wenst te laten vervoegen door een nieuwe partner uit het buitenland.

Bij de gezinshereniging met een derdelander met een beperkt verblijfsrecht in België, worden voortaan de situaties onderscheiden van gezinshereniging met een student en gezinshereniging met een derdelander met beperkt verblijfsrecht in het algemeen.

18. De regels inzake gezinshereniging ondergingen recent nog een wijziging door de wet van 8.07.2011 tot wijziging van de wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen wat betreft de voorwaarden tot gezinshereniging. Deze wet, gepubliceerd in het B.S. op 12.09.2011, is in werking getreden op 22.09.2011. Met deze recente wetwijziging werd in deze bijdragen geen rekening gehouden.

19. De juridische basis voor deze praktijk was tot dan louter uitgewerkt in een rondzendbrief van DVZ.

20. Dit om situaties te vermijden, waarbij het kind zou worden toegelaten tot verblijf, maar de moeder van het kind niet.

Ingevolge de 2^{de} Richtlijn, werd aan de bestaande praktijk bij omzendbrief²¹ van DVZ om slachtoffers van mensenhandel bescherming te bieden, een wettelijke basis gegeven. Nieuw is weliswaar dat, naast de slachtoffers van het misdrijf mensenhandel in de zin van artikel 433*quinquies* van het Strafwetboek, ook slachtoffers van mensensmokkel nu bescherming kunnen krijgen. De wet van 15 september 2006 voert een gefaseerd systeem in, waarbij de vreemdeling in ruil voor samenwerking met de gerechtelijke overheden uiteindelijk een verblijfstitel voor onbepaalde duur kan verkrijgen.

De regering heeft de voormelde omzettingsoperatie ook te baat genomen om aan het stelsel van toenmalig artikel 9, derde lid, van de Vw., te sleutelen. Die bepaling liet in de praktijk toe dat vreemdelingen, die in buitengewone omstandigheden bij de burgemeester van hun feitelijke verblijfplaats in België een aanvraag tot het verkrijgen van een machtiging tot verblijf hadden ingediend, op individuele basis werden geregulariseerd. Deze procedure werd de laatste jaren vóór de voormelde wetwijziging van september 2006 ernstig bekritiseerd omwille van zijn ondoorzichtigheid, en omdat ze over de jaren heen *de facto* was uitgegroeid tot een toevlucht die wordt genomen in duizenden regularisatieaanvragen per jaar, waarbij ook duizenden op jaarbasis effectief tot het verblijf in België werden gemachtigd.

Door de wetten van 15 september 2006 werd de bepaling van artikel 9, derde lid, van de Vw. afgeschaft en vervangen, via de invoeging van de artikelen 9*bis* en 9*ter* in de Vw.

Met artikel 9*bis* van de Vw. wordt een duidelijk kader aangereikt voor de aanvragen tot het verkrijgen van een machtiging tot verblijf, die in buitengewone omstandigheden worden ingediend door een vreemdeling bij de gemeente van de plaats waar hij verblijft in België, of zogenaamde aanvragen tot humanitaire regularisatie. Zo wordt nu bepaald dat een identiteitsdocument onontbeerlijk is, dit teneinde te vermijden dat verblijfsvergunningen zouden dienen om de onduidelijkheid over een identiteit te regulariseren. Voorts wordt nu aangegeven dat bepaalde elementen sowieso niet als buitengewone omstandigheden worden in aanmerking genomen. De Minister (of zijn gemachtigde, d.i. de DVZ) behouden voor deze aanvragen de discretionaire bevoegdheid. Uit de inleidende uiteenzetting van de Minister voor de Commissie voor Binnenlandse Zaken van de Senaat, kon echter afgeleid worden dat deze procedure vooral bedoeld is voor twee groepen vreemdelingen: de vreemdelingen van wie de asielaanvraag 3 jaar (gezinnen met kinderen) of 4 jaar (alleenstaanden) heeft aangesleept, die goed geïntegreerd zijn en geen gevaar vormen voor de openbare orde, en de personen die door ziekte of wegens hun fysieke toestand niet meer kunnen terugkeren naar hun land van herkomst.

De zogenaamde technische aanvragen, die vroeger ook op basis van artikel 9, derde lid, van de Vw. werden afgehandeld, worden sinds de wetwijziging ingediend op basis van artikel 9, tweede lid, van de Vw. Met artikel 25/2 van het Koninklijk besluit van 8 oktober 1981 tot uitvoering van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna afgekort als Vb.), werd de procedure voor deze bestaande praktijk bovendien reglementair vastgelegd. De zogenaamde technische aanvragen betreffen aanvragen tot machtiging tot verblijf voor meer dan drie maanden ingediend door werknemers met een arbeidskaart of een beroepskaart of nog door een PECO-onderdaan²² die een zelfstandige activiteit wil uitoefenen, of ingediend door de vreemdeling in het bezit van een machtiging of toelating tot verblijf voor ten minste 3 maanden die van verblijfsstatuut wil veranderen.

Artikel 9*ter* Vw. is op zijn beurt bedoeld om de situatie op te vangen van ernstig zieke vreemdelingen, voor wie een adequate behandeling ontbreekt in het land van herkomst of verblijf, waarbij het terugsturen een reëel risico zou inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene of die de vreemdeling aan een reëel risico blootstelt van onmenselijke of vernederende behandeling.

21. Omzendbrief van 01.07.1994 betreffende de afgifte van verblijfs- en arbeidsvergunningen aan vreemdelingen, slachtoffers van mensenhandel, B.S. 07.07.1994; Richtlijnen 13.01.1997 aan de Dienst Vreemdelingenzaken, parketten, politiediensten, inspectie van de sociale wetten en de sociale inspectie omtrent de bijstand aan slachtoffers van mensenhandel, B.S. 21.02.1997, gewijzigd op 17.04.2003, B.S. 27.05.2003.

22. D.i. de onderdaan van een land van Centraal- en Oost-Europa die een toetredingsakkoord heeft gesloten met de E.U.

Na de diepgaande hervorming van de vreemdelingenwetgeving ingevolge de wetten van 15 september 2006, werden door de wet van 21 april 2007 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, in de Vw. specifieke bepalingen ingevoerd m.b.t. onderzoekers. Dit als omzetting van Richtlijn 2005/71/EG van de Raad van 12 oktober 2005 betreffende een specifieke procedure voor de toelating van onderdanen van derde landen met het oog op wetenschappelijk onderzoek. Bedoeling was om de Europese Unie aantrekkelijker te maken voor onderzoekers uit derde landen, door hen gemakkelijker te machtigen tot een verblijf van meer dan 3 maanden.

Door de wet van 25 april 2007 tot wijziging van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen werden tenslotte Richtlijn 2003/109/EG van de Raad van 25 november 2003 betreffende de status van langdurig ingezetene onderdanen van deze landen en Richtlijn 2004/38/EG van de Raad van 29 april 2004 betreffende het recht van vrij verkeer en verblijf op het grondgebied van de lidstaten voor de burgers van de Unie en hun familieleden, omgezet in Belgische wetgeving.

Ingevolge de eerst vermelde Richtlijn werd het verblijfsstatuut van “langdurig ingezetene” ingevoerd in de Vw. Bedoeling was om onderdanen van derde landen die gedurende een bepaalde tijd wettig hebben verbleven in een E.U.-lidstaat een statuut te geven dat zo dicht mogelijk aanleunt bij de rechten van de E.U.-burgers, niet alleen m.b.t. het recht op verblijf, maar ook inzake het recht op mobiliteit tussen E.U.-lidstaten.

Ingevolge de als tweede vermelde Richtlijn, werd het recht op verblijf voor E.U.-onderdanen en voor hun familieleden, versterkt. Tot vóór de betrokken Richtlijn werd het recht op vrij verkeer en verblijf voor E.U.-onderdanen beheerst door verschillende verordeningen en richtlijnen die *ratione personae* elk een eigen toepassingsgebied hadden. Geleidelijk werd dit vrije verkeersrecht uitgebreid, gaandeweg, van werknemers tot andere categorieën van personen, onder wie gezinsleden die zelf geen onderdanen zijn van één van de E.U.-lidstaten en economisch niet-actieve personen. Met Richtlijn 2004/38/EG werd de bestaande sectorale en gefragmenteerde benadering van het recht van E.U.-onderdanen op vrij verkeer en vestiging vervangen door 1 enkel wetgevingsinstrument. Een belangrijke wijziging door de wet van 25 april 2007 daarbij is de creatie van 2 opeenvolgende fasen in het lang (> 3m) verblijf van E.U.-onderdanen en hun familieleden, met name het (gewone) verblijfsrecht en het duurzame verblijfsrecht²³.

IV. Gerechtigde vreemdelingen op basis van de huidige reglementering²⁴

Gelet op de talrijke wijzigingen aan de vreemdelingenwetgeving (zie supra), verdient het aanbeveling eens na te gaan welke vreemdelingen op basis van de huidige stand van de ZIV-wetgeving gerechtigde resident zijn binnen de verplichte ziekteverzekering.

23. Ook deze regeling wordt gewijzigd door de recent verschenen wet van 08.07.2011, met name wat de gezinshereniging met een Belg betreft. We verwijzen naar voetnoot 18.

24. Hiertoe werd gesteund op de onuitgegeven cursus “Vreemdelingenrecht” van L. DENYS en B. BRIJS, op de aan te bevelen website www.vreemdelingenrecht.be van het Vlaams Minderhedencentrum, en op de ervaring van de stagiair bij de Vaste Beroepscommissie/Raad voor Vreemdelingenbetwistingen.

Op grond van huidig artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet en huidig artikel 128^{quinquies} van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van voormelde wet, kunnen de gerechtigde vreemdelingen ingedeeld worden in 6 categorieën:

- de vreemdelingen met precair, tijdelijk, verblijfsrecht
- de vreemdelingen gemachtigd tot verblijf voor meer dan 6 maanden respectievelijk tot verblijf voor onbepaalde duur
- de vreemdelingen van rechtswege gemachtigd tot verblijf voor meer dan drie maanden
- de vreemdelingen van rechtswege toegelaten tot verblijf voor meer dan drie maanden
- de vreemdelingen gemachtigd tot vestiging
- de vreemdelingen die een bijzonder geval uitmaken.

1. Vreemdelingen met precair, tijdelijk, verblijfsrecht

Het opzet, bij de invoering van de huidige categorie van de gerechtigde residenten, was om de categorie van vreemdelingen met een precair, tijdelijk, dus niet bestendig, verblijfsrecht, uit te sluiten van de prestaties van de verplichte ziekteverzekering.

Niettemin werd in artikel 128^{quinquies}, § 1, 3^o streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 op dit principe één uitzondering ingevoerd, met name voor “de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen”.

a. Asielzoekers wiens asielaanvraag ontvankelijk werd verklaard vóór 1 juni 2007 en nog steeds in behandeling is

Boven werd reeds benadrukt dat de asielprocedure door de wetten van 15 september 2006 grondig gewijzigd werd, en vooral dat de tweedeling van de asielprocedure in een ontvankelijkheidsfase en een gegrondheidsfase tot het verleden behoort.

Door deze drastische wijziging van de asielprocedure beantwoordt het huidig artikel 128^{quinquies} van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat nog steeds inspeelt op het bestaan van een ontvankelijkheidsfase, helemaal niet meer aan de realiteit.

Met als gevolg dat het nog enkel toepassing kan vinden voor de restcategorie van asielzoekers wiens asielaanvraag nog werd ingediend en ontvankelijk verklaard onder de oude asielprocedure, dus tot en met 30 mei 2007.

Onder de oude asielprocedure diende een asielzoeker een asielaanvraag in respectievelijk bij DVZ in het land, bij de met de grenscontrole belaste overheden aan de grens, of bij de directeur van een strafinrichting in geval van opsluiting. Van de asielaanvraag werd aan de asielzoeker schriftelijk akte verleend, door afgifte van respectievelijk een document bijlage 25²⁵ bij asielaanvraag aan de grens en een document bijlage 26 bij asielaanvraag in het land. Aan de hand van dit stuk, dat niet meer is dan een registratiebewijs van de asielaanvraag, ging de asielzoeker bij het gemeentebestuur van zijn verblijfplaats een attest van immatriculatie model A aanvragen (ook “oranje kaart” genoemd) dat bedoeld was om zijn verblijf in België tijdens de behandeling van zijn asielaanvraag tijdelijk te dekken. Naar aanleiding hiervan werd de asielzoeker ook ingeschreven in het wachtregister.

Eenmaal de asielaanvraag ingediend, onderzocht DVZ vooreerst of België, in toepassing van de regels vervat in de Dublin II-Verordening, verantwoordelijk was voor de behandeling van de asielaanvraag.

25. Wanneer er sprake is van een document aangegeven als een genummerde bijlage, betekent dit meestal een document gevoegd als bijlage bij het Vb., en in één geval een bijlage bij de Omzendbrief van 21.06.2007 i.v.m. regularisatie.

Indien beslist werd dat België bevoegd was om de asielaanvraag te behandelen, ging DVZ over tot het onderzoek van de ontvankelijkheid van de aanvraag.

Besliste DVZ dat de asielaanvraag ontvankelijk was, dan werd het dossier overgemaakt aan de CGVS voor het onderzoek ten gronde.

Indien DVZ daarentegen besliste dat de asielaanvraag onontvankelijk was, bijvoorbeeld omdat ze vreemd was aan één der vervolgingsgronden om als vluchteling te worden erkend (ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging, sociale groep), dan stond een zogenaamd dringend beroep open van 48u bij de CGVS.

Besliste de CGVS na dringend beroep dat er alsnog redenen waren voor verder onderzoek, dan werd de asielzoeker doorgelaten tot de gegrondheidsfase van de asielprocedure bij de CGVS.

Bevestigde de CGVS de onontvankelijkheid van de asielaanvraag, dan stond tegen deze beslissing een beroep tot nietigverklaring open bij de Raad van State.

In de fase ten gronde werd de asielaanvraag dan ten gronde onderzocht door de CGVS, waarbij tegen een desgevallend negatieve beslissing ten gronde van de CGVS, een hoger jurisdictioneel beroep openstond bij de Vaste Beroepscommissie voor Vluchtelingen. Tegen de beslissingen van dit administratief rechtscollege, stond tenslotte een administratief cassatieberoep open bij de Raad van State.

Terugkoppelend naar huidig artikel 128*quinquies*, § 1, 3^e streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn aldus gerechtigde resident in het kader van de verplichte ziekteverzekering, de vreemdelingen wiens asielaanvraag nog ontvankelijk werd verklaard onder de oude asielprocedure door hetzij de DVZ “in eerste aanleg” hetzij de CGVS na dringend beroep, en wiens asielprocedure nog steeds hangende is.

Wat dit laatste betreft, hoeft het geen betoog dat afgewezen asielzoekers zonder wettig verblijf zijn en dus hoe dan ook geen aanspraak meer kunnen maken op de hoedanigheid van gerechtigde resident²⁶. Hun attest van immatriculatie model A zal in voorkomend geval hetzij ingetrokken hetzij niet meer verlengd worden, en ze zullen geschrapt worden uit het wachtregister. Gelet op het feit dat artikel 32, eerste lid, 15^o van de GVU-wet betrekking heeft op personen ingeschreven in het Rijksregister, waarvan het wachtregister integraal deel uitmaakt, is het niet meer dan logisch dat afgewezen asielzoekers uit de boot vallen.

Asielzoekers die na afloop van hun asielprocedure erkend zijn als vluchteling zijn daarnaast uiteraard gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, maar behoren niet tot de hier besproken categorie vreemdelingen. Over de erkende vluchtelingen dus later meer.

Gelet op het voorgaande, kan dus samenvattend gesteld worden dat huidig artikel 128*quinquies*, § 1, 3^e streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 nog slechts toepassing kan vinden voor asielzoekers wiens asielaanvraag werd ingediend en ontvankelijk verklaard onder de oude asielprocedure en vervolgens wordt afgehandeld onder de nieuwe asielprocedure. Meer concreet voor:

- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door DVZ vóór 1 juni 2007 en waarvan de gegrondheid onderzocht wordt door de CGVS
- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door de CGVS na dringend beroep vóór 1 juni 2007 en waarvan de gegrondheid onderzocht wordt door de CGVS
- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door DVZ vóór 1 juni 2007 en waarvan de gegrondheid na een negatieve beslissing door de CGVS in beroep wordt onderzocht door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen

26. Aangezien binnen de verplichte ziekteverzekering (art. 129 K.B. 03.07.1996) een recht wordt geopend op de datum waarop de inschrijving of aansluiting als gerechtigde bij een V.I. uitwerking heeft, en behouden blijft tot 31.12 van het kalenderjaar dat volgt op het jaar van opening van recht, en dit recht na de periode van opening van recht (art. 123 GVU-wet juncto art. 131 voormeld K.B.) voor een kalenderjaar wordt verlengd indien voor het tweede kalenderjaar dat aan dit jaar voorafgaat (=refertejaar) als voorwaarde vervuld is, een hoedanigheid tijdens het laatste kwartaal van het refertejaar of in de loop van het jaar daarop en de betaling van een minimumwaarde aan sociale bijdragen voor het refertejaar uiterlijk op 31.12 van het jaar waarvoor het recht kan worden toegekend, zal het gegeven dat geen aanspraak meer kan worden gemaakt op de hoedanigheid van gerechtigde resident na opening van recht, het recht op de prestaties van de verplichte ziekteverzekering niet altijd onmiddellijk doen eindigen.

- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door de CGVS na dringend beroep vóór 1 juni 2007 en waarvan de gegrondheid na een negatieve beslissing door de CGVS in beroep wordt onderzocht door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen
- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door DVZ vóór 1 juni 2007, waarvan de negatieve beslissing over de gegrondheid van de CGVS werd bevestigd in beroep door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, en die cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State
- asielzoekers wiens asielaanvraag ingediend en ontvankelijk werd verklaard door de CGVS na dringend beroep vóór 1 juni 2007, waarvan de negatieve beslissing over de gegrondheid van de CGVS werd bevestigd in beroep door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, en die cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State.

Het bewijs van het feit dat de betrokken vreemdeling zich bevindt in één van voormelde situaties kan steeds worden geleverd door het voorleggen van een document bijlage 25 of 26 afgeleverd vóór 1 juni 2007 in combinatie met een geldig (niet vervallen) attest van immatriculatie model A. Ook kan het Rijksregister worden geconsulteerd onder de code 206 (wachregister) of kan aan de betrokkene een afdruk worden gevraagd van het wachregister die dit kan vragen bij de gemeente eventueel via tussenkomst van het OCMW (zie Omzendbrief V.I. nr. 2010/226 – 3991/219 van 15.06.2010).

2. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf voor meer dan 6 maanden respectievelijk tot verblijf voor onbepaalde duur

Deze categorie vreemdelingen zijn gerechtigde resident binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GVV-wet (dat spreekt over “de vreemdelingen [...] die [...] zijn gemachtigd [...] tot een verblijf van meer dan zes maanden”) als artikel 128^{quinquies}, § 1, tweede streepje van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 (dat spreekt over “de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot verblijf voor een onbepaalde duur”).

Laten we overlopen over wie het precies gaat.

a. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf voor meer dan 6 maanden op grond van artikel 9/9^{bis} Vw. – Algemeen

Artikel 9, eerste lid Vw. bevat het algemene principe, dat vreemdelingen die geen recht hebben op verblijf in België - als recht op verblijf wordt men tot verblijf *toegelaten* (zie infra meer hierover) -, om langer dan drie maanden in België te mogen verblijven, daartoe *gemachtigd* moeten worden door de Minister of zijn gemachtigde, te weten DVZ. Belangrijk om op te merken in dit verband is dus dat het bekomen van deze machtiging een gunst is.

Artikel 9, 2^o lid Vw. bepaalt vervolgens dat de vreemdeling de machtiging tot verblijf voor meer dan drie maanden in de regel moet aanvragen in het buitenland, meer bepaald “bij de Belgische diplomatieke of consulaire post die bevoegd is voor zijn verblijfplaats of voor zijn plaats van oponthoud in het buitenland”. M.a.w. moet de aanvraag in de regel worden ingediend bij de Belgische ambassade van de buitenlandse plaats waar hij vertoeft, al verblijft hij er maar toevallig en voor een korte tijd.

De aanvraag voor het verlenen van de machtiging tot verblijf zal vervolgens door de diplomatieke of consulaire post doorgestuurd worden naar DVZ, die een beslissing zal nemen over de aanvraag. Neemt DVZ een positieve beslissing over de aanvraag, dan zal de diplomatieke of consulaire ambtenaar hem “een machtiging tot voorlopig verblijf” overhandigen, door een stempel/vignet aan te brengen in zijn paspoort.

Na binnenkomst in België, aan de hand van deze “machtiging tot voorlopig verblijf”, dient de betrokken vreemdeling zich vervolgens binnen de 8 werkdagen, aan te melden bij het gemeentebestuur van de plaats waar hij verblijft. Het gemeentebestuur zal de betrokken vreemdeling inschrijven in het vreemdelingenregister, en hem hiervan een bewijs verschaffen in de vorm van een “Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister” (BIVR).

In artikel 9, tweede lid Vw. wordt op deze regel van aanvraag in het buitenland echter ook meteen een uitzondering voorzien, met name voor “*de in een internationaal verdrag, in een wet of in een koninklijk besluit bepaalde afwijkingen*”.

Van deze mogelijkheid tot uitzondering werd gebruik gemaakt in artikel 23 Vb., ten bate van de onderdanen van een E.U.-lidstaat die geen aanspraak kunnen of wensen te maken op het Gemeenschapsrecht, de onderdanen van Monaco, en de onderdanen van Zwitserland die niet willen of kunnen gebruik maken van de Overeenkomst door dit land afgesloten met de Europese Gemeenschap.

Voor deze vreemdelingen, die op grond van internationale verdragen het recht hebben om België binnen te komen, werd voorzien dat zij de aanvraag om machtiging tot verblijf van meer dan 3 maanden in België kunnen indienen. Daartoe dienen ze zich bij het gemeentebestuur van hun verblijfplaats aan te bieden binnen de 8 werkdagen na binnenkomst in België.

Het gemeentebestuur zal vervolgens nagaan of de vreemdeling over voldoende bestaansmiddelen beschikt. Bij dit onderzoek beschikt de gemeente over een appreciatiebevoegdheid, doch kan zij toch een beroep doen op DVZ in geval van twijfel.

Oordeelt het gemeentebestuur dat de bestaansmiddelen voldoende zijn, dan wordt de vreemdeling ingeschreven in het vreemdelingenregister en ontvangt hij een BIVR. Is de gemeente daarentegen van oordeel dat de bestaansmiddelen van de vreemdeling ontoereikend zijn, dan ontvangt de vreemdeling een attest van immatriculatie model A (document bijlage 4) met een geldigheidstermijn van 3 maanden en wordt het dossier overgezonden naar DVZ voor beslissing.

Neemt DVZ een gunstige beslissing of brengt ze binnen een termijn van 3 maanden geen beslissing ter kennis van het gemeentebestuur, dan wordt de vreemdeling alsnog ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR.

Artikel 9bis Vw. - ongetwijfeld het meest bekende artikel van de Vw. – bevat een tweede uitzondering op de regel van aanvraag in het buitenland, door te bepalen dat in buitengewone omstandigheden en op voorwaarde dat de vreemdeling een identiteitsdocument voorlegt, de aanvraag om machtiging tot verblijf voor meer dan 3 maanden kan worden ingediend bij de burgemeester van de plaats van verblijf in België.

Binnen de 10 dagen na het indienen van de aanvraag om zogenaamde humanitaire regularisatie wordt overgegaan tot controle door de gemeente van de – opgegeven – feitelijke verblijfplaats van de aanvrager.

Blijkt dat de aanvrager daar niet woont, dan wordt de aanvraag niet in overweging genomen en dus niet doorgestuurd naar DVZ. De aanvrager krijgt een beslissing van niet inoverwegingname (document bijlage 2) betekend.

Indien de woonstcontrole wel positief is, wordt de aanvraag samen met het verslag over de controle van de feitelijke verblijfplaats, naar DVZ doorgestuurd voor beslissing. De gemeente heeft daarbij de mogelijkheid advies te geven over de aanvraag, bijvoorbeeld door een sociaal onderzoek of OCMW-verslag toe te voegen aan de zending. De aanvrager krijgt een bewijs van inontvangstname van de aanvraag in de vorm van een document bijlage 3.

De Dienst Vreemdelingenzaken zal vervolgens eerst de ontvankelijkheid van de aanvraag onderzoeken. Zoals reeds vermeld, bestaan 2 ontvankelijkheidsvoorwaarden, met name het bestaan van buitengewone omstandigheden en de overlegging van een identiteitsdocument. Buitengewone omstandigheden zijn daarbij omstandigheden die het de vreemdeling onmogelijk of bijzonder moeilijk maken om, vooraleer naar België te komen, de machtiging in een Belgische diplomatieke of consulaire post in het buitenland aan te vragen. Zo bijvoorbeeld worden deze buitengewone omstandigheden verondersteld aanwezig te zijn bij een asielzoeker met hangende asielprocedure, omdat hij tijdens deze procedure vermoed wordt – dus tot bewijs van het tegendeel – een gegronde vrees voor vervolging te hebben in zijn land, zodat hij naar dit land niet kan terugkeren teneinde er de machtiging aan te vragen. De vereiste van een identiteitsdocument geldt niet voor asielzoekers wiens asielprocedure niet definitief beëindigd is, aangezien deze tijdens de procedure geen contact mogen opnemen met hun nationale overheid – ambassade en consulaat – op straffe van geweigerd te worden als vluchteling, en voor vreemdelingen die op geldige wijze aantonen dat het voor hen onmogelijk is om het vereiste identiteitsdocument in België te verwerven.

Oordeelt DVZ dat de aanvraag ontvankelijk is, dan gaat ze over tot het onderzoek ten gronde. DVZ beslist geval per geval en beschikt hierbij over een ruime appreciatievrijheid.

Verklaart DVZ de aanvraag gegrond, dan vraagt ze aan de gemeente om betrokkene in te schrijven in het vreemdelingenregister en hem een “Bewijs van inschrijving in het Vreemdelingenregister (BIVR)” af te leveren.

Terugkoppelend naar de categorie van gerechtigde residenten binnen de verplichte ziekteverzekering, moeten deze vreemdelingen dus, om in aanmerking te komen, gemachtigd worden, hetzij tot verblijf voor een periode van “meer dan 6 maanden” dus minstens 6 maanden en 1 dag in geval van machtiging tot verblijf voor een beperkte duur, hetzij tot verblijf voor onbeperkte duur.

Belangrijk hierbij is dat, sinds de wetwijziging van 15 september 2006, de machtiging tot verblijf voor meer dan 3 maanden op grond van artikel 9/9bis Vw., in beginsel wordt verleend voor een beperkte duur, waarbij DVZ op discretionaire wijze de duur van het verblijf bepaalt.

Bewijs van de machtiging tot verblijf voor meer dan zes maanden kan steeds worden geleverd aan de hand van de kartonnen BIVR – “witte kaart” voor beperkte duur, die tot eind 2008 kon worden afgeleverd, of aan de hand van de huidige elektronische A-kaart.

De machtiging tot verblijf voor onbeperkte duur wordt op dezelfde manier bewezen, met name door een kartonnen BIVR – “witte kaart” voor onbepaalde duur (tot eind 2008 afgeleverd) of door een elektronische B-kaart. (zie Omz. V.I. nr. 2010/226 - 3991/219 van 15.06.2010).

b. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf als slachtoffer van mensenhandel of mensensmokkel (art. 61/2 Vw.)

Wat deze categorie vreemdelingen betreft, kan de “verblijfsprocedure” ingedeeld worden in 3 fasen:

(1) In een eerste fase verwittigen de politie- of inspectiediensten, die beschikken over aanwijzingen dat een vreemdeling het slachtoffer is van het misdrijf bedoeld in artikel 433^{quinquies} van het Strafwetboek (Sw.) (mensenhandel) of van het misdrijf bedoeld in artikel 77^{bis} Sw. onder de omstandigheden bepaald in artikel 77^{quater}, 1^o uitsluitend m.b.t. de niet-begeleide minderjarige, tot 5^o Sw. (mensensmokkel), onmiddellijk DVZ. Zij brengen de vreemdeling op de hoogte van de mogelijkheid om een verblijfsvergunning te verkrijgen in ruil voor samenwerking met de overheid belast met het onderzoek naar de vervolging van deze misdrijven, en zij brengen hem in contact met een erkend centrum gespecialiseerd in het onthaal van slachtoffers van deze misdrijven.

DVZ geeft het slachtoffer dan, natuurlijk enkel indien het niet reeds beschikt over een verblijfstitel, en voor zover het begeleid wordt door een voormeld centrum, een bevel om het grondgebied te verlaten (document bijlage 13) met een termijn van 45 dagen, om hem de kans te geven tot rust te komen en hem toe te laten na te denken over het feit of hij al dan niet een klacht gaat indienen of verklaringen gaat afleggen m.b.t. de personen of netwerken die zich schuldig hebben gemaakt aan het misdrijf van mensenhandel of -smokkel.

Is het slachtoffer echter een niet-begeleide minderjarige, dan bekomt hij onmiddellijk een attest van immatriculatie model A (ook “oranje kaart” genoemd) (document bijlage 4) met een geldigheidsduur van 3 maanden.

Hetzelfde geldt indien het slachtoffer onmiddellijk een klacht heeft ingediend of verklaringen heeft afgelegd m.b.t. de personen of netwerken die zich schuldig hebben gemaakt aan het misdrijf van mensenhandel of -smokkel. In voorkomend geval vraagt het centrum die hem begeleidt aan DVZ om de vreemdeling dadelijk in bezit te stellen van voormeld – tijdelijk en precair – verblijfsdocument.

Indien wordt vastgesteld dat het slachtoffer actief, vrijwillig en uit eigen beweging opnieuw contact heeft opgenomen met de plegers van de misdrijven, kan door DVZ een einde worden gesteld aan de termijn van 45 dagen van het voormelde bevel om het grondgebied te verlaten.

(2) Indien een klacht wordt ingediend of verklaringen worden afgelegd m.b.t. de personen of netwerken die zich schuldig hebben gemaakt aan het misdrijf van mensenhandel of -smokkel binnen de voormelde termijn van 45 dagen, wordt de vreemdeling in het bezit gesteld van een attest van immatriculatie model A (ook “oranje kaart” genoemd) (document bijlage 4) met een geldigheidsduur van 3 maanden. Hiermee start de tweede fase.

Door DVZ wordt in deze fase een advies gevraagd aan de procureur des Konings of de arbeidsauditeur, die nagaat of het slachtoffer nog steeds als zodanig kan worden beschouwd en of het onderzoek of de gerechtelijke procedure nog steeds loopt, het slachtoffer blijk geeft van bereidheid tot medewerking en hij alle banden met het milieu heeft verbroken.

Het attest van immatriculatie kan hierbij eenmaal worden verlengd, met maximum 3 maanden, indien dit nodig is voor het onderzoek of indien DVZ rekening houdend met de gegevens van het dossier meent dat dit opportuun is.

Tijdens de volledige “verblijfsprocedure” kan door DVZ een einde worden gesteld aan het al dan niet tijdelijk verblijf van de vreemdeling indien wordt vastgesteld dat het slachtoffer actief, vrijwillig en uit eigen beweging opnieuw contact heeft opgenomen met de plegers van de misdrijven.

In deze tweede fase moet het slachtoffer ook pogen zijn identiteit te bewijzen aan de hand van een paspoort of daarmee gelijkgestelde reistitel of door een nationale identiteitskaart.

Vervolgens kan DVZ beslissen om de vreemdeling te machtigen tot verblijf voor een periode van 6 maanden, indien de procureur des Konings of de arbeidsauditeur bevestigen dat het onderzoek of de gerechtelijke procedure nog loopt, dat de vreemdeling blijk geeft van zijn bereidheid tot medewerking en alle banden met de vermoedelijke plegers van de misdrijven heeft verbroken.

In voorkomend geval wordt de vreemdeling ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR – “witte kaart” voor beperkte duur (tot eind 2008 afgeleverd) of van een elektronische A-kaart.

De BIVR – “witte kaart” voor beperkte duur (tot eind 2008 afgeleverd) of de elektronische A-kaart kan verschillende malen verlengd worden telkens met periodes van 6 maanden, indien DVZ niet bij machte is een beslissing te nemen.

Aan de verleende machtiging tot verblijf, kan steeds een einde worden gesteld door DVZ indien, hetzij de vreemdeling niet meer meewerkt, hetzij de gerechtelijke autoriteiten besloten hebben om de procedure te beëindigen, hetzij DVZ in samenwerking met de gerechtelijke autoriteiten van oordeel is dat de medewerking van de vreemdeling bedrieglijk is of dat de klacht bedrieglijk of ongegrond is.

(3) Tenslotte kan DVZ het slachtoffer machtigen tot een verblijf van onbeperkte duur indien de klacht of verklaring heeft geleid tot een veroordeling, of indien de procureur des Konings of de arbeidsauditeur in zijn vordering de tenlastelegging van mensenhandel of -smokkel onder de verzwarende omstandigheid van artikel 77^{quater} Sw. heeft weerhouden. In voorkomend geval wordt de vreemdeling in het bezit gesteld van een BIVR – “witte kaart” voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische B-kaart.

Terugkoppelend naar de artikelen 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet en 128^{quinquies}, § 1, 2^e streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, is het slachtoffer van het misdrijf mensenhandel of -smokkel gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering vanaf het ogenblik dat hij in het bezit wordt gesteld van een BIVR - “witte kaart” voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische B-kaart.

Het attest van immatriculatie model A (ook “oranje kaart” genoemd) (document bijlage 4) heeft louter als doel het verblijf van de vreemdeling tijdelijk gedurende de procedure te dekken. Het maakt dus geen machtiging tot verblijf uit, met als gevolg dat het niet kan dienen voor een inschrijving als gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering.

Ook op het ogenblik dat de vreemdeling in het bezit wordt gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor beperkte duur (tot eind 2008 afgeleverd) of van een elektronische A-kaart, voor 6 maanden (die op zich hoe dan ook geen recht geeft aangezien ten minste een machtiging tot verblijf voor 6 maanden en één dag vereist is (zie supra)), die ten minste 1 maal werd verlengd, waardoor aangevoerd zou kunnen worden dat de vreemdeling gemachtigd werd tot verblijf voor 12 maanden, kan hij geen aanspraak maken op de hoedanigheid van gerechtigde resident. Deze situatie dient immers opgevat te worden als een aaneenschakeling van 2 machtigingen tot verblijf voor 6 maanden, en niet als 1 machtiging tot verblijf voor meer dan 6 maanden.

3. Vreemdelingen van rechtswege gemachtigd tot verblijf voor meer dan drie maanden

Deze categorie vreemdelingen zijn gerechtigde resident binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van artikel 128 *quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat spreekt over "*de vreemdelingen die van rechtswege gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk*".

Hoewel een "machtiging tot verblijf van rechtswege" eigenlijk niet bestaat in de Vw. – de term "van rechtswege" wordt enkel gebruikt m.b.t. een toelating tot en dus recht op verblijf – kan aan dit begrip binnen het kader van de vreemdelingenreglementering toch een invulling worden gegeven, met name de machtigingen tot verblijf voor meer dan 3 maanden waarbij DVZ enigszins over een gebonden bevoegdheid beschikt, omdat de voorwaarden voor machtiging uitdrukkelijk staan vermeld in de Vw. en/of het Vb., zodat DVZ de machtiging tot verblijf moet toestaan indien deze voorwaarden vervuld zijn.

a. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf op grond van artikel 25/2 Vb. – Technische aanvragen

In uitvoering van artikel 9, tweede lid Vw., die dus de mogelijkheid voorziet om bij wijze van uitzondering de machtiging tot verblijf voor meer dan 3 maanden in België aan te vragen "in een internationaal verdrag, in een wet of in een koninklijk besluit bepaalde afwijkingen" (zie supra IV.2.a.), werd op 27 april 2007 in het Vb. een bepaling ingevoegd over de technische aanvragen om machtiging tot verblijf, met name artikel 25/2 Vb.

Om van artikel 25/2 Vb. gebruik te kunnen maken, moet de vreemdeling gemachtigd of toegelaten zijn tot een kort verblijf of tot een verblijf van meer dan 3 maanden, m.a.w. moet hij wettig in België verblijven. Asielzoekers vallen hier echter niet onder.

Artikel 25/2 Vb. vindt vervolgens toepassing voor twee categorieën vreemdelingen:

- de arbeidsmigranten
- de vreemdelingen die van verblijfsstatuut willen veranderen, en die daartoe het bewijs leveren dat zij voldoen aan de voorwaarden om gemachtigd te worden tot verblijf voor meer dan 3 maanden in de hoedanigheid van vreemde student, vreemde onderzoeker, familielid van een vreemdeling gemachtigd tot beperkt verblijf of vreemdeling die voldoet aan de voorwaarden van het recht op terugkeer na meer dan een jaar afwezigheid.

Wij zullen hier enkel ingaan op de 1^e categorie. De tweede categorie vreemdelingen zullen immers sowieso aan bod komen wanneer we ingaan op het betrokken verblijfsstatuut dat bekomen wenst te worden (vreemde student, vreemde onderzoeker, enz.).

Zonder al te veel uit te breiden hierover – een uitgebreide beschrijving van de verschillende arbeidskaarten en aanvraagprocedures hiertoe heeft geen toegevoegde waarde voor deze bijdrage – moet, wat de arbeidsmigranten betreft, in de 1^e plaats benadrukt worden dat artikel 25/2 Vb. enkel openstaat voor de vreemdelingen die behoren tot een categorie die hetzij vrijgesteld is van visumplicht (bijv. E.U.-onderdanen met uitzondering van onderdanen van Roemenië en Bulgarije tenzij deze laatste als zelfstandige aan de slag gaan), hetzij is vrijgesteld van arbeidsmarktonderzoek (bijv. beoefenaars van een knelpuntberoep), hetzij is vrijgesteld van aanvraag van een arbeidskaart B (bijv. diplomaten, zelfstandigen die een beroepskaart moeten aanvragen).

Indien dit niet het geval is, zal de vreemdeling immers alvorens naar België te komen een werkgever moeten zoeken die voor hem een arbeidsvergunning wil aanvragen. Indien na uitvoering van een arbeidsmarktonderzoek de arbeidsvergunning wordt toegestaan door de bevoegde gewestelijke overheid, zal ineens ook een arbeidskaart B worden afgeleverd voor de vreemdeling.

Met deze arbeidskaart kan de vreemdeling dan een verblijfsmachtiging aanvragen bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van het land waar hij verblijft. Bij de aanvraag zal hij, naast de arbeidskaart B ook een geldig nationaal (reis)paspoort en bewijs van goed gedrag en zeden moeten voorleggen.

Bij voorlegging van al de documenten, zal de diplomatieke of consulaire post een visum type D afleveren, die in het reispaspoort zal worden gekleefd, en waarmee de vreemdeling naar België kan reizen.

Eenmaal België binnengekomen, aan de hand van zijn “machtiging tot voorlopig verblijf”, te weten het visum type D, moet de vreemdeling zich binnen de 8 werkdagen gaan aanmelden bij het gemeentebestuur van de plaats waar hij verblijft, waar hij, na voorlegging van zijn visum en zijn arbeidskaart B, zal worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit zal worden gesteld van een BIVR – “witte kaart” met vermelding “tijdelijk verblijf - duur arbeidskaart” (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

Bevindt de vreemdeling zich in een situatie die kadert binnen artikel 25/2 Vb., waardoor hij de verblijfsmachtiging kan aanvragen in België, zal hij zich dus moeten wenden tot het gemeentebestuur van de plaats waar hij verblijft. Bij zijn aanvraag zal de vreemdeling in de eerste plaats het bewijs moeten leveren dat hij op wettige wijze in België verblijft (bij kort verblijf door een geldige aankomstverklaring of geldig nationaal paspoort met binnenkomststempel, bij lang verblijf door een geldige BIVR). Vervolgens zal hij als documenten moeten voorleggen: (a) een arbeidskaart B, een beroepskaart of een attest afgegeven door de bevoegde overheidsdienst van vrijstelling van deze verplichting, (b) een geneeskundig getuigschrift waaruit blijkt dat hij niet aangetast is door een ziekte die een gevaar betekent voor de volksgezondheid (enkel indien hij vrijgesteld is van de verplichting een arbeidskaart of beroepskaart aan te vragen), (c) een bewijs van goed gedrag en zeden. Indien al deze documenten worden aangebracht, zal de gemeente vooreerst controleren of de vreemdeling wel werkelijk woont op de door hem opgegeven verblijfplaats. In bevestigend geval, zal de gemeente hem een machtiging tot verblijf afleveren, hem inschrijven in het vreemdelingenregister en hem in het bezit stellen van een BIVR – “witte kaart” met vermelding “tijdelijk verblijf – duur arbeidskaart” (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

Terugkoppeland naar de categorie van gerechtigde residenten, waarvoor de duur van de verblijfsmachtiging ten minste 3 maanden moet bedragen (zie supra – het betreft hier “een machtiging van rechtswege”), dient benadrukt dat de vreemdeling die niet is vrijgesteld van de verplichting een arbeidskaart of beroepskaart aan te vragen, een verblijfsmachtiging zal worden afgegeven voor de duur van de arbeids- of beroepskaart, vermeerderd met 1 maand. Is de betrokken vreemdeling vrijgesteld van voormelde verplichting, dan zal hem een verblijfsmachtiging worden afgegeven voor één jaar, tenzij de voorziene duur van de beroepsactiviteit minder dan 1 jaar bedraagt.

Bewijs van de machtiging tot verblijf voor meer dan 3 maanden kan steeds worden geleverd aan de hand van de BIVR - “witte kaart” met vermelding “tijdelijk verblijf - duur arbeidskaart” (afgeleverd tot eind 2008) of van de elektronische A-kaart.

Volledigheidshalve kan nog worden vermeld dat een vreemdeling die een aantal jaren arbeid heeft verricht met een arbeidskaart B, een arbeidskaart A kan bekomen, door hem zelf aan te vragen en geldig voor onbepaalde duur voor alle (potentiële) werkgevers. Dit is niet zonder belang, aangezien DVZ in de praktijk aan personen die een arbeidskaart A bekomen, een BIVR - "witte kaart" voor onbepaalde duur (door de gemeente afgeleverd tot eind 2008) of een elektronische B-kaart toestaat. Hierdoor bekomen zij een onbeperkt verblijfsrecht en zijn ze dus ook vrijgesteld van arbeidskaart. In de praktijk kent de Dienst Vreemdelingenzaken onder bepaalde voorwaarden een onbeperkt verblijfsrecht ook toe aan arbeidsmigranten die een verlenging van hun beperkt verblijfsrecht vragen. Zij hoeven dus niet te wachten op de afgifte van de arbeidskaart A. Een onbeperkt verblijfsrecht wordt in de praktijk toegekend onder de volgende voorwaarden:

- indien de arbeidskaart B geen beperkingen kent (aldus geen bijkomende voorwaarden) wordt aan de betrokkene op basis van zijn derde dergelijke arbeidskaart een onbeperkt verblijf toegekend. Als bijkomende voorwaarde wordt hier echter wel gesteld dat de betrokkene in die drie jaar voor dezelfde werkgever heeft gewerkt. (Bijvoorbeeld personen die arbeidskaart B hadden voor 2006-2007, 2007-2008 en nu een arbeidskaart B bekomen geldig voor 2008-2009 (zonder beperkingen en voor dezelfde werkgever) kunnen een onbeperkt verblijf verkrijgen)
- indien de arbeidskaart B beperkingen kent (zoals bijvoorbeeld: "De duur van de tewerkstelling wordt beperkt voor een eerste periode van 4 jaar"), dan krijgt betrokkene slechts een onbeperkt verblijf bij de 5^e arbeidskaart. Hier geldt echter de voorwaarde van dezelfde werkgever niet. Deze regeling geldt ook voor personen met een arbeidskaart B waarop de term "gedetacheerd" wordt vermeld.

Terugkoppelend naar de categorie van gerechtigde residenten, zijn deze vreemdelingen die een onbeperkt verblijfsrecht bekomen ook gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, maar dan eerder binnen de tweede categorie van de vreemdelingen gemachtigd tot verblijf respectievelijk voor meer dan 6 maanden of voor een onbeperkte duur. Het betreft hier immers slechts een praktijk van de DVZ (die deze vreemdelingen niet moet machtigen tot verblijf).

b. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf op grond van medische redenen (art. 9^{ter} Vw.)

Artikel 9^{ter} Vw. betreft een bijzondere bepaling van toepassing op ernstig zieke vreemdelingen, zijnde vreemdelingen "die op zodanige wijze lijden aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor hun leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in hun land van herkomst of het land waar zij verblijven".

Deze dienen een aanvraag om verblijfsmachtiging in te dienen bij DVZ bij aangetekend schrijven. Bij de aanvraag moet als bijlage worden gevoegd: (a) ofwel een kopie van het nationaal paspoort of van de identiteitskaart ofwel de reden waarom deze documenten niet kunnen worden voorgelegd en er vrijstelling geldt van deze verplichting (de vereiste van bezit van een identiteitsdocument is identiek geregeld als voor artikel 9^{bis} Vw. (zie supra)²⁷), (b) een geneeskundig getuigschrift m.b.t. de ingeroepen ziekte²⁸, (c) elke andere nuttige informatie of document m.b.t. de ziekte, en (d) het adres van zijn verblijfplaats in België²⁹.

27. Voor aanvragen ingediend vanaf 10.01.2011 geldt de vrijstelling van de identificatieplicht enkel nog voor asielzoekers wiens asielprocedure niet definitief beëindigd is. De vrijstelling van identificatieplicht voor vreemdelingen die op geldige wijze aantonen dat het voor hen onmogelijk is om het vereiste identiteitsdocument in België te verwerven, werd afgeschaft bij de Wet houdende diverse bepalingen (I) van 29.12.2010.

28. Voor aanvragen ingediend vanaf 29.01.2011 dient een standaard medisch getuigschrift te worden gebruikt dat door de vreemdelingenreglementering wordt opgelegd.

29. Voor aanvragen ingediend vanaf 10.01.2011 moet naast de effectieve verblijfplaats ook een gekozen woonplaats worden opgegeven.

Indien de aanvraag geschiedt bij aangetekend schrijven en de vereiste documenten worden bijgevoegd, vraagt DVZ aan de gemeente om een controle van de feitelijke verblijfplaats te laten uitvoeren, waarbij zal worden gevraagd om de originele identiteitsdocumenten te vertonen waarvan een kopie werd gevoegd bij de aanvraag. Is de woonstcontrole positief, zal DVZ aan de gemeente onderrichting geven om de vreemdeling in te schrijven in het vreemdelingenregister en hem een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) (document bijlage 4) af te geven, geldig voor 3 maanden. Dit tijdelijk verblijfsdocument kan drie maal verlengd worden telkens met een periode van 3 maanden. Na 1 jaar wordt het verlengd telkens met één maand.

Wat het onderzoek ten gronde van de aanvraag betreft, geschiedt de beoordeling van het risico en van de mogelijkheid tot behandeling in het land van herkomst of het land van verblijf door een ambtenaar-geneesheer die daaromtrent een advies verschaft aan DVZ, en hiertoe zo nodig de vreemdeling kan onderzoeken en een bijkomend advies kan inwinnen van deskundigen. DVZ beslist aldus op basis van dit advies.

Terugkoppelend naar huidig artikel 128*quinquies*, § 1, 1^e streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn de vreemdelingen gemachtigd tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} Vw., gerechtigde resident, aangezien de verblijfsmachtiging voor deze categorie 1 jaar bedraagt, en van onbeperkte duur wordt 5 jaar na de indiening van de aanvraag.

Ook hier zal de tot verblijf gemachtigde vreemdeling door de gemeente van zijn verblijfplaats in het bezit worden gesteld, van een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart in een eerste stadium, en van een BIVR - "witte kaart" van onbeperkte duur (tot eind 2008 afgeleverd) of van een elektronische B-kaart 5 jaar na de indiening van de aanvraag.

c. Vreemdelingen die tijdelijke bescherming genieten als ontheemde (art. 57/29 Vw.)

DE VREEMDELING DIE TIJDELIJKE BESCHERMING GENIET (ART. 57/30 VW.)

In geval van een massale toestroom of een imminente massale toestroom van ontheemden naar lid-Staten van de Europese Unie, vastgesteld door een besluit van de Raad van de Europese Unie, in toepassing van Richtlijn 2001/55/EG van de Raad van de Europese Unie van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een evenwicht tussen de inspanning van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen, machtigt DVZ de vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet op basis van een voormeld besluit, en daartoe een aanvraag indient, tot een verblijf van 1 jaar. De duur van de verblijfsmachtiging kan vervolgens worden hernieuwd met telkens periodes van 6 maanden voor een tweede periode van één jaar, en tenslotte met een nieuwe periode van 1 jaar door een nieuw voormeld besluit van de Raad van de Europese Unie.

DE FAMILIELEDEN DIE HEM KOMEN VERVOEGEN (ART. 57/34 VW.)

DVZ kent eveneens een verblijfsmachtiging toe aan volgende familieleden van de vreemdeling gemachtigd tot verblijf in de hoedanigheid van vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet :

- (a) de echtgenoot;
- (b) de minderjarige ongehuwde kinderen van de vreemdeling of van de echtgenoot.

Ook andere naaste familieleden kunnen door DVZ tot verblijf worden gemachtigd, op voorwaarde dat ze met het betrokken gezin samenwoonden ten tijde van de gebeurtenissen die tot de massale toestroom van ontheemden hebben geleid en dat ze op dat tijdstip volledig of hoofdzakelijk ten laste waren van de vreemdeling gemachtigd tot verblijf in de hoedanigheid van vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet.

Voor al deze familieleden is de duur van de verblijfsmachtiging dezelfde als van de vreemdeling die ze vervoegen.

DE VERBLIJFSTITEL

Zowel de gemachtigde vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet als zijn gemachtigde familieleden worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

Terugkoppelend naar de categorie van gerechtigde residenten, waarvoor de duur van de verblijfsmachtiging ten minste 3 maanden moet bedragen (zie supra – het betreft hier "een machtiging van rechtswege"), zijn deze vreemdelingen aldus gerechtigde binnen de verplichte ziekteverzekering.

d. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf als student

DE VREEMDE STUDENT (ART. 58 VW.)

Vooreerst moet worden benadrukt dat de hier aan bod komende regeling slechts van toepassing is op derdelanders (dus vreemdelingen die geen onderdaan zijn van een E.U.-lidstaat) die enkel naar België komen om er te studeren.

De toekomstige student dient de machtiging tot verblijf in de regel aan te vragen in het buitenland, te weten bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van de plaats waar hij verblijft. Bij deze post zal de vreemde student een aantal documenten moeten voorleggen, te weten :

- a) een geldig nationaal (reis)paspoort
- b) een attest uitgaande van een door de Belgische overheid georganiseerde, erkende of gesubsidieerde onderwijsinstelling van inschrijving in hoger onderwijs of voor een voorbereidend jaar tot hoger onderwijs
- c) een bewijs van voldoende bestaansmiddelen (voor het school- of academiejaar 2010-2011, 569 EUR vermeerderd met 150 EUR per persoon ten laste³⁰ per maand) dat om het even hoe kan worden geleverd (een attest waaruit blijkt dat de student zal genieten van een studiebeurs of -lening, een verbintenis tot tenlasteneming, enz.)
- d) een geneeskundig getuigschrift, afgegeven door een geneesheer aangewezen door de Belgische diplomatieke of consulaire post in het buitenland waarbij de aanvraag wordt ingediend, waaruit blijkt dat de betrokkene niet aangetast is door een ziekte die een gevaar vormt voor de volksgezondheid (DVZ kan beslissen om af te zien van dit attest)
- e) een attest van goed gedrag en zeden (vanaf de leeftijd van 21 jaar oud) (ook hier kan DVZ beslissen om dit attest niet te vragen).

Indien de vreemdeling die in België wenst te komen studeren, alles voorlegt wat hem gevraagd wordt, maakt de Belgische ambassade het dossier over aan DVZ, die de student moet machtigen tot verblijf indien hij alle voorwaarden vervult.

30. Het begrip persoon ten laste wordt niet gedefinieerd in de vreemdelingenwetgeving. Ook volgens de rechtspraak is het een loutere feitenkwestie. Zie bijv. RW 29.11.2010, nr. 51.835 (www.rvv-cc.ee.be): "De vaststelling of een persoon ten laste is, vloeit voort uit de verificatie van een feitelijke situatie. Het komt aan het bestuur toe deze feitelijke situatie te beoordelen".

Zoals hoger reeds vermeld (zie IV.3.a.) kan de machtiging tot verblijf als vreemde student eveneens worden aangevraagd in België, met name op grond van artikel 25/2 Vb. In voorkomend geval moet de aanvraag ingediend worden bij de burgemeester van de plaats waar hij verblijft, en moeten bij de aanvraag alle voormelde documenten worden bijgevoegd. Het gemeentebestuur zal in de eerste plaats controleren of de vreemdeling wel op de opgegeven verblijfplaats woont, en hem, in bevestigend geval, een document overhandigen dat aantoont dat de aanvraag werd ingediend. Vervolgens deelt de gemeente de aanvraag, met de door de vreemdeling meegedeelde bewijzen en het verslag over de controle van de verblijfplaats onverwijld mee aan DVZ, die een beslissing neemt en hier ook de vreemdeling moet machtigen tot verblijf als student als hij alle voorwaarden vervult.

In geval de aanvraag werd gedaan in het buitenland, zal de vreemde student, bij positieve beslissing door DVZ, aan de hand van een “machtiging tot voorlopig verblijf” (een visum type D met vermelding “defpro na studies”) afgeleverd door de betrokken diplomatieke of consulaire post, naar België kunnen reizen. Wanneer de vreemde student zich dan binnen de 8 werkdagen na binnenkomst in België aanmeldt bij het gemeentebestuur, levert deze hem een aankomstverklaring (document bijlage 3) af. De voorgelegde attesten worden gecontroleerd en een woonstcontrole zal worden uitgevoerd. Indien alles in orde is, zal hij uiteindelijk worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit worden gesteld van een BIVR - “witte kaart” voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart, op voorwaarde dat hij een attest van inschrijving overlegt. De duur van de machtiging is daarbij gelijk aan de duur van de studies.

Indien de vreemde student echter slechts een attest overlegt waaruit blijkt dat hij tot de studies is toegelaten (maar dus nog niet is ingeschreven) of ingeschreven is voor een toelatingsexamen (om een bepaalde studie te mogen volgen), of dat hij een aanvraag heeft ingediend voor het verkrijgen van de gelijkwaardigheid van een buitenlands diploma, ontvangt de student een attest van immatriculatie model A (ook “oranje kaart” genoemd) geldig voor vier maanden³¹. Binnen de vier maanden te rekenen van de binnenkomst in België, moet de betrokkene dan het echte inschrijvingsbewijs overleggen, waarna hij zal worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR - “witte kaart” voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

In geval van aanvraag in België, zal door de gemeente op dezelfde wijze worden gehandeld als bij aanvraag in het buitenland, met als enig verschil dat, indien de vreemde student reeds ingeschreven is in het vreemdelingenregister en reeds in het bezit is van een BIVR, hem slechts kennis zal worden gegeven van de beslissing.

DE FAMILIELEDEN DIE HEM KOMEN VERVOEGEN (ART. 10BIS, § 1 VW.)

Volgende familieleden worden in navolging van de vreemde student gemachtigd tot verblijf, indien zij dit aanvragen:

- a) de echtgenoot of de persoon waarmee een geregistreerd partnerschap gesloten werd gelijkwaardig beschouwd met het huwelijk in België (dit is het geval voor een partnerschap geregistreerd op basis van de wetgeving van Denemarken, Duitsland, Finland, IJsland, Noorwegen, het Verenigd Koninkrijk en Zweden), die met de student komt samenleven, op voorwaarde dat ze beiden ouder zijn dan 21 jaar, of 18 jaar indien de echtelijke band of het geregistreerde partnerschap reeds bestond alvorens de vreemde student naar België kwam
- b) de persoon waarmee een wettelijk geregistreerd partnerschap gesloten werd (in België of in het buitenland) (niet gelijkwaardig beschouwd met het huwelijk in België) en die met de vreemde student een naar behoren geattesteerde duurzame en stabiele relatie onderhoudt van minstens één jaar, die met hem komt samenleven, op voorwaarde dat ze beiden ouder dan 21 jaar en ongehuwd zijn en geen duurzame relatie hebben met een andere persoon, of ouder dan 18 jaar indien zij het bewijs leveren dat zij vóór dat de vreemde student naar België kwam, reeds ten minste één jaar hebben samengewoond

31. Ze worden daarbij echter ingeschreven in geen enkel register.

- c) hun (zowel gemeenschappelijke als niet-gemeenschappelijke) kinderen ten laste, die met hen komen samenleven alvorens zij de leeftijd van 18 jaar hebben bereikt en alleenstaande zijn
- d) hun (zowel gemeenschappelijke als niet-gemeenschappelijke) alleenstaande gehandicapte kinderen die ouder zijn dan 18 jaar, voor zover een attest wordt aangebracht, uitgaande van een door de Belgische diplomatieke of consulaire post erkende arts, dat aantoonde dat ze omwille van hun handicap niet in hun eigen behoeften kunnen voorzien.

Daartoe worden echter als voorwaarden gesteld:

- de vreemde student of één van de betrokken familieleden brengt het bewijs aan dat hij beschikt over stabiele, regelmatige en voldoende bestaansmiddelen om in zijn eigen behoeften en die van zijn familieleden te voorzien en om te voorkomen dat zij ten laste vallen van de openbare overheden
- de vreemde student brengt het bewijs aan dat hij beschikt over voldoende huisvesting om het familielid of de familieleden die gevraagd hebben om zich bij hem te komen voegen te herbergen
- de vreemde student brengt het bewijs aan dat hij beschikt over een ziektekostenverzekering die de risico's in België voor hem en zijn familieleden dekt
- het bewijs wordt geleverd door een geneeskundig getuigschrift dat geen enkel van de familieleden lijdt aan een ziekte die een gevaar oplevert voor de volksgezondheid.

Wat de procedure betreft, geldt ook hier dat de aanvraag in de regel moet worden gedaan in het buitenland, te weten bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van de plaats waar het familielid verblijft. Dit zal alleszins het geval zijn voor de familieleden die niet E.U.-onderdaan zijn.

Op voorlegging van de nodige documenten krijgt het gezinslid van de ambassade een bewijs dat de aanvraag werd ingediend, met vermelding van de datum van indiening.

Wanneer men een aanvraag doet zonder reeds in het bezit te zijn van een attest van voldoende huisvesting, kan DVZ het dossier toch al beginnen onderzoeken op voorlegging van een ontvangstbewijs document bijlage 6. DVZ onderzoekt dus het dossier en geeft als de overige voorwaarden vervuld zijn, akkoord voor aflevering van een visum type D, onder voorbehoud van het voorleggen van het bewijs van voldoende huisvesting (= document bijlage 7 of geen beslissing binnen de 6 maanden na het overhandigen van het document bijlage 6). Van zodra de visumaanvrager de voldoende huisvesting bewijst aan de buitenlandse post, levert deze het visum onmiddellijk af.

Ook hier dient benadrukt dat de verblijfsmachtiging moet worden toegekend door DVZ, indien al de voormelde bewijzen worden aangebracht. Er geldt daarbij een maximale behandelingstermijn van 15 maanden te rekenen van het ogenblik dat alle vereiste documenten worden overgelegd.

In het algemeen krijgt, bij een positieve beslissing of wanneer geen enkele beslissing wordt betekend binnen de termijn van maximum 15 maanden, het gezinslid aldus een "machtiging tot voorlopig verblijf" in de vorm van een visum type D, waarmee het naar België kan reizen.

Na aankomst in België dient het familielid zich dan binnen de 8 werkdagen bij de gemeente van verblijf aan te melden, die hem in het bezit zal stellen van een aankomstverklaring (document bijlage 3). De voorgelegde attesten worden gecontroleerd en een woonstcontrole zal worden uitgevoerd. Indien alles in orde is, zal hij uiteindelijk worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit worden gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

Ook het familielid van een tot verblijf gemachtigde vreemde student kan echter toepassing maken van artikel 25/2 Vb. (zie supra IV.3.a./bijv. indien het familielid E.U.-onderdaan is en derhalve niet visumplichtig is om naar België te reizen) om zijn aanvraag in te dienen bij het gemeentebestuur van de plaats waar hij verblijft in België, die hem, van zodra hij alle vereiste documenten evenals het bewijs van zijn wettig verblijf in België aanbrengt, en mits positieve woonstcontrole, in het bezit zal stellen van een document dat aantoonde dat de aanvraag werd ingediend (document bijlage 41), hem zal inschrijven in het vreemdelingenregister en hem in het bezit zal stellen van een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd), geldig voor 9 maanden of maximaal 15 maanden na verlenging.

Beslist DVZ vervolgens positief over de aanvraag of brengt ze binnen een termijn van 15 maanden te rekenen van de afgifte van het document bijlage 41 geen enkele beslissing ter kennis van het gemeentebestuur, dan levert laatstgenoemde overheid aan de vreemdeling een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of een elektronische A-kaart af. Het attest van immatriculatie wordt mogelijks verlengd tot de afgifte van dit bewijs.

Volledigheidshalve dient te worden vermeld dat de aanvraag ook kan worden gedaan vanuit illegaal verblijf in België (art. 10^{ter} Vw. dat verwijst naar art. 9^{bis} Vw.). De vreemdeling moet dan wel aantonen dat hij zich bevindt in "buitengewone omstandigheden" die hem verhinderen terug te keren naar zijn land om daar, via de Belgische ambassade, de aanvraag in te dienen.

In voorkomend geval dient de aanvraag te worden ingediend bij het gemeentebestuur van de verblijfplaats, en dient bij de aanvraag, naast de voormelde documenten voor gezinshereniging, ook een bewijs van identiteit en van de buitengewone omstandigheden te worden gevoegd. Er zal een woonstcontrole worden uitgevoerd, en indien deze positief is, zal de gemeente de aanvraag overmaken aan DVZ en het familielid in het bezit stellen van een aankomstverklaring (document bijlage 3).

DVZ spreekt zich eerst uit over de ontvankelijkheid van de aanvraag. Indien niet alle bewijzen worden overgelegd of er geen buitengewone omstandigheden voorhanden zijn, verklaart DVZ de aanvraag onontvankelijk.

Indien DVZ de aanvraag ontvankelijk acht, wordt het familielid ingeschreven in het vreemdelingenregister, en in het bezit gesteld van een document dat aantoont dat de aanvraag werd ingediend (document bijlage 41) en van een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd), geldig voor 9 maanden of maximaal 15 maanden na verlenging.

Beslist DVZ vervolgens positief over de aanvraag of brengt ze binnen een termijn van 15 maanden te rekenen van de afgifte van het document bijlage 41 geen enkele beslissing ter kennis van het gemeentebestuur, dan levert laatstgenoemde overheid aan de vreemdeling een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of een elektronische A-kaart af.

De familieleden van een tot verblijf gemachtigde student ontvangen een verblijfsmachtiging waarvan de duur gelijkloopt met deze van de machtiging van de vervoegde persoon.

DE VERBLIJFSTITEL

Terugkoppelend naar artikel 128^{quinquies}, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, is dus een machtiging - van rechtswege - vereist tot verblijf van meer dan 3 maanden. Dit zal voor de vreemde student en zijn familieleden steeds het geval zijn, aangezien de voormelde procedures betrekking hebben op het zogenaamd "lang verblijf" of dus verblijf voor meer dan 3 maanden.

Het bewijs van de machtiging tot verblijf voor meer dan 3 maanden zal steeds en louter geleverd worden door het BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of door de elektronische A-kaart, en niet door het attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) dat in bepaalde fasen van de procedure wordt afgeleverd, dat slechts een tijdelijke, precaire verblijfstitel betreft.

e. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf als onderzoeker

DE ONDERZOEKER ZELF (ART. 61/11 VW.)

Een onderzoeker wordt in de Vw. omschreven als *“een derdelander houder van een diploma hoger onderwijs dat toegang geeft tot doctoraatsprogramma’s in het land waar dat diploma bekomen werd, en door een Belgische onderzoeksinstelling geselecteerd is voor de uitvoering van een onderzoeksproject waarvoor voornoemde kwalificatie vereist is, uitgezonderd de onderzoeker door een onderzoeksinstelling van een andere E.U.-lidstaat gedetacheerd bij een Belgische onderzoeksinstelling alsook de onderzoeker die als student onderzoek komt verrichten om een doctorstitel te behalen”*.

Voor de vreemde onderzoeker werd een systeem ingevoerd dat analoog is aan dit van de vreemde student. Er kan derhalve verwezen worden naar de uiteenzetting m.b.t. laatstgenoemde. Ook de vreemde onderzoeker kan aldus zowel een verblijfsmachtiging aanvragen bij een Belgische diplomatieke of consulaire post in het buitenland als bij de burgemeester van zijn verblijfplaats in België op basis van artikel 25/2 Vb. Ook hier moet DVZ de verblijfsmachtiging afleveren indien volgende documenten worden voorgelegd:

- een geldig reisdocument
- een met een in België erkende onderzoeksinstelling afgesloten gastovereenkomst
- een geneeskundig getuigschrift waaruit blijkt dat de vreemdeling niet aangetast is door een ziekte die een gevaar betekent voor de volksgezondheid
- een attest van goed gedrag en zeden.

Ook hier kan DVZ beslissen om de twee laatste documenten niet te eisen.

DE FAMILIELEDEN DIE HEM KOMEN VERVOEGEN (ART. 61/13 VW.)

Voor wat de familieleden betreft van de tot verblijf gemachtigde onderzoeker, is de regeling (vervat in art. 10bis, § 2 Vw.) identiek aan deze voor de familieleden van de tot verblijf gemachtigde vreemde student, met als enige uitzondering dat het bewijs van stabiele, regelmatige en voldoende bestaansmiddelen slechts moet worden geleverd in geval van gezinshereniging met een gemeenschappelijk of niet-gemeenschappelijk alleenstaand gehandicapt kind ouder dan 18 jaar (zie supra IV.3.d.).

DE VERBLIJFSTITEL

Zowel de gemachtigde onderzoeker als zijn gemachtigde familieleden worden ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR - “witte kaart” voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

De machtiging tot verblijf afgegeven aan de vreemde onderzoeker wordt daarbij beperkt tot de duur van het onderzoeksproject zoals vastgelegd in de door de onderzoeker met de erkende onderzoeksinstelling afgesloten gastovereenkomst.

De duur van de verblijfsmachtiging van de familieleden is identiek aan deze van de vreemde onderzoeker die zij komen vervoegen.

Terugkoppelend naar artikel 128quinquies, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, is dus een machtiging – van rechtswege – vereist tot verblijf van meer dan 3 maanden. Dit zal hier steeds het geval zijn aangezien de hier besproken regeling kadert binnen de regeling van het lang verblijf.

Ook hier dient benadrukt dat het bewijs van de vereiste machtiging louter geleverd wordt door het BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of door de elektronische A-kaart, en niet door het attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) dat in bepaalde fasen van de procedure wordt afgeleverd, dat slechts een tijdelijke, preciaire verblijfstitel betreft.

f. Vreemdelingen gemachtigd tot verblijf in België als gerechtigde van de status van langdurig ingezetene in een andere E.U.-lidstaat

DE LANGDURIG INGEZETENE ZELF (ART. 61/7 VW.)

De Staten gebonden door de Richtlijn 2003/109/EG van de Raad van de Europese Unie van 25 november 2003 betreffende de status van langdurig ingezetene onderdanen van derde landen, zijn alle lidstaten van de Europese Unie, met uitzondering van Denemarken, Ierland en het Verenigd Koninkrijk.

Wanneer een vreemdeling die houder is van een geldige EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene (zie infra IV.5.b. voor de procedure om deze verblijfsstatus te verkrijgen in België), afgegeven door een voormelde Staat andere dan België op grond van voormelde Richtlijn, een aanvraag indient om machtiging tot verblijf van meer dan 3 maanden (dus om een tweede verblijf te bekomen in België), moet deze worden ingewilligd door DVZ, op voorwaarde dat de vreemdeling niet is aangetast door een ziekte die de volksgezondheid in het gevaar brengt en geen gevaar vormt voor de openbare orde of nationale veiligheid, en dat hij hetzij een activiteit als werknemer of als zelfstandige komt uitoefenen in België, hetzij een studie of een beroepsopleiding komt volgen in België, hetzij om andere doeleinden naar België komt.

In het eerste geval, moet de vreemdeling het bewijs leveren dat hij gemachtigd is om in België te werken of dat hij is vrijgesteld van deze machtiging, en dat hij al naargelang het geval een arbeidsovereenkomst, een voorstel voor een arbeidscontract of de documenten die zijn vereist om een activiteit als zelfstandige uit te oefenen, bezit, en op grond van deze activiteit stabiele, regelmatige en toereikende inkomsten ontvangt of kan ontvangen om zichzelf en zijn gezinsleden te onderhouden en om te voorkomen dat ze ten laste vallen van de Belgische overheid.

In het tweede geval, moet de vreemdeling beantwoorden aan de voorwaarden om te worden gemachtigd tot verblijf als vreemde student (zie supra IV.3.d.).

In het derde geval, moet de vreemdeling bewijzen dat hij beschikt over stabiele, regelmatige en toereikende inkomsten om zichzelf en zijn familieleden te onderhouden en om te voorkomen dat zij ten laste vallen van de Belgische overheid, en dat hij beschikt over een ziektekostenverzekering die de risico's in België dekt.

De aanvraag kan vooreerst in het buitenland worden ingediend bij een Belgische diplomatieke of consulaire post. De vreemdeling krijgt in dit geval van de ambassade of van het consulaat een bewijs van indiening van de aanvraag, waarna DVZ moet beslissen binnen de 4 of 7 maanden in geval van verlenging (kan maar één maal met 3 maanden).

Bij een positieve beslissing of indien door DVZ geen beslissing wordt meegedeeld binnen de voormelde termijn aan de diplomatieke of consulaire post en alle vereiste documenten werden overgemaakt, wordt de vreemdeling gemachtigd tot een beperkt verblijf in België (d.i. wordt hem een visum afgeleverd).

De vreemdeling kan zich dan met zijn paspoort en de machtiging tot verblijf (d.i. het visum) naar België begeven, waar hij zich binnen de 8 werkdagen na aankomst moet aanbieden bij de gemeente van zijn verblijfplaats. Op voorlegging van zijn machtiging tot verblijf (d.i. het visum), ontvangt de vreemdeling dan een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur van een jaar (afgeleverd tot eind 2008) of een elektronische A-kaart voor dezelfde duur, en wordt hij ingeschreven in het vreemdelingenregister. De vreemdeling zal vervolgens telkens een vernieuwing krijgen van zijn BIVR zolang hij voldoet aan de voorwaarden van zijn verblijf.

Naast vanuit het buitenland, kan de aanvraag ook worden ingediend in België, en dit zowel vanuit legaal of illegaal verblijf in België.

De aanvraag vanuit een legaal verblijf in België moet daarbij worden ingediend bij de gemeente van de verblijfplaats, die eerst zal controleren of de betrokkene wel op het grondgebied van de gemeente verblijft (= woonstcontrole).

In geval van een positieve woonstcontrole krijgt de vreemdeling dan van de gemeente een bewijs dat de aanvraag werd ingediend (= document bijlage 41), en maakt de gemeente de aanvraag over aan DVZ.

Indien de langdurig ingezetene echter een verblijf aanvraagt als werknemer of zelfstandige, kan de gemeente ook zelf een beslissing nemen over de aanvraag, d.i. onmiddellijk na de woonstcontrole, en dient de aanvraag aldus niet te worden overgemaakt aan DVZ. De langdurig ingezetene moet in dit geval als documenten overmaken: (a) een arbeidskaart B, een beroepskaart, een attest van vrijstelling van deze verplichting afgegeven door de bevoegde overheidsdienst of elk ander bewijs dat door de bevoegde ministers voldoende wordt geacht om de vrijstelling te bevestigen, (b) een medisch attest waaruit blijkt dat hij niet lijdt aan een ziekte die een gevaar oplevert voor de volksgezondheid en (c) een attest van goed gedrag en zeden. Indien al deze documenten worden overgemaakt, zal de gemeente een beperkt verblijfsrecht toekennen in de vorm van een BIVR – “witte kaart” (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart.

In al de andere gevallen moet DVZ binnen de 4 maanden na de aanvraag zijn beslissing overmaken aan de gemeente. Deze termijn kan door DVZ eenmaal verlengd worden met drie maanden.

Bij een positieve beslissing of indien door DVZ geen beslissing wordt meegedeeld aan de gemeente binnen de voormelde termijn en op voorwaarde dat alle vereiste documenten werden overgemaakt, wordt de vreemdeling gemachtigd tot een beperkt verblijf in België.

Bij een aanvraag vanuit een onwettig verblijf, geldt dezelfde procedure, met als uitzondering dat zal moeten worden aangetoond dat er “buitengewone omstandigheden” voorhanden zijn die verhinderen dat de aanvraag wordt gedaan bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van het land waar hij over de status van langdurig ingezetene beschikt, dat de gemeente bij positieve woonstcontrole een aankomstverklaring (document bijlage 3) zal afleveren en een document bijlage 41 (= bewijs dat de aanvraag werd ingediend) slechts zal worden afgeleverd nadat DVZ de aanvraag ontvankelijk heeft verklaard (d.i. geoordeeld heeft over het bestaan van de voormelde buitengewone omstandigheden).

Ook in deze twee gevallen van aanvraag in België, wordt de vreemdeling uiteindelijk ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een BIVR – “witte kaart” voor een beperkte duur van een jaar (voor studenten wordt een BIVR afgeleverd geldig tot 31 oktober van het volgende jaar) (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart voor dezelfde duur. De vreemdeling zal vervolgens telkens een vernieuwing krijgen van zijn BIVR zolang hij voldoet aan de voorwaarden van zijn verblijf.

Na een periode van 5 jaar volgend op de afgifte van voormelde verblijfstitel, wordt de machtiging tot verblijf dan onbeperkt, behoudens voor de student. De vreemdeling wordt dan in het bezit gesteld van een BIVR – “witte kaart” voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische B-kaart.

Terugkoppelend naar artikel 128^{quinquies}, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn deze vreemdelingen steeds gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, aangezien hun steeds een machtiging tot verblijf zal worden verleend voor meer dan 3 maanden.

ZIJN FAMILIELEDEN (ART. 10BIS, § 3 VW.)

Volgende familieleden van een vreemdeling met EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene afgegeven door een andere E.U.-lidstaat op grond van voormelde Richtlijn die gemachtigd is tot een verblijf van meer dan 3 maanden in België, hebben recht om hem onder voorwaarden te vervoegen:

- de echtgenoot of de vreemdeling waarmee een geregistreerd partnerschap gelijkwaardig beschouwd met het huwelijk in België of een wettelijk geregistreerd partnerschap werd gesloten
- hun (gemeenschappelijke en niet-gemeenschappelijke) minderjarige kinderen
- hun (gemeenschappelijke en niet-gemeenschappelijke) meerderjarige alleenstaande gehandicapte kinderen.

Het betreft dezelfde familieleden als bij de vreemde student en de vreemde onderzoeker (zie supra IV.3.d. en IV.3.e.). Het betreft eigenlijk steeds de vreemdelingen vermeld in artikel 10, § 1, 4^o tot 6^o Vw. Er kan dus verwezen worden naar de uiteenzetting infra IV.4.a.

Wat de procedure betreft, dient het familielid die de nationaliteit heeft van een land van buiten de E.U. (als men spreekt over E.U. binnen de vreemdelingenreglementering veronderstelt dat steeds de E.E.R. (art. 69bis Vb. – zie infra IV.4.b.)) in principe een visum type D aan te vragen bij de bevoegde diplomatieke of consulaire post van België in het kader van gezinshereniging.

Wanneer de betrokkene kan aantonen dat hij een familielid is van een langdurig ingezetene uit een andere E.U.-lidstaat met een 2^e verblijf in België, krijgt het van de ambassade een bewijs dat de aanvraag werd ingediend, met vermelding van de datum van indiening. Om een geldige aanvraag in te dienen volstaat dus het bewijs van de verwantschap of het partnerschap, en een kopie van de EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene van de vreemdeling die men wil vervoegen.

Ten laatste 4 maanden na de datum van indiening moeten de overige documenten en bewijsstukken overgemaakt worden.

Na 4 maanden zal DVZ een beslissing nemen over de aanvraag. Bij een positieve beslissing of indien door DVZ geen beslissing wordt meegedeeld aan de gemeente binnen de 4 maanden, eventueel verlengd met 3 maanden, en op voorwaarde dat alle vereiste documenten werden overgemaakt door de vreemdeling, wordt de vreemdeling gemachtigd tot een beperkt verblijf in België. Het familielid ontvangt een visum type D, waarmee het naar België kan reizen.

Binnen de 8 werkdagen na aankomst in België dient het familielid zich bij de gemeente van verblijf aan te melden.

Op voorlegging van het visum type D in het paspoort zal de gemeente het familielid inschrijven in het vreemdelingenregister en hem een BIVR afgeven onder de vorm van een elektronische A-kaart (tot eind 2008 kon de gemeente nog een kartonnen BIVR - “witte kaart” voor beperkte duur afleveren). Dit BIVR zal voor dezelfde duur worden afgegeven als de machtiging van de vreemdeling die het familielid komt vervoegen.

Indien het familielid echter de nationaliteit van een EU/E.E.R.-land heeft, kan het zonder visum naar België komen en zich registreren bij de gemeente. Ook wanneer het familielid al een verblijfsvergunning heeft in een andere E.U.-lidstaat, bv. het land waar de langdurig ingezetene zijn status bekomen heeft, is het familielid vrijgesteld van de visumplicht.

Om een geldige aanvraag in te dienen bij de gemeente volstaat: het bewijs van het wettig verblijf in België, het bewijs van de verwantschap of het partnerschap, en een kopie van de EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene van de vreemdeling die men wil vervoegen.

Ten laatste 4 maanden na de datum van indiening moeten de overige documenten en bewijsstukken overgemaakt worden.

De gemeente zal eerst controleren of de betrokkene op het grondgebied van de gemeente verblijft. Bij een positieve controle ontvangt de vreemdeling een bewijs dat de aanvraag werd ingediend (= document bijlage 41). Wanneer de vreemdeling die het familielid komt vervoegen zelf al in het bezit is van een verblijfsrecht in België, wordt het familielid bovendien ingeschreven in het vreemdelingenregister. De gemeente levert dan een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) af, met dezelfde geldigheidsduur als de verblijfstitel van de vreemdeling die hij komt vervoegen, met een maximum echter van 4 maanden. De gemeente maakt vervolgens de aanvraag over aan DVZ, die moet beslissen binnen de 4 maanden na de aanvraag.

Bij een positieve beslissing of indien door DVZ geen beslissing wordt meegedeeld aan de gemeente binnen de 4 maanden, eventueel verlengd met drie maanden, en op voorwaarde dat alle vereiste documenten werden overgemaakt door de vreemdeling, wordt de vreemdeling gemachtigd tot een beperkt verblijf in België en in het bezit gesteld van een elektronische A-kaart (tot eind 2008 kon de gemeente nog een kartonnen BIVR – "witte" kaart voor beperkte duur afleveren).

De machtiging zal verleend worden voor dezelfde duur als voor de vreemdeling die het familielid komt vervoegen.

In uitzonderlijke gevallen kan de gezinshereniging ook aangevraagd worden vanuit een illegaal verblijf in België. De vreemdeling moet dan wel aantonen dat hij zich bevindt in "buitengewone omstandigheden" die hem verhinderen terug te keren naar zijn land om daar, via de Belgische ambassade, de aanvraag in te dienen.

De aanvraag moet in voorkomend geval gericht worden aan de burgemeester van de feitelijke verblijfplaats. Bij de aanvraag moet het bewijs van de buitengewone omstandigheden gevoegd worden.

De wijkagent zal eerst een woonstcontrole uitvoeren voor de gemeente om na te gaan of de aanvrager op het opgegeven adres woont. Indien de woonstcontrole positief is, zal de gemeente de aanvraag onverwijld overmaken aan DVZ. De aanvrager ontvangt dan een aankomstverklaring (document bijlage 3).

DVZ zal zich vervolgens eerst uitspreken over de ontvankelijkheid. Wanneer de buitengewone omstandigheden niet bewezen zijn, zal DVZ de aanvraag onontvankelijk verklaren. Wanneer DVZ de aanvraag wel ontvankelijk acht, krijgt de vreemdeling een bewijs dat de aanvraag werd ingediend (= document bijlage 41). Wanneer de vreemdeling die het familielid komt vervoegen zelf al in het bezit is van een verblijfsrecht, wordt het familielid bovendien ingeschreven in het vreemdelingenregister. De gemeente levert dan een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) af, met dezelfde geldigheidsduur als de verblijfstitel van de vreemdeling die hij komt vervoegen, met een maximum echter van 4 maanden.

Voor het overige is de procedure identiek aan de procedure vanuit wettig verblijf.

Terugkoppelend naar artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn deze vreemdelingen gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, aangezien hun steeds een machtiging zal worden verleend voor meer dan 3 maanden.

DE VERBLIJFSTITEL

Het bewijs van de vereiste machtiging (– van rechtswege – voor meer dan 3 maanden) zal – louter en alleen – geleverd worden door het BIVR – "witte kaart" voor een beperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of door de elektronische A-kaart, of door het BIVR – "witte kaart" voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of door de elektronische B-kaart, en niet door het attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) dat in bepaalde fasen van de procedure wordt afgeleverd, dat slechts een tijdelijke, precaire verblijfstitel betreft.

g. Gezinshereniging met een vreemdeling gemachtigd tot een verblijf voor beperkte duur – Algemene regeling (art. 10*bis*, § 2 Vw.)

In geval van familieleden van een vreemdeling gemachtigd tot beperkt verblijf in België, buiten de vreemde student en de langdurig ingezetene in een andere E.U.-lidstaat met tweede verblijf in België, is de procedure vervat in artikel 10*bis*, § 2 Vw. van toepassing.

De gezinshereniging met een vreemde onderzoeker betreft een toepassing van voormeld wetsartikel, zodat verwezen kan worden naar de uiteenzetting supra IV.3.e.

Terugkoppelend naar artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn deze vreemdelingen gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, aangezien hun steeds een machtiging zal worden verleend voor meer dan 3 maanden. Het betreft inderdaad een aanvraag tot zogenaamd “lang verblijf”.

Volledigheidshalve kan nog opgemerkt worden dat het familielid gemachtigd tot verblijf voor een beperkte duur ingevolge gezinshereniging met een vreemdeling zelf gemachtigd tot verblijf voor een beperkte duur (in het algemeen, maar ook voor de vreemde onderzoeker, de vreemde student en de langdurig ingezetene in een andere E.U.-lidstaat met tweede verblijf in België), een verblijfsrecht van onbepaalde duur bekomt na 3 jaar verblijf in België te rekenen van de afgifte van het attest van immatriculatie model A, indien het vervoegde familielid zelf een verblijfsrecht van onbepaalde duur bekomt.

In afwachting van dat moment zal men nog steeds de verlenging van het beperkt BIVR moeten aanvragen. De verlenging zal slechts toegestaan worden indien men nog aan de voorwaarden voor gezinshereniging voldoet. Er moet voor de verlenging wel geen nieuw attest van voldoende huisvesting meer worden voorgelegd.

Terugkoppelend naar artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn deze vreemdelingen uiteraard gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, aangezien voor de hier behandelde categorie een machtiging – van rechtswege – voor meer dan 3 maanden is vereist, en de betrokken vreemdelingen in voorkomend geval gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur.

4. Vreemdelingen van rechtswege toegelaten tot verblijf voor meer dan drie maanden

Deze categorie vreemdelingen zijn gerechtigde resident binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GUV-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, die beiden spreken over “*de vreemdelingen die van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk zijn toegelaten*”.

a. Algemene regeling (art. 10 Vw.)

Artikel 10 Vw. schept voor een aantal categorieën vreemdelingen (enigszins zoals de categorieën vreemdelingen van rechtswege gemachtigd tot verblijf voor meer dan 3 maanden – zie supra IV.3.) een recht op verblijf, in tegenstelling tot de vreemdelingen gemachtigd tot verblijf voor meer dan 3 maanden waarvoor een beoordelingsvrijheid bestaat in hoofde van DVZ (zie supra IV.2.). Inzake artikel 10 Vw. bestaat de beslissing van DVZ er (vooral) in na te gaan of de vreemdeling beantwoordt aan één van de categorieën voorzien in dat artikel. Is dit het geval, en beantwoordt de vreemdeling aan de gestelde voorwaarden, dan moet DVZ hem toelaten tot verblijf.

WIE?

Volgende categorieën vreemdelingen hebben recht op verblijf op grond van art. 10 Vw. :

(a) de vreemdeling wiens recht op verblijf wordt erkend door een internationaal verdrag, door de wet of door een Koninklijk Besluit (§ 1, eerste lid, 1^o)

Het betreft in de eerste plaats de E.U.-onderdaan en de erkende vluchteling. Deze betreffen echter zogenaamde “bevoorrechte vreemdelingen” die niet vallen onder de algemene regeling, maar onderhevig zijn aan een specifieke hen betreffende regeling. Wij bespreken ze later.

Het betreft eveneens de vreemdelingen, onderdaan van een land dat met de Europese Unie een overeenkomst heeft afgesloten, indien ze uit deze overeenkomst een recht op verblijf kunnen putten.

Zo werd op 12 september 1963 te Ankara een Associatieovereenkomst afgesloten tussen de E.G. en Turkije, door België goedgekeurd bij Wet van 15 juli 1967. Op 23 november 1970 werd te Brussel nog een Aanvullend Protocol bij deze overeenkomst afgesloten, door België goedgekeurd bij Wet van 18 augustus 1972. In uitvoering van de artikelen 22 en 23 van de overeenkomst werd een Associatieraad opgericht, die o.a. het Besluit nr. 1/80 van 19 september 1980 heeft getroffen. In navolging van de arresten³² Sevince van 20 september 1990, Kus van 16 december 1992 en Eroglu van 5 oktober 1994, van het Europees Hof van Justitie, die aan - o.a. - artikel 6 van voormeld Besluit, dat bepaalt dat een Turkse werknemer gradueel onbeperkte toegang krijgt tot de arbeidsmarkt, rechtstreekse werking toedichtten – omdat ze een voldoende duidelijke en nauwkeurig omschreven verplichting bevatten - en als principe naar voren brengen dat wanneer een bepaling een werknemer toegang verleent tot elke arbeid in loondienst dit noodzakelijkerwijze inhoudt dat hij ten minste op dat ogenblik een recht op verblijf heeft, beschikt de Turkse werknemer met onbeperkte toegang tot de Belgische arbeidsmarkt aldus over een recht op verblijf in België.

Voorheen bestonden eveneens bilaterale akkoorden tussen de E.U. en de zogenaamde PECO-landen (“Pays d’Europe centrale et orientale”: Polen, Hongarije, Roemenië, Bulgarije, Tsjechië, Slowakije, Estland, Letland, Litouwen en Slovenië), maar deze hebben, sedert de uitbreiding van de E.U. op 1 mei 2004 (met 10 landen) en 1 januari 2007 (met Roemenië en Bulgarije), alle belang verloren.

Tenslotte moeten nog de Zwitsers worden vermeld, die, ingevolge de Overeenkomst afgesloten tussen Zwitserland en de E.U. op 21 juni 1999, bevoorrechte vreemdelingen zijn. Zij vallen dus, zoals de E.U.-onderdanen en erkende vluchtelingen, niet onder de algemene regeling en komen later aan bod.

Het betreft vervolgens het kind beneden de 16 jaar, dat reist in het gezelschap van één der ouders, grootouders of van zijn voogd, voor zover deze laatste persoon zelf beantwoordt aan de voorwaarden voor verblijf van meer dan 3 maanden in het Rijk (art. 24, tweede lid Vb.).

Tenslotte moeten nog een aantal bilaterale overeenkomsten worden vermeld, door België afgesloten met Marokko (overeenkomst van 17.02.1964), met Algerije (overeenkomst van 08.01.1970), met Tunesië (overeenkomst van 07.08.1969), met Turkije (overeenkomst van 16.07.1964) en met het voormalige Joegoslavië (overeenkomst van 23.07.1970/van belang voor landen die vroeger deel uitmaakten van Joegoslavië en niet behoren tot de Europese Unie), die inzake gezinshereniging met gastarbeiders voordeliger bepalingen bevatten dan deze van artikel 10 Vw. inzake gezinshereniging.

32. Het is in de arresten Sevince van 20.09.1990 en Kus van 16.12.1992 dat door het Hof naar voor werd geschoven dat de bepalingen van het Besluit nr. 1/80 rechtstreekse werking hebben wanneer zij, rekening houdend met de bewoordingen, het doel en de aard van de overeenkomst, een voldoende duidelijke en nauwkeurig omschreven verplichting bevatten.

In het arrest Eroglu van 05.10.1994 ging het Hof op de ingeslagen weg verder en besliste het dat, wanneer een bepaling een werknemer toegang verleent tot elke arbeid in loondienst, dit noodzakelijkerwijze inhoudt dat hij ten minste op dat ogenblik een recht op verblijf heeft.

Deze overeenkomsten kunnen slechts worden ingeroepen door de onderdanen van deze landen voor zover ze voldoen aan de voorwaarden van werk en/of huisvesting in de van toepassing zijnde overeenkomst bepaald.

De belangrijkste bepalingen van deze overeenkomsten zijn de volgende:

- volgens artikel 13 van de overeenkomst met Marokko kan de in België verblijvende werknemer zijn echtgenote en zijn minderjarige familieleden ten laste laten overkomen nadat hij 3 maanden in België heeft gewerkt en indien hij voor zijn gezin over een aangepaste woning beschikt. Het visum, voorzien voor een verblijf op grond van deze overeenkomst, moet worden bekomen bij de Belgische diplomatieke of consulaire overheid
- volgens artikel 11 van de overeenkomst met Turkije kan de in België verblijvende werknemer zijn echtgenote, zijn minderjarige kinderen en onder bepaalde voorwaarden zijn ascendenten ten laste, laten overkomen nadat hij één maand in België heeft gewerkt en indien hij voor zijn gezin over een aangepaste woning beschikt
- volgens artikel 13 van de overeenkomst met Tunesië en artikel 14 van de overeenkomsten met Algerije en Joegoslavië, kan de in België verblijvende werknemer zijn echtgenote en zijn minderjarige kinderen laten overkomen nadat hij drie maanden in België heeft gewerkt en indien hij voor zijn gezin over een aangepaste woning beschikt.

(b) de vreemdeling die in de voorwaarden verkeert om de Belgische nationaliteit te verwerven door nationaliteitskeuze of om de Belgische nationaliteit te herkrijgen (§ 1, eerste lid, 2^o)

Het betreft de vreemdeling:

- die voldoet aan de voorwaarden van artikel 13, 1^o (kind in België geboren), 3^o (kind in buitenland geboren van wie een ouder of adoptant Belg is of was op het ogenblik van de geboorte), 4^o (kind dat in België verbleef samen met ouder of wettelijk vertegenwoordiger gedurende een jaar vóór de leeftijd van 6 jaar) van het Wetboek van Belgische Nationaliteit (W.B.N.)
- die de Belgische nationaliteit heeft verloren door de vrijwillige verkrijging van een andere nationaliteit en voldoet aan de voorwaarden van artikel 24 W.B.N. om opnieuw Belg te worden.

In tegenstelling tot hetgeen het W.B.N. bepaalt, is het echter niet vereist om gedurende de laatste 12 maanden voorafgaand aan de aanvraag zijn hoofdverblijfplaats in België te hebben gehad.

Het is evenmin vereist, om recht op verblijf te hebben, dat de betrokken vreemdeling daadwerkelijk een aanvraag tot nationaliteitskeuze of tot herkrijging heeft ingediend.

(c) de Belgische vrouw die haar nationaliteit verloren heeft (§ 1, eerste lid, 3^o)

Deze bepaling werd voorzien ingevolge de bepaling in de vroegere nationaliteitswetgeving, op grond waarvan de Belgische vrouw door haar huwelijk met een vreemdeling in sommige gevallen haar nationaliteit verloor.

(d) de gezinshereniging door huwelijk (§ 1, eerste lid, 4^o)

De echtgenoot en kinderen van een vreemdeling gemachtigd of toegelaten tot een verblijf van onbepaalde duur, hebben recht op verblijf, onder volgende voorwaarden:

- wat het kind betreft:

Het kind dient hiertoe aan vier voorwaarden cumulatief te voldoen:

- minder dan 18 jaar oud zijn
- ten laste zijn
- met de ouder(s) samenwonen
- alleenstaand zijn.

Het betreft zowel de gemeenschappelijke (van beide echtgenoten) als de niet-gemeenschappelijke (van één van de echtgenoten) kinderen. Wat deze laatste betreft, is echter vereist dat de vreemdeling die vervoegd wordt of zijn echtgenoot over het recht van bewaring beschikt. Ook dient, in geval van gedeeld recht van bewaring, de andere houder van het recht van bewaring zijn toestemming te hebben gegeven.

Ook geadopteerde kinderen kunnen het recht op verblijf op grond van gezinshereniging invoeren.

Kinderen uit polygame huwelijken worden echter uitgesloten van gezinshereniging, indien een andere echtgenoot dan hun ouder zich reeds in België bevindt.

- wat de echtgenoot betreft:

De echtgenoot dient hiertoe aan drie voorwaarden cumulatief te voldoen:

- het bewijs aanbrengen van de hoedanigheid van echtgenoot, in beginsel door het overleggen van een huwelijksakte
- minimum 21 jaar oud zijn -de leeftijdsvereiste geldt voor beide echtgenoten- of 18 jaar indien de echtelijke band reeds bestond vóór de vreemdeling die vervoegd wordt in België aankwam
- samenwonen met laatstgenoemde vreemdeling.

Het recht op gezinshereniging door huwelijk bestaat niet voor de echtgenoot van een polygame vreemdeling indien een andere echtgenoot van die persoon reeds in België verblijft.

Daarnaast moet een vreemdeling die in België is toegelaten tot verblijf ingevolge gezinshereniging door huwelijk 2 jaar wachten om zich zelf te laten vervoegen op grond van een huwelijk.

- (e) de gezinshereniging door een geregistreerd partnerschap (§ 1, eerste lid, 4^o en 5^o)

Er bestaan 2 regelingen inzake gezinshereniging door een geregistreerd partnerschap met een vreemdeling gemachtigd of toegelaten tot een verblijf van onbepaalde duur:

- gezinshereniging ingevolge een geregistreerd partnerschap als gelijkwaardig beschouwd met het huwelijk in België

Voor deze vorm van gezinshereniging geldt dezelfde regeling als voor de gezinshereniging door huwelijk.

De gevallen waarbij een partnerschap geregistreerd op grond van een vreemde wet als gelijkwaardig wordt beschouwd met een huwelijk in België, worden bepaald bij in Ministerraad overlegd Koninklijk besluit. Dit is het geval voor partnerschappen geregistreerd op grond van de wetgeving van de Scandinavische landen (Denemarken, Noorwegen, Zweden, Finland en IJsland), Duitsland en het Verenigd Koninkrijk³³.

- gezinshereniging ingevolge een wettelijk geregistreerd partnerschap

In geval van een wettelijk geregistreerd partnerschap, niet gelijkwaardig beschouwd aan het huwelijk in België, wordt vereist dat de partners een naar behoren geattesteerde duurzame en stabiele relatie onderhouden van ten minste 1 jaar. Opdat de relatie als stabiel zou kunnen worden beschouwd, geldt er een plicht tot samenwonen, moeten beide partners ten minste 21 jaar oud zijn - of 18 jaar indien de relatie reeds bestond vóór de vreemdeling die vervoegd wordt in België aankwam -, ongehuwd en zonder duurzame relatie met een andere persoon. De registratie van de samenwoning kan gebeuren zowel door een buitenlandse overheid als in België onder de vorm van een wettelijke samenwoning.

33. Koninklijk besluit van 17.05.2007 tot vaststelling van de uitvoeringsmodaliteiten van de wet van 15.09.2006 tot wijziging van de wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (art. 12).

Ook hier geldt dat een vreemdeling die in België is toegelaten tot verblijf ingevolge gezinshereniging door een wettelijk geregistreerd partnerschap twee jaar moet wachten om zich zelf te laten vervoegen op grond van een wettelijk geregistreerd partnerschap.

Ook de kinderen van de vreemdeling op wie deze regeling toepassing vindt, hebben recht op verblijf. Hierbij geldt een identieke regeling als bij de gezinshereniging door huwelijk.

(f) het alleenstaand gehandicapt kind (§ 1, eerste lid, 6°)

Het betreft het alleenstaand gehandicapt kind ouder dan 18 jaar van een vreemdeling gemachtigd of toegelaten tot een verblijf van onbepaalde duur of van zijn echtgenoot of partner in de zin van de categorieën (d) en (e), dat een attest overlegt uitgaande van een door een Belgische diplomatieke of consulaire post erkende arts dat aantoonde dat het omwille van zijn handicap niet in zijn eigen behoeften kan voorzien.

(g) de ouders van een erkend vluchteling (§ 1, eerste lid, 7°)

Hebben ook recht op verblijf, de ouders van een vreemdeling erkend als vluchteling, indien zij met hem komen samenleven en op voorwaarde dat de vervoegde vreemdeling jonger is dan 18 jaar en België is binnengekomen zonder begeleiding van een wettelijk verantwoordelijke meerderjarige vreemdeling en vervolgens niet daadwerkelijk onder de hoede van een dergelijk persoon heeft gestaan, of zonder begeleiding werd achtergelaten nadat hij België is binnengekomen.

VOORWAARDEN

Naast nagaan of de vreemdeling zich in één van de gevallen van artikel 10 Vw. bevindt, controleert DVZ ook of voldaan is aan de volgende materiële voorwaarden :

a) de vreemdelingen behorend tot categorie (b) en (c) dienen het bewijs te leveren dat ze beschikken over stabiele, toereikende en regelmatige bestaansmiddelen ten behoeve van zichzelf en om te voorkomen dat ze ten laste vallen van de Belgische openbare overheden.

De vreemdeling behorend tot categorie (f) moet het bewijs leveren dat de te vervoegen vreemdeling beschikt over zulke bestaansmiddelen ten behoeve van zichzelf en van zijn familieleden.

b) wat betreft de vreemdelingen behorend tot categorie (d), (e) en (f), dient het bewijs te worden geleverd dat de te vervoegen vreemdeling over voldoende huisvesting beschikt om het gezinslid of de gezinsleden, die gevraagd heeft of hebben om zich bij hem te komen voegen, te herbergen en over een ziektekostenverzekering beschikt die de risico's in België voor hem en zijn gezinsleden dekt.

Deze vereiste geldt echter niet voor de in categorie (d) en (e) bedoelde gezinsleden van een als vluchteling erkende vreemdeling indien de bloed- of aanverwantschapsbanden of het geregistreerd partnerschap al bestonden vooraleer de vreemdeling België binnenkwam en voor zover de aanvraag tot verblijf op grond van art. 10 Vw. werd ingediend in de loop van het jaar na de beslissing tot erkenning als vluchteling van de vreemdeling die vervoegd wordt. DVZ kan in deze omstandigheden echter toch eisen dat deze bewijzen worden voorgelegd indien de gezinshereniging mogelijk is in een ander land, waarmee de vreemdeling die vervoegd wordt of diens gezinslid een bijzondere band heeft, waarbij rekening gehouden wordt met de feitelijke omstandigheden, de aan de gezinshereniging gestelde voorwaarden in dat ander land en de mate waarin de betrokken vreemdelingen deze voorwaarden kunnen vervullen.

c) tenslotte dient in het kader van art. 10 Vw. steeds het bewijs te worden geleverd dat de vreemdeling niet lijdt aan één van de ziekten die de volksgezondheid in gevaar kunnen brengen.

PROCEDURE

De aanvraag tot toelating tot verblijf dient in de regel te worden gedaan in het buitenland bij de Belgische diplomatieke of consulaire post bevoegd voor de verblijfplaats.

Bij de aanvraag dienen alle documenten te worden gevoegd die aantonen dat de vreemdeling beantwoordt aan de gestelde voorwaarden (zie supra). Naast de bewijzen van de supra vermelde voorwaarden (een medisch getuigschrift, een attest van voldoende huisvesting van de gemeente, enz.), dient ook een attest van goed gedrag en zeden te worden overgelegd indien het gezinslid ouder is dan 18 jaar.

Wanneer de aanvraag volledig is, krijgt de vreemdeling van de ambassade een bewijs dat de aanvraag werd ingediend, met vermelding van de datum van indiening, en wordt de aanvraag overgezonden naar DVZ.

Wanneer men een aanvraag doet zonder reeds in het bezit te zijn van een attest van voldoende huisvesting, kan men het dossier toch al beginnen te onderzoeken op voorlegging van een ontvangstbewijs "document bijlage 6" door de ambassade. DVZ onderzoekt dan het dossier en geeft als de overige voorwaarden vervuld zijn, akkoord voor aflevering van een visum type D, onder voorbehoud van het voorleggen van het bewijs van voldoende huisvesting (= document bijlage 7 of geen beslissing 6 maanden na overhandiging document bijlage 6). Van zodra de vreemdeling de voldoende huisvesting bewijst aan de buitenlandse post, levert die het visum onmiddellijk af.

Ook hier dient benadrukt dat DVZ, bij vervulling van alle gestelde voorwaarden, de vreemdeling moet toelaten tot verblijf voor meer dan 3 maanden.

In het algemeen levert de Belgische diplomatieke of consulaire post in geval van positieve beslissing van DVZ of wanneer geen enkele beslissing wordt betekend binnen de termijn van maximum 15 maanden te rekenen van de datum dat het dossier volledig is, de vreemdeling een visum type D af, waarmee hij naar België kan reizen.

Eenmaal België binnengekomen, dient de vreemdeling zich binnen de 8 werkdagen te gaan aanmelden bij het gemeentebestuur van zijn verblijfplaats, die hem inschrijft in het vreemdelingenregister en hem in het bezit stelt van een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur van 1 jaar (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart geldig voor 1 jaar.

Deze verblijfstitel kan vervolgens tweemaal worden verlengd, telkens met een periode van één jaar. Na 3 jaar beperkt verblijfsrecht, wordt de toelating tot verblijf onbeperkt en wordt de vreemdeling in het bezit gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische B-kaart.

In twee situaties kan de toelating tot verblijf echter ook in België worden aangevraagd bij het gemeentebestuur van de verblijfplaats:

- 1) de vreemdeling verblijft regelmatig in België, hetzij ingevolge een machtiging of toelating tot verblijf voor meer dan 3 maanden (bijvoorbeeld als student) hetzij ingevolge een kort verblijf (bijvoorbeeld indien het gezinslid E.U.-onderdaan is en dus naar België kan reizen zonder visum)

Deze vreemdeling dient vóór het einde van zijn wettig verblijf alle hoger vermelde documenten over te leggen. Tevens dient hij het bewijs te leveren van zijn wettig verblijf in België.

In bevestigend geval, wordt hem door de gemeente een document bijlage 15*bis* afgeleverd, wordt hij ingeschreven in het vreemdelingenregister en in het bezit gesteld van een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) geldig voor een periode van 9 maanden, en 2 maal verlengbaar met telkens een periode van 3 maanden.

Binnen deze laatste termijn gaat DVZ na of de vreemdeling alle gestelde voorwaarden vervult.

Tevens wordt er een woonstcontrole uitgevoerd door de gemeente.

Neemt DVZ een positieve beslissing of geen beslissing binnen de maximumtermijn van 15 maanden, dan wordt het gezinslid toegelaten tot verblijf, en dus in het bezit gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur van 1 jaar (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische A-kaart geldig voor 1 jaar.

Deze verblijfstitel kan vervolgens tweemaal worden verlengd, telkens met een periode van 1 jaar.

Na 3 jaar beperkt verblijfsrecht, wordt de toelating tot verblijf onbeperkt en wordt de vreemdeling in het bezit gesteld van een BIVR - "witte kaart" voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of van een elektronische B-kaart.

2) de vreemdeling bevindt zich in buitengewone omstandigheden die hem verhinderen terug te keren naar zijn land om het visum aan te vragen bij de bevoegde Belgische diplomatieke of consulaire post

Dit betreft een aanvraag vanuit illegaal verblijf.

Ook deze vreemdeling dient bij de gemeente alle hoger vermelde documenten over te leggen, evenals een bewijs van identiteit en een bewijs van de buitengewone omstandigheden.

Na woonstcontrole, ontvangt hij een bewijs van indiening van de aanvraag, waarna het gemeentebestuur zich onverwijld vergewist bij DVZ over de ontvankelijkheid van de aanvraag.

Meent DVZ dat er inderdaad buitengewone omstandigheden bestaan, dan ontvangt de vreemdeling een document bijlage 15*bis*, wordt hij ingeschreven in het vreemdelingenregister en ontvangt hij een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd), geldig voor 9 maanden en 2 maal verlengbaar telkens met een periode van 3 maanden.

De procedure ten gronde is vervolgens vergelijkbaar als bij 1).

DE VERBLIJFSTITEL

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15° van de GvU-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn de vreemdelingen die met succes een toelating tot verblijf bekomen op grond van artikel 10 Vw. gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering. Zij bekomen immers een toelating tot verblijf eerst voor een beperkte periode van 1 jaar, 2 maal verlengbaar met 1 jaar, en vervolgens voor een onbeperkte periode.

Het bewijs van de toelating van rechtswege tot verblijf voor meer dan drie maanden, zal steeds geleverd worden door de BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur van 1 jaar (twee maal verlengbaar met 1 jaar) (afgeleverd tot eind 2008) of de elektronische A-kaart geldig voor dezelfde duur, tijdens de eerste 3 jaar, en door de BIVR - "witte kaart" voor onbeperkte duur (afgeleverd tot eind 2008) of de elektronische B-kaart na drie jaar. Ook hier kan het bewijs dus niet worden geleverd door het attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) dat in bepaalde fasen van de procedure wordt afgeleverd, en dat slechts een tijdelijke, precaire verblijfstitel betreft.

b. De E.U.-onderdanen en gelijkgestelden

Een onderscheid moet gemaakt worden tussen de E.U.-onderdaan zelf en de personen die met hem worden gelijkgesteld.

DE E.U.-ONDERDAAN ZELF (ART. 40 VW.)

Voor de E.U.-onderdaan bestaat in de Vw. een afzonderlijke regeling die gunstiger is dan de algemene regeling vervat in artikel 10 Vw.

Wie?

Het bijzonder regime in de Vw. is van toepassing op iedere onderdaan van een lidstaat van de Europese Unie.

Ingevolge artikel 69*bis* Vb., ingevoegd na de inwerkingtreding van de Europese Economische Ruimte, is de regeling ook toepasselijk voor onderdanen van Liechtenstein, Noorwegen en IJsland.

Hetzelfde geldt voor onderdanen van Zwitserland ingevolge artikel 69*ter* Vb.

Voorwaarden

De E.U.-onderdaan wordt toegelaten tot verblijf indien hij:

a. hetzij naar België komt om werk te zoeken:

In dit geval dient de betrokkene wettelijk te bewijzen “*dat hij nog werk zoekt*” en dat hij “*een reële kans maakt om te worden aangesteld*”.

Het eerste bewijs zal worden geleverd aan de hand van een inschrijving bij de bevoegde dienst voor arbeidsvoorziening (Actiris, VDAB, Forem) of een aantal kopieën van sollicitatiebrieven.

Het tweede bewijs kan worden geleverd aan de hand van: behaalde diploma's, eventuele gevolgde of voorziene beroepsopleidingen, duur van de werkloosheid, enz.

b. hetzij naar België komt als werknemer:

De E.U.-werknemer zal zijn hoedanigheid moeten bewijzen aan de hand van een verklaring van indienstneming of tewerkstelling overeenkomstig het model van document bijlage 19*bis*.

Niet alle E.U.-burgers kunnen zich beroepen op deze regeling om als werknemer verblijf te hebben in België.

Voor inwoners van Bulgarije en Roemenië is “het vrije verkeer van werknemers” immers – vooralsnog – opgeschort tot en met 31 december 2011. Om als werknemer naar België te komen, zullen onderdanen van Bulgarije en Roemenië aldus een arbeidskaart B moeten bekomen en aan de hand van deze kaart een aanvraag tot machtiging tot verblijf moeten richten aan de Belgische diplomatieke of consulaire post in het buitenland (zie supra IV.3.a.).

Na 12 maanden regelmatige en ononderbroken tewerkstelling in België kunnen echter ook deze nieuwe E.U.-burgers een verklaring van inschrijving aanvragen, d.i. een aanvraag om tot verblijf toegelaten te worden. Het bewijs hiervan zal moeten geleverd worden bijvoorbeeld door de opeenvolgende arbeidskaarten, loonfiches of arbeidscontracten.

c. hetzij naar België komt als zelfstandige:

De E.U.-zelfstandige zal zijn hoedanigheid moeten bewijzen aan de hand van een inschrijving in de Kruispuntbank voor ondernemingen met ondernemingsnummer.

d. hetzij naar België komt als economisch niet-actieve:

Van de economisch niet actieve E.U.-burger vereist de Vw. dat hij bewijst dat hij over voldoende bestaansmiddelen beschikt om te voorkomen dat hij ten laste valt van de Belgische sociale bijstand, en dat hij het bewijs levert dat hij beschikt over een ziektekostenverzekering.

e. hetzij naar België komt om er te studeren:

Het betreft de E.U.-onderdaan die regelmatig is ingeschreven in een door de Staat erkende, georganiseerde of gesubsidieerde onderwijsinstelling om er als hoofdbezigheid (enkele uren les per week volstaan dus niet) een studie (zowel lager onderwijs, secundair onderwijs, voorbereiding op hoger onderwijs als hoger onderwijs komt in aanmerking), daarin begrepen een beroepsopleiding, te komen volgen. Hiervan dient het bewijs te worden geleverd aan de hand van een bewijs van inschrijving.

Van de student wordt eveneens vereist dat hij het bewijs levert dat hij beschikt over een ziektekostenverzekering die zijn ziektekosten in België volledig dekt en over voldoende bestaansmiddelen om te voorkomen dat hij tijdens zijn verblijf ten laste komt van de sociale bijstand. Laatstgenoemde bestaansmiddelen kunnen bijvoorbeeld voorhanden zijn doordat de student gaat bijklussen of door een studiebeurs.

Procedure

Wat de procedure betreft, moet een onderscheid worden gemaakt tussen het gewoon verblijfsrecht en het duurzaam verblijfsrecht.

Gewoon verblijfsrecht

Een E.U.-burger geniet van het vrije verkeer van personen, met als gevolg dat hij voor een kort verblijf in België geen visum nodig heeft (behoudens dus de Bulgaren en Roemenen die komen werken). Het bewijs van het E.U.-burgerschap volstaat om voor een periode van maximum 3 maanden in België te verblijven.

Na aankomst in België moet de E.U.-burger, tenzij hij verblijft in een hotel of pension, binnen de 10 werkdagen, zijn aanwezigheid op het grondgebied melden bij de gemeente van zijn verblijfplaats, die hem in het bezit stelt van een “melding van aanwezigheid” onder de vorm van een document bijlage 3^{ter}.

Binnen de 3 maanden na aankomst in België moet de E.U.-burger dan bij de gemeente een verklaring van inschrijving aanvragen.

Op voorlegging van het bewijs van het E.U.-burgerschap (aan de hand van een al dan niet geldig paspoort of identiteitskaart of enig ander bewijs van zijn identiteit en nationaliteit, van een document bijlage 10^{quater} (bijzonder doorlaatbewijs afgegeven aan de grens) of van een document bijlage 3^{ter} (melding van aanwezigheid)) zal de gemeente de E.U.-burger onmiddellijk, zonder voorafgaande woonstcontrole, inschrijven in het wachtregister en hem een document bijlage 19 (bewijs van een aanvraag van een verklaring van inschrijving) afleveren.

Zodra uit de controle van de reële verblijfsplaats blijkt dat de E.U.-burger daadwerkelijk woont op het grondgebied van de gemeente, schrijft de gemeente de E.U.-burger in het vreemdelingenregister in.

Bij de aanvraag of ten laatste binnen de 3 maanden na de aanvraag moet de E.U.-burger alle documenten voorleggen die bewijzen dat hij voldoet aan de voorwaarden voor het lang (>3m) verblijf van een E.U.-burger (zie supra).

Worden niet alle bewijsstukken overgemaakt binnen 3 maanden na de aanvraag, dan weigert de gemeente de aanvraag en levert ze een document bijlage 20 (beslissing tot weigering van verblijf van meer dan 3 maanden) af zonder bevel om het grondgebied te verlaten. De E.U.-burger krijgt dan een maand de tijd om alsnog de vereiste documenten over te maken.

Van een aantal E.U.-burgers kan de gemeente het verblijfsrecht zelf erkennen, zonder tussenkomst van DVZ. Het gaat om de volgende gevallen:

- E.U.-werknemers (wanneer het evenwel gaat om een tewerkstelling van minder dan 12 uur per week, zal de gemeente de aanvraag overmaken aan DVZ)
- E.U.-zelfstandigen
- economisch niet-actieve E.U.-burgers die beschikken over een invaliditeitsuitkering, vervroegd pensioen, ouderdomsuitkering of uitkering van de arbeidsongevallen- of beroepsziektenverzekering, waarvan het bedrag minstens gelijk is aan het inkomstenniveau onder hetwelk sociale bijstand kan worden verleend in België
- E.U.-studenten.

In deze gevallen levert de gemeente onmiddellijk een “verklaring van inschrijving” af in de vorm van een elektronische E-kaart. Deze kaart heeft in principe een geldigheidsduur van 5 jaar, tenzij de E.U.-burger aangeeft voor een kortere periode dan 5 jaar in België te zullen blijven. In dat geval heeft de kaart een geldigheidsduur gelijk aan het voorgenomen verblijf.

Tot eind 2008 kon de gemeente de verklaring van inschrijving afleveren onder de vorm van een papieren document bijlage 8. Deze papieren verklaring van inschrijving heeft geen geldigheidsduur.

Wanneer het gaat om andere E.U.-burgers, maakt de gemeente de aanvraag over aan DVZ. DVZ moet een beslissing nemen binnen de 5 maanden na de datum van de aanvraag. Indien DVZ het verblijfsrecht erkent of geen beslissing meedeelt aan de gemeente binnen de 5 maanden na de datum van de aanvraag, ontvangt de E.U.-burger een "verklaring van inschrijving" onder de vorm van een document bijlage 8 (tot eind 2008) of van een elektronische E-kaart. Ook hier heeft deze kaart in principe een geldigheidsduur van 5 jaar, tenzij de E.U.-burger aangeeft voor een kortere periode dan 5 jaar in België te zullen blijven. In dat geval heeft de kaart een geldigheidsduur gelijk aan het voorgenomen verblijf.

Wanneer DVZ of de gemeente het verblijfsrecht erkent, beschikt de E.U.-burger gedurende 3 (5 bij E.U.-student) jaar over een gewoon verblijfsrecht. Gedurende deze periode kan DVZ controleren of de E.U.-burger nog steeds voldoet aan de voorwaarden voor het verblijf van een E.U.-burger.

In een aantal gevallen behoudt de E.U.-werknemer, -zelfstandige en -werkzoekende daarbij zijn verblijfsrecht, niettegenstaande hij niet meer voldoet aan de voorwaarden, met name als:

- hij, als gevolg van ziekte of ongeval, tijdelijk arbeidsongeschikt is
- hij, na ten minste één jaar te hebben gewerkt, onvrijwillig werkloos is en zich heeft ingeschreven als werkzoekende bij de bevoegde dienst voor arbeidsbemiddeling
- hij onvrijwillig werkloos is na afloop van een tijdelijke arbeidsovereenkomst van minder dan 1 jaar of hij in de eerste 12 maanden onvrijwillig werkloos is geworden en zich als werkzoekende heeft ingeschreven bij de bevoegde dienst voor arbeidsvoorziening. In dit geval blijft het statuut van werknemer ten minste 6 maanden behouden
- hij start met een beroepsopleiding. Behalve in geval van onvrijwillige werkloosheid is voor het behoud van het statuut van werknemer in dit geval een verband vereist tussen de voorafgaande beroepsactiviteit en de opleiding.

Duurzaam verblijfsrecht

Na 3 (vijf bij E.U.-student) jaar ononderbroken verblijf kan de E.U.-burger een duurzaam verblijfsrecht bekomen.

Op de regel dat het duurzaam verblijfsrecht pas erkend wordt na drie jaar verblijf bestaan een aantal uitzonderingen voor E.U.-werknemers en -zelfstandigen. Het gaat om een E.U.-werknemer of -zelfstandige die vóór dat hij 3 jaar verblijf in België bereikt:

- stopt met werken ten gevolge van een blijvende arbeidsongeschiktheid, op voorwaarde dat
 - de E.U.-werknemer of -zelfstandige twee jaar ononderbroken in België heeft verbleven, of
 - de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een arbeidsongeval of een beroepsziekte die recht geeft op een uitkering ten laste van een Belgisch ziekenfonds, of
 - de E.U.-werknemer of -zelfstandige een Belgische echtgenoot of gelijkgestelde partner heeft
- op het tijdstip waarop hij stopt met werken, de wettelijke leeftijd heeft bereikt waarop hij aanspraak kan maken op een ouderdomspensioen
- als E.U.-werknemer vroegtijdig stopt met werken, maar een Belgische echtgenoot of gelijkgestelde partner heeft.

De EU-burger die een duurzaam verblijfsrecht wil verkrijgen, dient dit aan te vragen bij de gemeente via het document bijlage 22 (= aanvraag om duurzaam verblijf). Hij moet alle bewijzen overmaken die aantonen dat hij 3 (5 bij E.U.-student) jaar (of een kortere periode dus in een aantal gevallen) ononderbroken verblijft in België vanaf de datum van de inschrijving in het wachtregister. Wanneer de E.U.-burger deze bewijzen overmaakt, maakt de gemeente de aanvraag over aan DVZ, die een beslissing neemt binnen de vijf maanden.

Indien DVZ het duurzaam verblijf erkent, of indien DVZ geen beslissing neemt binnen de 5 maanden te rekenen vanaf de afgifte van het document bijlage 22, geeft de gemeente een “document ter staving van duurzaam verblijf” af. De E.U.-burger wordt dan ingeschreven in het bevolkingsregister en krijgt een document bijlage 8*bis* (afgeleverd tot eind 2008) of een elektronische E+kaart. Deze kaart heeft een geldigheidsduur van 5 jaar. Het document bijlage 8*bis* heeft geen geldigheidsduur.

Verblijfstitel

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn de E.U.-onderdanen toegelaten tot verblijf op grond van hoger vermelde procedure, gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering. Zij bekomen immers een toelating tot verblijf voor meer dan 3 maanden.

Het bewijs van de toelating tot verblijf zal steeds geleverd moeten worden door de elektronische E of E+kaart of de papieren bijlage 8 of 8*bis* (afgeleverd tot eind 2008).

Voor wat betreft de Bulgaarse en Roemeense arbeidsmigranten die nog geen verklaring van inschrijving kunnen aanvragen, wordt verwezen naar de uiteenzetting supra IV.3.a.

DE FAMILIELEDEN (ART. 40BIS VW.)

Ook bepaalde familieleden van E.U.-onderdanen hebben onder voorwaarden recht op verblijf.

Een onderscheid dient te worden gemaakt tussen:

- de familieleden van een E.U.-student
- de familieleden van een Bulgaarse en Roemeense arbeidsmigrant
- de familieleden van de overige E.U.-burgers en van Belgen.

Welke familieleden?

Volgende familieleden hebben recht op gezinshereniging:

1. wat de E.U.-student betreft:

- a) de echtgenoot of de persoon waarmee een partnerschap afgesloten werd dat door België wordt beschouwd als gelijkwaardig met een Belgisch huwelijk (supra werd reeds gezien dat dit het geval is voor een partnerschap geregistreerd op basis van de wetgeving van Denemarken, Finland, IJsland, Noorwegen, Zweden, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk)

Voor deze persoon gelden volgende voorwaarden:

- bewijs van identiteit
- bewijs van de verwantschap of het partnerschap met de vervoegde E.U.-student (meestal door een huwelijksakte of een akte van het geregistreerd partnerschap)
- de vervoegde E.U.-student begeleiden of zich bij hem voegen
- bewijzen dat de vervoegde E.U.-student over voldoende bestaansmiddelen beschikt om te voorkomen dat het familielid ten laste van de Belgische sociale bijstand valt.

- b) de partner waarmee een wettelijk geregistreerd partnerschap werd afgesloten (niet gelijkwaardig beschouwd aan een Belgisch huwelijk)

Hier gelden als voorwaarden:

- bewijs van identiteit
 - bewijs van het wettelijk geregistreerd partnerschap met de E.U.-student (meestal aan de hand van een akte van wettelijk geregistreerd partnerschap of van wettelijke samenwoning in België)
 - bewijs van een duurzame en stabiele relatie van ten minste 1 jaar met de E.U.-student. Dit is het geval in 3 situaties: (a) wanneer de partner gedurende minstens 1 jaar, voorafgaand aan de aanvraag, onafgebroken op legale wijze in België of een ander land heeft samengewoond met de betrokkene, (b) wanneer zij elkaar sedert ten minste 1 jaar kennen en regelmatig, telefonisch, via briefwisseling of elektronische berichten met elkaar contact onderhouden, zij elkaar voorafgaand aan de aanvraag drie maal ontmoet hebben en dat deze ontmoetingen in totaal 45 of meer dagen betreffen, en (c) wanneer zij een gemeenschappelijk kind hebben
 - bewijs van het feit dat beide partners ouder zijn dan 21 jaar, of 18 jaar wanneer ze aantonen dat ze tenminste 1 jaar hebben samengewoond vóór de aankomst in België van de E.U.-student die zich laat vervoegen
 - beide partners moeten ongehuwd zijn en geen duurzame relatie onderhouden met een andere persoon
 - de vervoegde E.U.-student begeleiden of zich bij hem voegen
 - bewijzen dat de vervoegde E.U.-student over voldoende bestaansmiddelen beschikt om te voorkomen dat het familielid ten laste van de Belgische sociale bijstand valt.
- c) de kinderen van de E.U.-student, van zijn echtgenoot of van zijn gelijkgestelde partner in de zin van a) en b)

Voor de kinderen worden als voorwaarden gesteld:

- bewijs van identiteit
- bewijs van de bloed- en/of verwantschap met de E.U.-student. Ook geadopteerde kinderen en zelfs sommige pleegkinderen komen in aanmerking. Dit bewijs kan worden geleverd aan de hand van een officiële akte, “andere geldige bewijzen” (bijvoorbeeld een uittreksel uit de geboorteregisters) en zelfs een “aanvullende analyse” d.i. een DNA-test
- ten laste zijn van de E.U.-student
- de vervoegde E.U.-student begeleiden of zich bij hem voegen
- bewijzen dat de vervoegde E.U.-student over voldoende bestaansmiddelen beschikt om te voorkomen dat het familielid ten laste van de Belgische sociale bijstand valt.

2. wat de Bulgaarse en Roemeense arbeidsmigrant, en de overige E.U.-burgers en Belgen betreft:

- a) de echtgenoot of de persoon waarmee een partnerschap afgesloten werd dat door België wordt beschouwd als gelijkwaardig met een Belgisch huwelijk

Hier gelden dezelfde voorwaarden als voor gezinshereniging met een E.U.-student, met als verschil dat de voorwaarde van voldoende bestaansmiddelen louter geldt ten aanzien van de economisch niet-actieve E.U.-burger (en dus niet ten aanzien van de overige E.U.-burgers en de Belgen). De echtgenoot of gelijkgestelde partner van een economisch niet-actieve E.U.-burger dient tevens het bewijs te leveren dat deze laatste over een ziekteverzekering beschikt die de risico's van het familielid dekt. Dit bewijs kan worden geleverd door respectievelijk : (a) een aansluiting bij een Belgisch ziekenfonds in geval van aanvraag in België of een modelattest afgeleverd door een Belgisch ziekenfonds dat bevestigt dat inschrijving mogelijk is vanaf de aankomst in België in geval van aanvraag vanuit het buitenland, (b) een buitenlandse ziekteverzekering of (c) een privéziekteverzekering die de risico's in België dekt gedurende tenminste 3 maanden voor een bedrag van 30 000 EUR.

b) de partner waarmee een wettelijk geregistreerd partnerschap werd afgesloten (niet gelijkaardig beschouwd aan een Belgisch huwelijk)

Identieke situatie als onder 2. a) met als nuance dat de wettelijk geregistreerde partner van een economisch niet-actieve E.U.-burger niet in aanmerking komt voor het voormeld modelattest

c) de descendents (kinderen, kleinkinderen, enz.) van de vervoegde E.U.-burger of Belg, van zijn echtgenoot of van zijn gelijkgestelde partner in de zin van a) en b)

Hier gelden dezelfde voorwaarden als voor de kinderen van de E.U.-student, van zijn echtgenoot of van zijn gelijkgestelde partner. Met als verschil dat de voorwaarde dat de descendent ten laste is van de vervoegde E.U.-burger of Belg louter geldt voor de descendents ouder dan 21 jaar. Daarnaast geldt ook hier de voorwaarde van voldoende bestaansmiddelen louter ten aanzien van de economisch niet-actieve E.U.-burger en dient er bij gezinshereniging met een economisch niet-actieve E.U.-burger een ziekteverzekering te zijn afgesloten (identieke situatie als vermeld onder 2. a))

d) de ascendenten (ouders, grootouders, enz.) van de vervoegde E.U.-burger of Belg, van zijn echtgenoot of van zijn gelijkgestelde partner in de zin van a) en b)

Voor de ascendenten stelt de Vw. volgende voorwaarden:

- bewijs van identiteit
- bewijs van de bloed- en/of verwantschap met de E.U.-burger of Belg. Dit bewijs kan worden geleverd aan de hand van een officiële akte, "andere geldige bewijzen", een onderhoud met de vreemdeling en de Belg of E.U.-burger, en elk ander onderzoek dat DVZ noodzakelijk acht
- ten laste zijn van de E.U.-burger of Belg
- de vervoegde E.U.-burger of Belg begeleiden of zich bij hem voegen
- indien de vervoegde persoon een economisch niet-actieve E.U.-burger betreft, dient het bewijs te worden geleverd dat de voormelde persoon over voldoende bestaansmiddelen beschikt om te voorkomen dat het familielid ten laste van de Belgische sociale bijstand valt evenals over een ziekteverzekering die de risico's van het familielid dekt. Wat dit laatste bewijs betreft, kan voor de modaliteiten verwezen worden naar supra 2. b).

Procedure

Wat de procedure betreft, dient een onderscheid te worden gemaakt tussen:

- de familieleden die zelf E.U.-burger zijn
- de familieleden die geen E.U.-burger zijn
- de familieleden van een Bulgaarse en Roemeense arbeidsmigrant.

Familieleden zelf E.U.-burger

Voor dit familielid is de procedure gelijkaardig aan deze voor de E.U.-burger zelf.

Hierbij kan de gemeente het verblijfsrecht zelf erkennen van de echtgenoot, de gelijkgestelde partner en de descendents (louter kinderen bij de E.U.-student) jonger dan 21 jaar, op voorwaarde dat de bloed-, verwantschaps- of partnerschapsband bewezen wordt door middel van officiële documenten, waarbij, indien het gaat om een buitenlandse akte, deze mogelijks gelegaliseerd moeten zijn of voorzien van een apostille, en erkend door België.

De tot verblijf toegelaten familieleden beschikken gedurende 3 (5 bij familieleden van een E.U.-student) jaar over een gewoon verblijfsrecht en kunnen dus na 3 (5 bij familieleden van een E.U.-student) jaar een duurzaam verblijfsrecht aanvragen. De uitzonderingen op de regel dat het duurzaam verblijfsrecht pas erkend wordt na 3 jaar, voor E.U.-werknemers en -zelfstandigen, gelden bij uitbreiding ook voor de familieleden van deze E.U.-werknemers en -zelfstandigen.

Familieleden die geen E.U.-burger zijn

Een niet-E.U.-familie lid van een Belg of E.U.-burger moet in beginsel een visum aanvragen bij de Belgische diplomatieke of consulaire post van zijn verblijfplaats.

Deze maakt de aanvraag over aan DVZ, die het familie lid moet toelaten tot verblijf indien aan de voorwaarden is voldaan.

Wanneer het familie lid met een visum type D vervolgens naar België komt, schrijft de gemeente hem, na een positieve woonstcontrole, onmiddellijk in het vreemdelingenregister in en levert hem een "verblijfskaart van een familie lid van een burger van de unie" (document bijlage 9 tot eind 2008 of elektronische F-kaart vanaf 2009) af. Deze kaart heeft in principe een geldigheidsduur van 5 jaar, tenzij de E.U.-burger die het familie lid vervoegt, aangeeft of heeft aangegeven dat hij voor een kortere duur dan vijf jaar in België wenst te blijven. In dat geval wordt de geldigheidsduur van de verblijfskaart beperkt tot de duur van het voorgenomen verblijf van de vervoegde E.U.-burger.

De aanvraag kan echter ook in België worden gedaan. Volgens de Europese Commissie kunnen niet-E.U.-familie leden van een E.U.-burger immers niet verplicht worden om een visum type D aan te vragen. Zij hebben recht op een visum kort verblijf (visum type C) dat hen zo snel mogelijk, op basis van een versnelde procedure en gratis afgegeven moet worden.

Binnen de 3 maanden na aankomst in België moet het familie lid bij de gemeente van zijn verblijfplaats een verblijfskaart aanvragen.

Op voorlegging van het bewijs van de bloed- of verwantschap of van het partnerschap met de E.U.-burger of Belg die ze begeleiden of bij wie ze zich voegen, levert de gemeente een document bijlage 19^{ter} af (= aanvraag van verblijfskaart van een familie lid van een burger van de unie).

Zodra uit de controle van de reële verblijfplaats blijkt dat het familie lid daadwerkelijk woont op het grondgebied van de gemeente, schrijft de gemeente het familie lid in het vreemdelingenregister in en levert het een attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) af, met een geldigheidsduur van vijf maanden vanaf de aanvraag. Voor het verkrijgen van het document bijlage 19^{ter} en het attest van immatriculatie is niet vereist dat het bewijs van identiteit en nationaliteit al geleverd wordt. Dit moet wel gebeuren uiterlijk 3 maanden na de afgifte van het document bijlage 19^{ter}.

Bij de aanvraag of ten laatste binnen de 3 maanden na de aanvraag moet het familie lid alle documenten voorleggen die bewijzen dat hij voldoet aan de voorwaarden voor gezinshereniging.

Wanneer alle documenten tijdig worden overgemaakt en er een positieve woonstcontrole is, maakt de gemeente de aanvraag over aan DVZ.

DVZ moet een beslissing nemen binnen de 5 maanden na de datum van de aanvraag. Indien DVZ het verblijfsrecht erkent of geen beslissing meedeelt aan de gemeente binnen de 5 maanden na de datum van de aanvraag, ontvangt het familie lid een "verblijfskaart van een familie lid van een burger van de unie" in de vorm van een document bijlage 9 (tot eind 2008) of in de vorm van een elektronische F-kaart (vanaf 2009). Deze kaart heeft in principe een geldigheidsduur van 5 jaar, tenzij de E.U.-burger die het familie lid vervoegt, aangeeft dat hij voor een kortere duur dan 5 jaar in België wenst te blijven. In dat geval wordt de geldigheidsduur van de verblijfskaart beperkt tot de duur van het voorgenomen verblijf van de vervoegde E.U.-burger. Wanneer de gemeente niet onmiddellijk een elektronische E-kaart kan afleveren, zal het attest van immatriculatie verlengd worden tot de afgifte van de verblijfskaart.

Indien het verblijfsrecht erkend wordt, beschikt het familielid gedurende 3 (5 bij familielid E.U.-student) jaar over een gewoon verblijfsrecht. Gedurende deze 3 (vijf bij familielid E.U.-student) jaar kan DVZ controleren of het gezinslid nog steeds voldoet aan de voorwaarden voor gezinshereniging. Er bestaan een aantal uitzonderingen waarbij het familielid zijn verblijfsrecht niet verliest, ook al voldoet het niet langer aan de voorwaarden voor gezinshereniging zoals hierboven beschreven.

Na 3 (5 bij familielid E.U.-student) jaar ononderbroken verblijf, en op voorwaarde dat het familielid gedurende de eerste twee jaar gezamenlijk gevestigd was met de E.U.-burger, kan het familielid het duurzaam verblijf aanvragen bij de gemeente.

Op de regel dat het duurzaam verblijfsrecht pas erkend wordt na 3 jaar verblijf bestaan ook hier dezelfde uitzonderingen voor familieleden van E.U.-werknemers en -zelfstandigen.

Het familielid dient het duurzaam verblijf aan te vragen bij de gemeente via het document bijlage 22 (= aanvraag om duurzaam verblijf). Het familielid moet alle bewijzen overmaken die aantonen dat hij voldoet aan de voorwaarden voor een duurzaam verblijfsrecht.

Wanneer het familielid deze bewijzen overmaakt, maakt de gemeente de aanvraag over aan DVZ, die een beslissing neemt binnen de vijf maanden. Wanneer de verblijfskaart van een familielid van een burger van de unie vervalt en DVZ nog geen beslissing heeft genomen over de aanvraag voor een duurzaam verblijfsrecht, zal de gemeente de verblijfskaart afnemen en een bijlage 15 afgeven. Dit document bewijst dat het familielid een aanvraag om duurzaam verblijf heeft ingediend en dekt voorlopig zijn verblijf tot de afgifte van de duurzame verblijfskaart.

Indien DVZ het duurzaam verblijf erkent of indien DVZ geen beslissing neemt binnen de vijf maanden te rekenen vanaf de datum van indiening van het document bijlage 22, ontvangt het familielid van de gemeente een "duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie" in de vorm van een document bijlage 9*bis* (tot eind 2008) of van een elektronische F+-kaart (vanaf 2009). De verblijfskaart heeft steeds een geldigheidsduur van 5 jaar. De gemeente schrijft het familielid in het bevolkingsregister in.

Familieleden van een Bulgaarse en Roemeense arbeidsmigrant

Bij gezinshereniging met een nieuwe E.U.-werknemer die nog geen 12 maanden in loondienst heeft gewerkt in België, kan het familielid, op voorlegging van het bewijs van bloed- of aanverwantschap of van partnerschap met de werknemer en van zijn nationale identiteitskaart of reispaspoort, op de gemeente een verblijf op basis van gezinshereniging aanvragen.

Na de aanvraag bij de gemeente ontvangt het familielid een document bijlage 22*bis* (bewijs van indiening aanvraag).

Als het bewijs van bloed- of aanverwantschap of van partnerschap in orde is, geeft de gemeente eerst een attest van immatriculatie af, model B (ook "paarse kaart" genoemd) indien het gezinslid E.U.-onderdaan is, of model A (ook "oranje kaart" genoemd) indien het gezinslid geen E.U.-onderdaan is, dat geldig is voor 6 maanden. De gemeente zal de aanvraag dan doorsturen naar DVZ.

Indien DVZ binnen de zes maanden geen beslissing neemt, of positief beslist, wordt een BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur of een elektronische A-kaart afgeleverd. Dit BIVR zal dezelfde geldigheidsduur hebben als het BIVR van de nieuwe E.U.-onderdaan.

Indien de nieuwe E.U.-onderdaan reeds is toegelaten tot verblijf en in het bezit is van een verklaring van inschrijving, volgt het familielid de gewone procedure voor gezinshereniging met een E.U.-burger, waarbij het hoger vermelde onderscheid geldt naargelang het familielid zelf al dan niet E.U.-burger is.

Verblijfstitel

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet als artikel 128^{quinquies}, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn de familieleden (zowel E.U.- als niet-E.U.-burger) van E.U.-burgers die met succes een toelating tot verblijf bekomen op grond van hoger vermelde procedure gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering. Zij bekomen immers een toelating tot verblijf voor meer dan 3 maanden.

Het bewijs van de toelating tot verblijf zal steeds geleverd moeten worden door de elektronische F of F+kaart of de papieren bijlage 9 of 9bis.

De familieleden van een nieuwe E.U.-werknemer die nog geen 12 maanden in loondienst heeft gewerkt in België, zijn slechts gerechtigde resident als zij zijn toegelaten tot een verblijf van meer dan 3 maanden. Dit zal het geval zijn indien de betrokken arbeidsmigrant zelf is gemachtigd tot een verblijf van meer dan 3 maanden (zie supra IV.4.b.). Het bewijs van de toelating tot verblijf voor meer dan 3 maanden zal steeds geleverd moeten worden door de BIVR - "witte kaart" voor een beperkte duur of door de elektronische A-kaart.

c. Vreemdelingen erkend als vluchteling (art. 48/3 Vw.) of aan wie de subsidiaire beschermingsstatus (art. 48/4 Vw.) werd toegekend

Supra (zie III.1.) werd reeds een uiteenzetting gegeven van de nieuwe asielprocedure. Er werd daarbij aangegeven dat twee internationale beschermingsstatuten worden onderzocht, de status van vluchteling en de subsidiaire beschermingsstatus. Laatstgenoemde status werd reeds besproken. De status van vluchteling wordt daarnaast erkend aan een vreemdeling die een gegronde vrees voor vervolging koestert in zijn land van herkomst omwille van zijn ras, godsdienst, nationaliteit, politieke overtuiging en/of lidmaatschap van een sociale groep.

Volledigheidshalve wordt aangegeven dat een persoon die erkend werd als vluchteling in een ander land, bij de CGVS de bevestiging van zijn status (transfer) kan vragen. Voorwaarde is dat hij regelmatig en zonder onderbreking gedurende 18 maanden in België verbleven heeft en dat de duur van zijn verblijf niet om een welbepaalde reden beperkt werd (art. 93 Vb.). Het gaat evenwel niet om een automatische overdracht van de status. De CGVS kan zowel de geloofwaardigheid als de actuele gegrondheid van de vrees onderzoeken.

Tijdens de asielprocedure, zoals deze sinds 1 juni 2007 van kracht is, wordt de asielaanvraag van de vreemdeling aldus onderzocht eerst in het kader van het statuut van vluchteling en slechts indien dit statuut niet kan worden erkend, in het kader van het subsidiair beschermingsstatuut.

Wanneer de asielzoeker als vluchteling erkend wordt, krijgt hij, op voorlegging van het attest van erkenning, een elektronische B-kaart (tot in 2008 werd een kartonnen BIVR - "witte kaart" voor onbepaalde duur afgeleverd). Deze kaart is de materialisatie van zijn toelating tot een verblijf van onbepaalde duur. Zijn attest van immatriculatie model A (ook "oranje kaart" genoemd) wordt ingetrokken. Betrokkene wordt uitgeschreven uit het wachtregister, en ingeschreven in het vreemdelingenregister.

Volledigheidshalve kan ook reeds worden vermeld dat de erkende vluchteling, na een verblijf van vijf jaar, te rekenen vanaf de datum van de asielaanvraag, een aanvraag tot vestiging kan indienen bij de gemeente. Asielzoekers die minstens 5 jaar in de procedure zaten, kunnen dit dus doen onmiddellijk na afgifte van de elektronische B-kaart. DVZ heeft dan 5 maanden de tijd om hierover een beslissing te nemen. Beslist hij positief, of blijft een antwoord uit, dan krijgt de vluchteling een elektronische C-kaart (tot in 2008 werd een kartonnen "Identiteitskaart voor Vreemdeling" (ook "gele kaart" genoemd) afgeleverd). Betrokkene wordt dan uitgeschreven uit het vreemdelingenregister, en ingeschreven in het bevolkingsregister.

Na toewijzing van het subsidiair beschermingsstatuut zal de DVZ aan de gemeente de instructie geven om de vreemdeling in te schrijven in het vreemdelingenregister en hem een bewijs van inschrijving (BIVR) af te leveren onder de vorm van een elektronische A-kaart (tot in 2008 werd een kartonnen BIVR - "witte kaart" voor beperkte duur afgeleverd). Het BIVR is één jaar geldig. De vreemdeling zal na dit jaar zelf een vernieuwing moeten aanvragen. Indien DVZ van oordeel is dat de omstandigheden op basis waarvan het statuut werd toegekend nog aanwezig zijn, zal hij de gemeente de instructie geven om het BIVR met een jaar te vernieuwen.

Na 5 jaar zal het beperkt verblijf dan worden omgezet in een onbeperkt verblijf (elektronische B-kaart) indien het statuut in die periode niet werd ingetrokken door de CGVS. De termijn van 5 jaar begint te lopen vanaf het moment van de asielaanvraag. De behandelingsperiode van de asielaanvraag telt dus ook mee.

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, eerste streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, zijn erkende vluchtelingen en personen met subsidiaire beschermingsstatus gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering. Zij bekomen immers een toelating tot verblijf voor meer dan 3 maanden.

Het bewijs van de toelating tot verblijf zal steeds geleverd moeten worden door de elektronische A of B kaart of de papieren BIVR - beperkt verblijf of onbeperkt verblijf.

Wat betreft de familieleden van deze vreemdelingen, wordt verwezen naar de algemene regeling van artikel 10 Vw.

5. Vreemdelingen gemachtigd tot vestiging

Deze categorie vreemdelingen zijn gerechtigde resident binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet dat spreekt over "de vreemdelingen die zijn gemachtigd tot vestiging" als artikel 128*quinquies*, § 1, tweede streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat het heeft over "de vreemdelingen die gevestigd zijn in het Rijk".

a. Vreemdelingen gemachtigd tot vestiging (art. 14-15 Vw.)

De vreemdeling die gemachtigd of toegelaten werd tot verblijf van onbeperkte duur in België, mag, in toepassing van artikel 14, tweede lid Vw., de machtiging tot vestiging vragen aan DVZ.

Twee categorieën vreemdelingen beschikken echter over een recht op vestiging indien zij beantwoorden aan de voorwaarden van artikel 15 Vw. :

- de volgende familieleden van een vreemdeling zelf gemachtigd tot vestiging in België:
 - de buitenlandse echtgenoot of de vreemdeling waarmee een geregistreerd partnerschap gelijkwaardig beschouwd met het huwelijk in België of een wettelijk geregistreerd partnerschap werd gesloten
 - hun (gemeenschappelijke en niet-gemeenschappelijke) minderjarige kinderen
 - hun (gemeenschappelijke en niet-gemeenschappelijke) meerderjarige alleenstaande gehandicapte kinderen
 - de ouders van een erkend vluchteling.

Het betreft de vreemdelingen in de zin van artikel 10, § 1, 4^o tot en met 7^o Vw. Bijgevolg kan wat deze familieleden betreft verwezen worden naar de uiteenzetting supra IV.4.a.

- de familieleden wiens recht op verblijf erkend wordt door een internationaal verdrag, door een wet of door een Koninklijk besluit (zie supra IV.4.a.), voor zover deze, wat de echtgenoot of de partner betreft, samenleeft met die vreemdeling

- de vreemdeling die regelmatig en ononderbroken sedert minstens 5 jaar in België verblijft:

Periodes van voorwaardelijk, precair verblijf komen niet in aanmerking. Met een uitzondering voor de erkende vluchtelingen (zie supra IV.4.c.). Gelet op het declaratief karakter van een erkenning als vluchteling (met de positieve beslissing wordt de vreemdeling niets toegekend voor de toekomst, er wordt louter erkend dat de persoon van bij zijn aankomst in België als vluchteling dient te worden beschouwd), heeft de erkenning immers uitwerking vanaf de aanvraag, en niet vanaf de beslissing, zodat de termijn van 5 jaar begint te lopen vanaf de aanvraag en niet vanaf de erkenning.

De vestiging moet worden aangevraagd bij de gemeente, door middel van het document "bijlage 16".

De gemeente zal de aanvraag tot vestiging registreren en nagaan of de vreemdeling een verblijfsrecht van onbepaalde duur heeft. Indien de vreemdeling een verblijfsrecht van onbepaalde duur heeft, stuurt de gemeente de aanvraag door naar DVZ. De vreemdeling ontvangt een bewijs van indiening van de aanvraag in de vorm van een document "bijlage 16bis".

DVZ zal de vestigingsaanvraag dan onderzoeken en neemt binnen de vijf maanden na de aanvraag een beslissing ten gronde. In afwachting van de behandeling van de aanvraag behoudt de vreemdeling zijn BIVR. Bij een positieve beslissing (of indien er geen beslissing is binnen vijf maanden) wordt de betrokken vreemdeling ingeschreven in het bevolkingsregister. De BIVR wordt omgewisseld in een elektronische C-kaart (tot eind 2008 kon door de gemeente nog een "Identiteitskaart voor Vreemdeling" (ook "gele kaart" genoemd) afgeleverd worden). Deze kaart is 5 jaar geldig, maar wordt elke 5 jaar automatisch verlengd zonder enige voorwaarde.

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, tweede streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, rijst geen twijfel over het feit dat deze vreemdelingen gerechtigde resident zijn binnen de verplichte ziekteverzekering, aangezien ze volgens de wet gemachtigd tot vestiging respectievelijk gevestigd zijn in België.

b. Langdurig ingezetene (art. 15bis Vw.)

De status van langdurig ingezetene derdelander werd in 2003 ingevoerd door de Europese Gemeenschap (zie supra III.2.). Wanneer niet-E.U.-onderdanen gedurende 5 jaar in een lidstaat verblijven, kunnen zij in die lidstaat, onder bepaalde voorwaarden, de status van langdurig ingezetene bekomen. Deze status verleent hen vervolgens, onder bepaalde voorwaarden, de mogelijkheid om een verblijfsrecht in een andere lidstaat te bekomen (zie supra IV.3.f.)³⁴

Om de status van langdurig ingezetene te verkrijgen in België dient men te voldoen aan de volgende voorwaarden:

- de vreemdeling is geen burger van de Europese Unie (= niet-E.U.-onderdaan)
- de vreemdeling heeft op het moment van de aanvraag een verblijfsrecht van onbepaalde duur (erkende vluchtelingen en personen met subsidiaire bescherming kunnen deze status echter niet aanvragen)
- de vreemdeling heeft gedurende vijf jaar en onmiddellijk voorafgaand aan de aanvraag, een ononderbroken en wettig verblijf in België
- de vreemdeling moet voor zichzelf en voor zijn gezinsleden die te zijnen laste zijn over stabiele, regelmatige en toereikende bestaansmiddelen beschikken om te voorkomen dat zij ten laste vallen van de Belgische sociale bijstand (in concreto anno 2010 over een maandelijks inkomen beschikken van 715 EUR + 239 EUR per persoon ten laste)
- de vreemdeling moet een ziekteverzekering hebben voor zichzelf en zijn familieleden ten laste.

34. De niet-E.U.-onderdanen die in een andere E.U.-lidstaat de status van langdurig ingezetene hebben bekomen en een tweede verblijf in België bekomen (zie supra IV.3.f.), behoren m.i. niet tot de categorie gevestigde vreemdelingen. Immers zijn de wetsbepalingen m.b.t. de procedure om dit tweede verblijf te bekomen, in tegenstelling tot de procedure om in België als eerste verblijf de status van langdurig ingezetene derdelander te bekomen, niet vervat in Hoofdstuk IV van de Vw. m.b.t. de vestiging.

De status van langdurig ingezetene dient te worden aangevraagd bij de gemeente van zijn verblijfplaats. Op voorlegging van alle documenten die bewijzen dat de vreemdeling voldoet aan de voorwaarden, wordt een aanvraag opgesteld in de vorm van een document bijlage 16.

Wanneer de vreemdeling bewijst dat hij een onbeperkt verblijfsrecht heeft en, indien zijn identiteit niet is vastgesteld, hij een kopie van een geldig paspoort voorlegt, levert de gemeente een ontvangstbewijs af (= document bijlage 16*bis*).

De gemeente maakt vervolgens de aanvraag over aan DVZ.

Binnen de 5 maanden neemt DVZ een beslissing. Bij een positieve beslissing of indien DVZ geen beslissing neemt binnen de vijf maanden, geeft de gemeente een “EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene” af in de vorm van een elektronische D-kaart met een geldigheidsduur van vijf jaar. Het geldt als bewijs van inschrijving in het bevolkingsregister. Gemeenten die nog geen elektronische kaarten konden afleveren, mochten tot eind 2008 nog een papieren zogenaamde gele kaart (document bijlage 7*bis*) afgeven, mits toevoeging van de vermelding “EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene” in de witte rechthoek onderaan.

Wanneer de vreemdeling die de status van langdurig ingezetene heeft bekomen, deze status eerder al had verkregen in een andere E.U.-lidstaat, zal DVZ de eerste lidstaat op de hoogte stellen van zijn beslissing. De eerste lidstaat zal de status dan intrekken omdat een vreemdeling slechts in één lidstaat de status mag bezitten.

Terugkoppelend naar zowel artikel 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet als artikel 128*quinquies*, § 1, tweede streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996, moet worden aangenomen dat langdurig ingezetene derdelanders gevestigd zijn in België. Immers wordt de betrokken verblijfsstatus in de Vw. behandeld in het hoofdstuk m.b.t. de vestiging. Bijgevolg zijn ze gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering.

6. Vreemdelingen die een bijzonder geval uitmaken

Dienen te worden vermeld:

- de personen die, in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen dat zij de verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het Koninklijk besluit van 16 juli 1992 m.b.t. de bevolkingsregisters en de vreemdelingenregisters, door middel van een getuigschrift van de gemeentelijke overheid of door middel van elk ander bewijsmiddel dat als dusdanig erkend wordt door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle³⁵
- de kinderen die op het moment van de aankomst in België de leeftijd van 18 jaar niet hebben bereikt en de personen die hen begeleiden van wie wordt aangetoond dat ze tot het Belgisch grondgebied zijn toegelaten vanaf 14 januari 2009, voor de duur van de zorgen in het kader van de door de Belgische Regering georganiseerde evacuatieprocedure van kinderen die gewond werden in de gevechten in Gaza³⁶.

a. Personen in afwachting van inschrijving

Het betreft de vreemdelingen in het bezit van het document bijlage 15, 1^e hokje, 4^e hokje (met bijkomende voorwaarden), 6^{de} hokje en 7^{de} hokje, bij het Vb.

35. De betekenis van dit onderdeel van artikel 128*quinquies* van het K.B. van 03.07.1996 kon worden aangegeven bij iedere besproken verblijfsstatus. Gelet op het feit dat het echter een algemeen principe is dat speelt ongeacht binnen welke verblijfsprocedure men zich bevindt, en met oog op de leesbaarheid, werd echter gekozen om dit onderdeel apart te behandelen.

36. Deze categorie vormt een bijzonder geval, aangezien, in tegenstelling tot de andere categorieën, waar een verblijfsstatus binnen de vreemdelingenwetgeving een aanspraak doet ontstaan als gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering, hier een recht als resident binnen de verplichte ziekteverzekering in de praktijk zal leiden tot een verblijfsstatus binnen de vreemdelingenwetgeving.

In toepassing van Omzendbrief V.I. nr. 2010/226 – 3991/219 van 15 juni 2010 kan een document bijlage 15 als basis dienen voor een inschrijving als gerechtigde resident wanneer deze wordt afgeleverd :

- in het kader van een vestigingsaanvraag of aanvraag tot duurzaam verblijf
- om zich te laten inschrijven³⁷ (4^o hokje) in combinatie met :
 - een bewijs van erkend vluchteling, afgeleverd door de Commissaris-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen
 - een geldig visum type D
 - een geldige beroeps- of arbeidskaart, medisch attest en uittreksel uit het strafregister;
 - een beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken dat de betrokkene een Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (BIVR) kan bekomen (bv. in het kader van de procedure slachtoffer mensenhandel of in het kader van een aanvraag 9^{ter} of 9^{bis}...).
- om zijn/haar verblijfsvergunning/vestigingsvergunning af te halen (6^o hokje)
- om zijn/haar elektronische vreemdelingenkaart af te halen (7^o hokje).

Al deze vreemdelingen zijn gerechtigde resident binnen de verplichte ziekteverzekering op grond van artikel 128^{quinquies}, § 1, vierde streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Wat het 2^e streepje betreft, ligt de logica van deze bepaling in het feit dat het hier allemaal vreemdelingen betreft die reeds in het bezit zijn van de vereiste machtiging of toelating tot verblijf, of waarvan het quasi vaststaat dat zij deze machtiging gaan verkrijgen, en die de gemeente aanspreken om hen in te schrijven in het Rijksregister (om werkelijk aanspraak te kunnen maken op de hoedanigheid van ingeschrevene in dit register – de inschrijving in het Rijksregister blijft immers het hoofdcriterium van art. 32, eerste lid, 15^o van de GvU-wet) en als gevolg daarvan hun verblijfstitel te bekomen (die als bewijs van hun hoedanigheid zal dienen bij de verzekeringsinstelling), maar waarbij de gemeente zich in de onmogelijkheid bevindt aan hun vraag gevolg te geven, om redenen onafhankelijk van de wil van de vreemdeling:

- een bewijs van een erkenning als vluchteling betekent dat de vreemdeling reeds werd toegelaten tot verblijf
- een geldig visum type D (= visum lang verblijf) betekent dat reeds een beslissing werd genomen tot machtiging of toelating tot lang verblijf, met als gevolg dat de ambassade het betrokken visum aanbracht in het reispaspoort, om naar België te kunnen reizen
- indien DVZ bevestigt dat de vreemdeling een BIVR kan bekomen, betekent dit dat er reeds een machtiging of toelating tot verblijf is tussengekomen, op basis waarvan de vreemdeling kan worden ingeschreven in het vreemdelingenregister, met als gevolg dat hem hiervan een bewijs (de BIVR) zal worden overhandigd
- de derde hypothese van de vreemdeling die een geldige beroeps- of arbeidskaart, medisch attest en uittreksel uit het strafregister overlegt te samen met een document bijlage 15, doelt op de arbeidsmigrant die de machtiging tot verblijf aanvraagt in België op grond van artikel 25/2 Vb. (de zogenaamde technische aanvragen – zie supra IV.3.a.) en die, indien hij beschikt over deze documenten, louter dient te wonen waar hij beweert te wonen (= de woonstcontrole) om tot verblijf gemachtigd te worden door de gemeente.

Ook wat de 2 laatste streepjes betreft, is het duidelijk dat zij reeds over de vereiste machtiging of toelating tot verblijf beschikken, aangezien ze nog louter hun verblijfstitel moeten afhalen. Vreemdelingen die reeds een verblijfsprocedure doorlopen hebben, maar nog geen verblijfsdocument kunnen ontvangen krijgen in afwachting van de afgifte van dit document inderdaad een document bijlage 15.

37. Volgens artikel 119 Vb. wordt een bijlage 15 afgeleverd door de gemeente "telkens wanneer ze zich in de onmogelijkheid bevindt om onmiddellijk over te gaan hetzij tot inschrijving van de vreemdeling die zich aanmeldt, hetzij tot afgifte van de verblijfs- of vestigingsvergunning of van om het even welk verblijfsdocument". De bijlage 15 "levert het bewijs dat de vreemdeling zich bij het gemeentebestuur heeft aangemeld en dekt voorlopig zijn verblijf".

Tenslotte betreft het 1^e streepje de vreemdeling, in het bezit van een BIVR, die de vestiging of een duurzaam verblijfsrecht als (familielid van een) E.U.-burger heeft aangevraagd, en waarvan het BIVR vervalt omdat de procedure te lang aansleept. Ook deze vreemdelingen zijn voorafgaandelijk aan hun aanvraag tot verkrijgen van een “betere” verblijfstatus reeds gemachtigd of toegelaten tot verblijf (zie supra IV.5.a. en IV.4.b.).

Wat de vreemdelingen betreft - de bepaling is immers ook van toepassing op Belgen -, beschermt dit onderdeel van artikel 128*quinquies* van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 aldus personen die beantwoorden aan de voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de hoedanigheid van gerechtigde resident, maar in de praktijk (hetzij omdat zij nog niet ingeschreven kunnen worden in het Rijksregister hetzij omdat zij geen verblijfstitel kunnen worden afgeleverd die als bewijs van hun situatie moet dienen bij de verzekeringsinstelling) deze aanspraak nog niet kunnen uitvoeren omwille van redenen eigen aan de overheid.

b. De gewonde kinderen uit Gaza

Deze zijn gerechtigde resident op basis van artikel 128*quinquies*, § 1, 5^e streepje van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 voor de duur van de zorgen.

Deze kinderen zullen in voorkomend geval gemachtigd zijn tot verblijf op grond van artikel 9 Vw. (zie supra IV.2.a.). Artikel 13 Vw. bepaalt dat aan vreemdelingen, gemachtigd tot verblijf in België op grond van artikel 9 Vw., behalve indien dit uitdrukkelijk anders wordt voorzien, een machtiging tot verblijf wordt verleend voor een beperkte tijd ingevolge de Vw., de specifieke omstandigheden van de betrokkene of de aard of duur van de activiteiten van de vreemdeling in België. Toegepast op de kinderen uit Gaza betekent dit dat aan deze vreemdelingen een verblijfstitel wordt verleend waarvan de duur overeenstemt met de duur van de zorgen.

V. Besluit: Nood aan hervorming ZIV-reglementering

Gelet op de belangrijke hervormingen die het vreemdelingenrecht heeft ondergaan (zie supra III), bestaat de noodzaak om de tekst zowel van artikel 32, eerste lid, 15^o van de GVU-wet als van artikel 128*quinquies* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, aan te passen, teneinde rekening te houden met voormelde hervormingen.

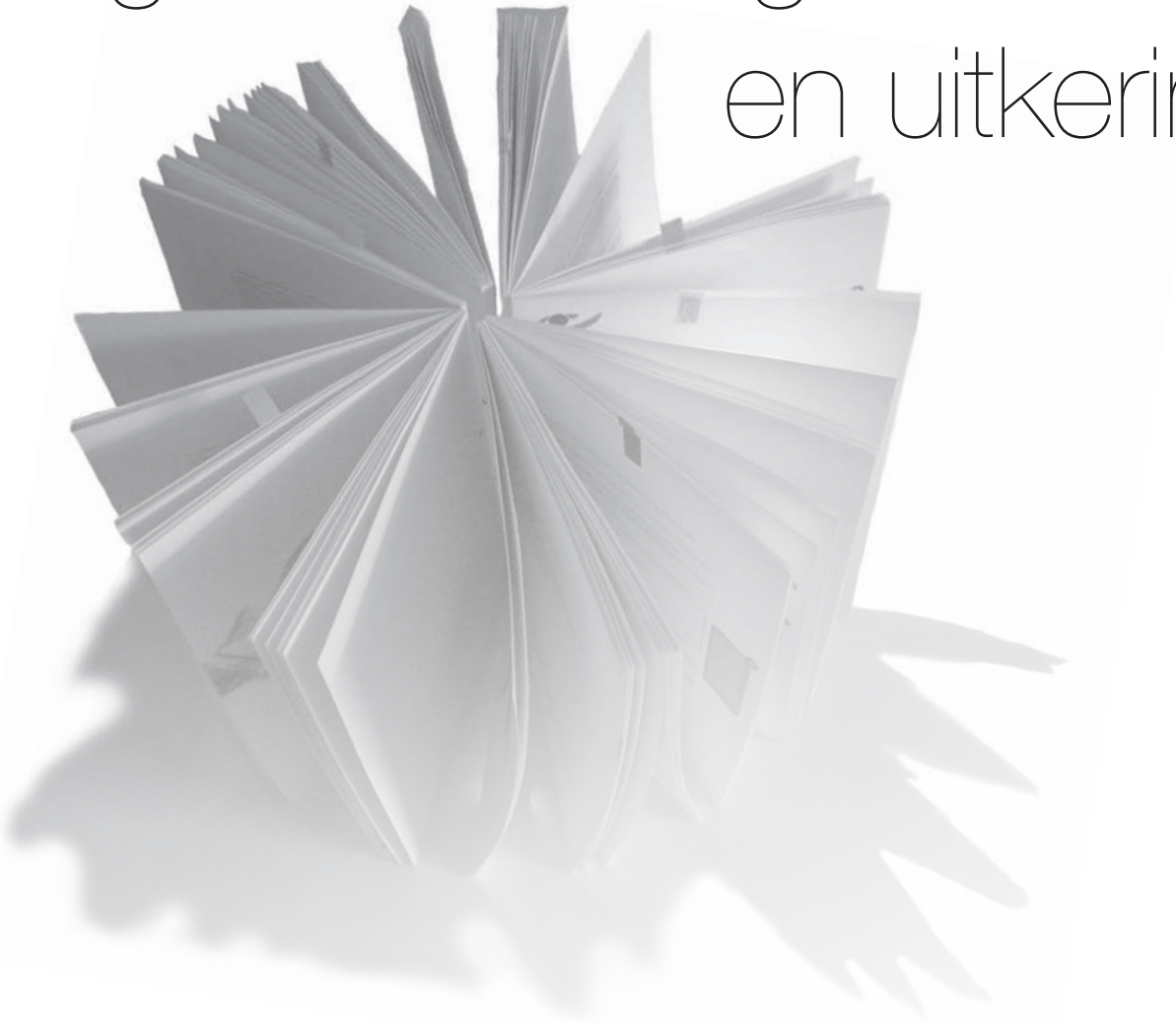
Bij deze aanpassing zou de voornaamste doelstelling het bereiken van de *status quo* moeten zijn, dus omwille van de rechtszekerheid ten minste dezelfde categorieën vreemdelingen insluiten in de categorie van gerechtigde resident op de verplichte ziekteverzekering als heden het geval is.

Daarnaast dient als uitgangspunt bij de aanpassing ook te worden gesteund op de basisfilosofie zoals deze bestond ten tijde van de invoering van de categorie gerechtigde residenten binnen de verplichte ziekteverzekering, bij Koninklijk besluit van 25 april 1997 (zie supra II), met name dat deze hoedanigheid enkel openstaat voor personen met bestendig verblijf of in een situatie die een bestendig verblijf doet vermoeden.

Tenslotte moet de aanpassing uiteraard ook tot doel hebben beide artikels in overeenstemming te brengen met de vreemdelingenwetgeving zoals ze vandaag de dag bestaat. Daarbij zou moeten worden vermeden om al te concreet te verwijzen naar aspecten (verblijfsstatuten) binnen deze wetgeving, zoals bij de huidige artikels het geval is, om in te spelen op het sterk dynamisch karakter van deze wetgeving, die moet inspelen op de steeds veranderende migratiestromen binnen onze samenleving.

2^e Deel

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



4^e trimester 2010

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Grensoverschrijdend Europees betalingsverkeer

Vanaf 1 januari 2011 dienen de papieren facturatiedocumenten de IBAN en BIC-code te vermelden. De verordening geneeskundige verzorging¹ wordt hiertoe aangepast.

In het geval van de verzamelgetuigschriften moet de IBAN en BIC-code enkel vermeld worden op de verzamelstaat die bij de getuigschriften gevoegd worden.

2. Geneesmiddelen

a. Farmaceutische heffingen

PERCENTAGE 2010

Om een eventueel geschatte overschrijding van het budget op te vangen bestaat er ten laste van de farmaceutische bedrijven waarvan vergoedbare specialiteiten zijn ingeschreven op de lijst, een subsidiaire heffing onder de vorm van een voorschot en een afrekening.

Een nieuw koninklijk besluit stelt voor het jaar 2010 het percentage van de omzet vast dat moet worden toegepast om het voorschot en de afrekening te bepalen en de methode voor de uitzonderingen voor sommige farmaceutische specialiteiten (onder andere geforfaitariseerde geneesmiddelen).²

PERCENTAGE 2011

De basisheffing die sinds 2006 voorzien wordt wordt ook in 2011 verder gezet. Ook de huidige bijkomende bijdrageheffing van 1 % blijft behouden. Deze heffing kan worden opgeheven van zodra de budgettaire toestand dit zal toelaten.³

1. Verordening van 04.10.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU., B.S. van 14.10.2010, blz. 61511.

2. K.B. van 22.12.2010 tot vaststelling van het percentage van het voorschot van de subsidiaire heffing voorzien door art. 191, eerste lid, 15° undecies van de wet GVU. en tot vaststelling van de uitzonderingsmodaliteiten voor sommige farmaceutische specialiteiten. - Jaar 2010, B.S. van 29.12.2010 (Ed. 2), blz. 82844.

3. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 108-109.

b. Referentierugbetaling en vermindering van de vergoedingsbasis

De mogelijkheid om de prijs van een referentiespecialiteit, die een prijsdaling onderging omwille van de toepassing van de veiligheidsmarge of waarvoor een vrijwillige prijsdaling gevraagd werd, bij annulering van de referentierugbetaling, terug te brengen tot op het prijsniveau voor de toepassing van de veiligheidsmarge, wordt beperkt tot bepaalde clusters die binnen de 24 maanden na “clusteropening” opgeheven worden.

Door de vergoedingsbasis van de farmaceutische specialiteiten nog te verminderen wordt de referentierugbetaling uitgebreid. Dit in het kader van verdere besparingsmaatregelen.⁴

De maatregel heeft echter geen toepassing op geneesmiddelen die een prijsvermindering hebben ondergaan tengevolge van de toepassing van de groepsgewijze herziening (kiwi).

c. Prijsblokkering

De geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten kennen voor 2011 een prijsblokkering teneinde het aantal prijsverhogingaanvragen te beperken en bij te dragen tot de beheersing van de uitgaven op het gebied van de geneeskundige verzorging.⁵

De aanvragen tot prijsverhoging ingediend in 2010 en 2011 kunnen slechts in aanmerking worden genomen in 2012.

d. Oude geneesmiddelen

Oude geneesmiddelen zijn farmaceutische specialiteiten waarvan het actieve bestanddeel langer dan 12 of 15 jaar wordt vergoed. De prijs en vergoedingsbasis van deze geneesmiddelen vermindert na 12 jaar met 15 % en 3 jaar later met bijkomend 2,35 %.

Vanaf 1 januari 2011 wordt een bijkomende prijsdaling opgelegd aan de oude geneesmiddelen. Dit leidt concreet tot een prijsdaling van respectievelijk 17 % en 19,41 %.⁶

De wet voorziet vanaf 1 april 2011 wel in 2 uitzonderingsmogelijkheden op de toepassing van de bijkomende prijsdaling na 15 jaar vergoedbaarheid:

- enerzijds voor farmaceutische specialiteiten waarvan de aanvrager heeft aangetoond dat, op het ogenblik van de toepassing van de bijkomende prijsdaling na 15 jaar vergoedbaarheid, de prijs en de vergoedingsbasis, op het niveau buiten bedrijf, minstens 65 % lager is ten opzichte van de eerste opname op de lijst
- anderzijds voor de farmaceutische specialiteiten waarvan de totale jaarlijkse omzet van het werkzaam bestanddeel of de combinatie van werkzame bestanddelen, minder dan 1,5 miljoen EUR bedraagt.

4. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 115-116.

5. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 117.

6. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 119.

3. Goedkoper voorschrijven

Sinds 2006 moeten artsen en tandartsen een bepaald percentage goedkopere geneesmiddelen voorschrijven. Goedkoper voorschrijven betekent dat de artsen en tandartsen voor een bepaald percentage, afhankelijk van hun specialisatie, kiezen voor het voorschrijven van originele merkgeneesmiddelen waarvan de prijs gedaald is zodat de patiënt geen supplementair remgeld moet betalen, van generische geneesmiddelen of van geneesmiddelen op algemene benaming, dit wil zeggen voorgeschreven onder de naam van de molecule. Deze maatregel laat toe om de uitgaven van de ziekteverzekering te beheersen. Door het vaststellen van voorschrijfpercentages van goedkopere geneesmiddelen wordt ook de toegang tot de geneeskundige verzorging verbeterd. Innovatieve geneesmiddelen of nieuwe geregistreerde indicaties kunnen vlugger worden vergoed en de patiënten dienen een lager persoonlijk aandeel te betalen.

Vanaf 1 januari 2011 verhogen de voorschrijfpercentages goedkopere geneesmiddelen die artsen en tandartsen, afhankelijk van hun specialisatie, moeten behalen.⁷ De observatieperiode van het voorschrijfprofiel van de arts en het minimum aantal verpakkingen dat de artsen dienen voor te schrijven om in aanmerking te worden genomen worden eveneens aangepast.

4. Administratiekosten

Het bedrag van de administratiekosten voor de 5 landsbonden en de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS wordt vastgelegd.⁸ Ook hier diende rekening te worden gehouden met de moeilijke begrotingscontext.

II. Geneeskundige verzorging

1. Verzekerden

a. Reiskosten

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen komt vanaf 1 november 2010 tegemoet in de reiskosten van rechthebbenden die in een centrum voor dagverzorging zijn opgenomen. De tegemoetkoming bedraagt 0,30 EUR per kilometer (jaarlijks geïndexeerd bedrag) waarbij een maximumafstand van 15 kilometer wordt in acht genomen tussen de effectieve verblijfplaats en het centrum voor dagverzorging.⁹

7. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 113-114.

8. Wet van 29.12.2010 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 31.12.2010 (Ed. 3), art. 118.

9. K.B. van 12.10.2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de reiskosten van rechthebbenden die opgenomen zijn in een centrum voor dagverzorging, B.S. van 27.10.2010, blz. 64359.

b. Acute pijn bij kinderen

Tussen de Belgische vereniging voor kindergeneeskunde en het verzekeringscomité is een overeenkomst afgesloten voor 3 jaar met het oog op de financiering van tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen.

Deze overeenkomst wordt verlengd met een jaar en loopt tot 31 december 2010. De klinische fase van het project loopt dus verder in 2010 en de maximale tussenkomst bedraagt 500 000 EUR.¹⁰

c. Tuberculosebestrijding

Tussen het Belgisch nationaal werk voor bestrijding van de tuberculose en de respiratoire aandoeningen en het verzekeringscomité was voor 5 jaar een overeenkomst afgesloten met het oog op de financiering van projecten inzake gecoördineerde zorgverlening in het kader van tuberculosediagnose en –behandeling.

Vanaf 1 februari 2011 bestaat een aangepaste financiering om de continuïteit van het project te verzekeren.¹¹

2. Zorgverleners

a. Artsen

NATIONAAL AKKOORD GENEESHEREN-ZIEKENFONDSEN 2011

Op 13 december 2010 werd in de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor 2011¹². De voornaamste punten kunnen als volgt worden samengevat:

- **Maatregelen met betrekking tot de huisartsen**

De honoraria en het accrediteringsforfait van de huisartsen, zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2010 worden lineair geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011.

Volgende voorstellen worden gedaan voor een geïntegreerd beleid met betrekking tot huisartsenwachtdiensten en huisartsenwachtposten:

- aanpassing en vereenvoudiging van de procedure voor het afsluiten van overeenkomsten inzake huisartsenwachtposten
- verankering van de financiering in een structureel kader in plaats van in experimenteel verband
- precisering van de financieringsvoorwaarden
- aanmoediging tot systematische toepassing van de derdebetalersregeling in het kader van de wachtposten
- verhoging van het budget voor het uitbreiden van het aantal huisartsenwachtposten en voor het financieren van een aantal gelijkaardige oplossingen, via overeenkomsten met het Verzekeringscomité
- periodieke opvolging en evaluatie door een stuurgroep aangeduid door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van de betrokken maatregelen.

10. K.B. van 22.12.2010 tot wijziging van het K.B. van 07.04.2005 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen, B.S. van 28.12.2010 (Ed. 2), blz. 82493.

11. K.B. van 23.12.2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan worden verleend aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen in België, in casu tuberculosediagnose en –behandeling, B.S. van 28.12.2010 (Ed. 2), blz. 82494.

12. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 van 13.12.2010, B.S. van 17.01.2011 (Ed. 2), blz. 3089.

De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen zal in de loop van 2011 een eerste evaluatie houden van het gebruik van de zorgtrajecten. Indien nodig zullen bijkomende middelen ter bevordering en ondersteuning van de ontwikkeling van de zorgtrajecten worden vrijgemaakt.

De huisartsen die toetreden verbinden er zich toe in de regel de sociale derdebetalersregeling toe te passen voor alle verstrekkingen inzake raadplegingen.

Bij een vermoeden van misbruik, onregelmatigheden in hoofde van de patiënt of bij vermoeden dat de werkelijke situatie van de patiënt niet overeenstemt met de voorwaarden, kan evenwel de toepassing worden geweigerd. De toepassing van deze regeling zal worden geëvalueerd na één jaar op basis van eventuele bevindingen zowel bij de artsen als bij de verzekeringsinstellingen.

De jaarlijkse tegemoetkoming ter ondersteuning van de huisartspraktijk, toegekend aan erkende huisartsen die ingeschreven zijn in de wachtdienst, georganiseerd door de erkende huisartsenkring, en die een activiteitsdrempel bereiken van ten minste 1 250 raadplegingen en/of huisbezoeken per jaar, bedraagt 1 500 EUR voor het jaar 2011.

◦ **Maatregelen met betrekking tot de geneesheren-specialisten**

De honoraria en het accrediteringsforfait van de geneesheren-specialisten zoals ze werden vastgesteld op 31 december 2010, worden geïndexeerd met 1,40 % op 1 januari 2011 voor alle verstrekkingen van artikel 2 voorbehouden voor geneesheren-specialisten ; alle verstrekkingen van artikel 3 voorbehouden voor geneesheren -specialisten met uitzondering van de klinische biologie, alle gynaecologische verstrekkingen van artikel 9, b) en c), en artikel 14, g) en tot slot alle verstrekkingen van artikel 25.

De bijkomende honoraria voor prestaties uitgevoerd tussen 21 en 8 uur of op zaterdag, zondag of op een feestdag tussen 8 en 21 uur worden heringevoerd en geherwaardeerd.

Inzake speciale verstrekkingen worden:

- een aantal aanpassingen aan de sleutelletter gevraagd in afwachting van de technische aanpassing van de nomenclatuur
- een aantal aanpassingen aan de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen gevraagd hetzij andere, nieuwe maatregelen met een gelijkwaardige impact voor de betrokken zorgverleners.

Op het vlak van de medische beeldvorming werd bij de opstelling van de begroting uitgegaan van een besparing ten belope van 45 miljoen EUR ingevolge de regeringsbeslissing voor het jaar 2010. De verstrekkingen inzake medische beeldvorming in 2011 slechts vanaf 1 juli 2011 met 1,40 % geïndexeerd na evaluatie door de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

Indien het geraamde effect van de maatregel hoger zou liggen zullen financiële middelen worden vrijgemaakt voor de ondersteuning van kwaliteitsbevorderende maatregelen.

De enveloppen medische beeldvorming en klinische biologie worden voor het jaar 2011 vastgelegd.

◦ **Maatregelen met betrekking tot de verzekerden**

De toepassing van de remgelden bij raadplegingen van rechthebbenden bij de huisarts zal vereenvoudigen.

De verzekeringsinstellingen zullen, in overleg met de vertegenwoordigers van de artsen, de nodige informatiecampagnes opzetten met het oog op de versterking van de sociale derdebetalersregeling. Voorts zullen zij initiatieven nemen om een informatisering van de administratieve procedures tot stand te brengen.

De bijkomende honoraria voor de raadplegingen van de huisarts tijdens de nacht, het weekend en op feestdagen zullen volledig worden terugbetaald.

De tegemoetkoming in het beheer van het globaal medisch dossier voor de huisarts en de patiënten, wordt vereenvoudigd vanaf het verlengingsjaar 2011 in afwachting van de invoering van MyCarenet.

- **Andere initiatieven**

De conventiegraad in bepaalde arrondissementen en voor bepaalde specialismen leidt tot ondoorzichtige informatie over de verschuldigde bedragen ten laste van gehospitaliseerde en ambulante patiënten. De Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen start een overleg op en bereidt de passende maatregelen voor inzake transparantie.

Teneinde de financiering van de lokale kwaliteitsgroepen (LOK's) door de farmaceutische industrie te vermijden, beslist de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen om een bedrag van 1 360 000 EUR toe te wijzen aan de overheidsfinanciering van de lokale kwaliteitsgroepen.

- Financiering van de huisartsenwachtposten

Sinds 2003 verleent de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van uitkeringen tegemoetkomingen in tijdelijke en experimentele projecten inzake door huisartsen georganiseerde wachtdiensten in bepaalde regio's.¹³

- deze initiatieven worden verlengd voor 2010
- bovendien bedraagt het maximaal bedrag dat per jaar mag worden betaald 3 450 000 EUR.

- Huisartsengroepering

Vanaf dezelfde datum (01.01.2011) gelden er 2 formulieren om zich als huisartsengroepering te registreren en om wijzigingen van de geregistreerde gegevens te kunnen melden.¹⁴

- Sociaal statuut

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt 4 141,16 EUR voor het jaar 2010. Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 2 036,77 EUR.

Afwijken van de honorariumbedragen kan uitsluitend:

- voor wat betreft de huisartsen: voor de raadplegingen, afspraken en verstrekkingen in de spreekkamer voor maximum driemaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De rest van de praktijk vertegenwoordigt minstens drie vierden van het totaal van de praktijk
- voor wat betreft de geneesheren-specialisten: voor de verstrekkingen voor de ambulante patiënten (niet-gehospitaliseerde patiënten en patiënten buiten het dagziekenhuis of forfait) voor maximum viermaal per week per blok van maximum vier aaneengesloten uren. De helft van al de verstrekkingen voor de ambulante patiënten moeten worden verricht tegen de vastgestelde honorariumbedragen.

13. K.B. van 04.10.2010 tot wijziging van het K.B. van 16.01.2003 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot huisartsenwachtdiensten, B.S. van 08.11.2010, blz. 66558.

14. Verordening van 11.10.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 19.10.2010, blz. 62112.

Het bedrag van het rustpensioen is voor 2010 vastgelegd op 5 081,85 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4 234,99 EUR.¹⁵

Met het oog op het vergroten van de aantrekkingskracht van de toetreding tot het akkoord Geneesheren-Ziekenfondsen zou voor 2011:¹⁶

- het bedrag van het sociaal statuut worden vastgesteld op 4 199,14 EUR voor de artsen die van rechtswege geacht worden tot het akkoord te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit
- het bedrag van het sociaal statuut worden vastgesteld op 2 065,28 EUR voor de artsen die slechts gedeeltelijk zijn toegetreden tot het akkoord.

b. Tandheelkundigen

NATIONAAL AKKOORD TANDHEELKUNDIGEN ZIEKENFONDSEN 2011-2012

Op 8 december 2010 werd in de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen een nieuw akkoord gesloten voor 2011-2012.¹⁷ De voornaamste punten kunnen als volgt worden samengevat

◦ Honoraria

Alle honoraria zoals ze waren vastgesteld op 31 december 2010, worden vanaf 1 januari 2011 lineair geïndexeerd met 1,40 %.

◦ Nomenclatuur

Volgende voorstellen voor 2011:

- uitbreiding leeftijdsgrens van het jaarlijks mondonderzoek
- wijziging leeftijdsgrens uitgebreid parodontaal mondonderzoek tot de 50^e verjaardag
- beperking remgeld parodontaal mondonderzoek tot de 50ste verjaardag
- apexificatietechniek
- uitbreiding leeftijdsgrens voor het verwijderen van subgingivaal tandsteen tot de 50^e verjaardag
- bijkomende honoraria tijdens een georganiseerde wachtdienst op maximum vier brugdagen per jaar
- profylactisch reinigen bij lichamelijk of geestelijk gehandicapten onder algemene anesthesie.

De volgende punten zullen in 2012 worden uitgevoerd binnen de middelen die ter beschikking worden gesteld:

- voortzetting uitbreiding leeftijdsgrens voor tandextracties
- herwaardering verwijderen subgingivaal tandsteen
- invoeren van nomenclatuur voor de lachgassedatie in de praktijken van de 1^e lijn
- globale herziening van de orale beeldvorming
- geïntegreerde benadering van de gevallen van multipele agenesieën
- uitbreiding leeftijdsgrens van het jaarlijks mondonderzoek tot de 65^e verjaardag.

15. K.B. van 15.12.2010 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2010 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het K.B. van 06.03. 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, B.S. van 22.12.2010 (Ed. 2), blz. 81389.

16. Nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen 2011 van 13.12.2010, B.S. van 17.01.2011 (Ed. 2), blz. 3089.

17. Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012 van 08.12.2010, B.S. van 10.01.2011, blz. 545.

- **Impulsfonds 2012**

Het probleem betreffende de noodzaak tot behoud van het aantal tandheelkundigen kan gedeeltelijk worden opgelost door het oprichten van een impulsfonds dat een tewerkstellingspremie toekent aan tandheelkundigen die een gekwalificeerde tandartsassistent in dienst hebben of nemen. In die zin zal een voorstel worden uitgewerkt met het oog op een inwerkingtreding op 1 januari 2012. Tevens zullen er voorstellen worden geformuleerd om tandheelkundigen die de pensioenleeftijd naderen langer aan het werk te houden. Ook zal de ondersteuning van de vestiging van tandheelkundigen in zones met een lage tandheelkundige dichtheid, onderzocht worden.

- **Andere initiatieven (selectie uit de lijst van de 9 projecten)**

De problematiek van osteïtis en van de algemene anesthesie in de tandheelkundige sector wordt onderzocht in een werkgroep TTR-TGR (Technisch Tandheelkundige Raad en Technisch Geneeskundige Raad).

De impact van de bepalingen van het nieuwe hygiëneprotocol wordt geëvalueerd. Op basis van die evaluatie moeten die nieuwe bepalingen vanaf 2012 gefaseerd worden geïmplementeerd.

De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen zal de voorbereidingen starten met het oog op de invoering van MyCarenet in de tandheelkundige sector uiterlijk in de loop van 2013.

De Commissie zal tevens initiatieven nemen om aanbevelingen te formuleren over panoramische röntgenfoto's.

De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen zal meewerken aan het opstellen van het profiel van de risicopatiënt en het invoeren van maatregelen om voor bepaalde risicogroepen (bijvoorbeeld patiënten met een laag sociaaleconomisch niveau en een hoog risico op cariës) een aangepast individueel preventief zorgtraject of een behandelplan te kunnen beschrijven.

Er wordt een werkgroep opgericht bestaande uit de vertegenwoordigers van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid, de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen en de betrokken Erkenningscommissies om een oplossing te vinden voor de problemen van de stagiairs in de tandheelkunde die het einde van hun stage naderen en van hun toegang tot de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

- **Sociaal statuut**

De jaarlijkse bijdrage tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen bedraagt 2 058,08 EUR voor het jaar 2010.¹⁸

De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen stelt voor om het bedrag van 2011 vast te leggen op 2 086,89 EUR en om voor 2012 een verhoging van dit bedrag te overwegen.¹⁹

c. Kinesitherapeuten

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort voor 2009 een bedrag van 1 390,49 EUR per geconventioneerde kinesitherapeut voor de regeling van de sociale voordelen.²⁰

18. K.B. van 15.12.2010 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2010, voorzien bij het K.B. van 17.08.2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen, B.S. van 22.12.2010 (Ed. 2), blz. 81389.

19. Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2011-2012 van 08.12.2010, B.S. van 10.01.2011, blz. 545.

20. K.B. van 15.12.2010 tot wijziging van het K.B. van 23.01.2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 22.12.2010 (Ed. 2), blz. 81391.

d. Apothekers

De jaarlijkse bijdrage die de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort in de context van de regeling van sociale voordelen voor apothekers, is voor het jaar 2009 vastgesteld op 2 575,84 EUR per apotheker die aan de voorwaarden voldoet.²¹ Die bijdragen worden verminderd tot:

- 1 931,88 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1 287,91 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis

e. Facturatie

RUSTOORDEN

Vanaf 1 januari 2011 geldt er een nieuw model van individuele factuur dat door de rusthuizen aan de patiënt en aan diens verzekeringsinstelling wordt meegedeeld.²²

ZIEKENHUIZEN

Vanaf dezelfde datum gelden ook nieuwe formulieren voor de ziekenhuizen:²³

- ziekenhuizen die toelating hebben voor de afschaffing van de individuele papieren factuur hoeven geen verzamelfactuur meer op te sturen naar de verzekeringsinstellingen. Zij dienen de verzamelfactuur wel te bewaren in het ziekenhuis voor een termijn van maximum 7 jaar.
- de notificatiecode voor implantaten moet vermeld worden op de patiëntenfactuur en op de factuur voor de verzekeringsinstelling
- op de patiëntenfactuur dienen de transportkosten voor dringend ziekenvervoer te worden vermeld. Op de verpleegnota voor de verzekeringsinstelling is reeds vermelding van “Verplaatsingskost” en “Aantal kilometers”.

3. Verstrekkingen

a. Artsen

RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN, ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIËN EN ANDERE VERSTREKKINGEN

Vanaf 1 januari 2011 verhoogt het honorarium van de specialist voor reumatologie.²⁴ Aan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende wordt niets gewijzigd: dit blijft 40 % voor de patiënt zonder verhoogde tegemoetkoming en 3,06 EUR voor de patiënt met verhoogde tegemoetkoming.

Op 1 februari 2011 wordt de beperking tot eenmaal per jaar opgeheven voor de verstrekking pluridisciplinaire geriatrie-evaluatie met verslag door de geneesheer-specialist in de geriatrie.²⁵

21. K.B. van 09.12.2009 tot wijziging van het K.B. van 18.03.1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 18.12.2009 (Ed. 2), blz. 79733.

22. Verordening van 10.10.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet G.V.U., B.S. van 20.10.2010 (Ed. 2), blz. 62282.

23. Verordening van 29.11.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet G.V.U., B.S. van 09.12.2010 (Ed. 2), p. 76312 en het erratum, B.S. van 25.01.2011, blz. 6993.

24. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het art. 2, A, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.11.2010, blz. 73244.

25. K.B. van 15.11.2010 tot wijziging van het art. 2, A., van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.12.2010, blz. 74178.

ALGEMENE SPECIALE VERSTREKKINGEN

De vullingen van een pijnpomp worden vanaf 1 januari 2011 6 keer in plaats van 4 keer terugbetaald, weliswaar aan een verminderd tarief:²⁶

- de meeste gebruikte vullingen hebben een stabiliteit van minder dan 90 dagen
- lagere concentraties zijn aanbevelingswaardig waardoor de frequentie moet worden verhoogd
- de populatie van chronische patiënten die op deze verstrekking beroep moeten doen leven vaak van een vervangingsinkomen. Aldus wordt vermeden dat zij zelf een aantal vullingen moeten bekostigen.

HARTREVALIDATIE

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de verstrekkingen inzake hartrevalidatie wordt gewijzigd vanaf 1 januari 2011.²⁷ Voor deze datum was de verzekeringstegemoetkoming een forfaitair bedrag. Thans is de verzekeringstegemoetkoming een percentage van het honorarium (95 % met voorkeurregeling of 90 % zonder voorkeurregeling) waardoor het mechanisme van indexering van de honoraria en niet-indexering van de verzekeringstegemoetkoming wordt opgevangen.

PEDIATRISCH ONDERZOEK

Het honorarium voor het pediatrisch onderzoek, uitgevoerd bij een opgenomen rechthebbende, jonger dan 16 jaar, mag niet aangerekend worden op dagziekenhuis en is dus voorbehouden aan patiënten die tenminste 1 nacht in het ziekenhuis verblijven. Hiervoor is met terugwerkende kracht (vanaf 01.10.2001) een interpretatieregeling opgesteld.²⁸

MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT

Naar aanleiding van de gewijzigde omschrijvingen en toepassingsregels betreffende het multidisciplinair oncologisch consult wijzigen de overeenkomstige formulieren in te vullen door de arts-coördinator, overeenkomstig vanaf 1 november 2010.²⁹

HEELKUNDE

Vanaf 1 januari 2011 is er een nieuwe verstrekking in de nomenclatuur opgenomen die betrekking heeft op het plaatsen van een stent in de traanwegen.³⁰

De verstrekking voor electrofysiologisch onderzoek (EFO) en de percutane behandeling van een linker atriale flutter of fibrillatie wordt vanaf 1 januari 2010 enkel vergoed in een verpleeginrichting die tevens beschikt over het deelprogramma B3 van het zorgprogramma "cardiale pathologie" B.³¹

26. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het art. 11, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.11.2010, blz. 73245.

27. K.B. van 17.11.2010 tot wijziging van het K.B. van 10.01.1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in art. 23, § 2, 2 lid, van de wet GVU, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, B.S. van 25.11.2010, blz. 72941.

28. Interpretatieregels van 27.09.2010 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 18.11.2010, blz. 71732.

29. Zie I.B. 2010/2-3, blz. 207, Verordening van 27.09.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11°, van de wet GVU, B.S. van 14.10.2010, blz. 61504.

30. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het art. 14, h), § 1, l., 1°, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.11.2010, blz. 73246.

31. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het art. 34, § 1, b), van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25.11.2010, blz. 72940.

Vanaf 1 februari 2011 verdwijnen twee verstrekkingen uit stomatologie.³² Dezelfde verstrekkingen werden ook elders in dit artikel vermeld met een andere (lagere) waarde.

MEDISCHE BEELDVORMING

Vanaf 1 februari 2011 wijzigen de verstrekkingen in verband met het kleurenduplexonderzoek van bloedvaten in de ledematen.³³

KLINISCHE BIOLOGIE

Vanaf 1 februari 2011 bestaan er 2 nieuwe terugbetaalbare verstrekkingen die verband houden met de therapeutische opvolging van prostaatkanker.³⁴

- een verstrekking voor de klassieke screening bij mannen vanaf 50 jaar oud
- een verstrekking voor de screening bij mannen met familiale antecedenten van prostaatkanker die vóór de leeftijd van 65 jaar werden gediagnosticeerd, omdat die screening vanaf de leeftijd van 40 jaar mag worden uitgevoerd.

Vanaf 2 december 2010 wordt de omschrijving van de forfaitaire honoraria voor klinische biologie die mogen worden aangerekend in geval van een dagopname in het ziekenhuis verduidelijkt.³⁵

b. Tandheelkundigen

PREVENTIE

Drie formulieren die de tandheelkundigen dienen in te vullen wijzigen vanaf 1 februari 2011.³⁶

- de belangrijkste is het formulier met betrekking tot het mondonderzoek (bijlage 62 van de Verordening geneeskundige verzorging van 28.07.2003): het formulier werd opgefrist en de mondgezondheidstips werden volledig herzien
- de leeftijdsgrens werd aangepast naar 18 jaar in de bijlage 56 en 57 van de Verordening geneeskundige verzorging van 28 juli 2003.

INTERPRETATIEREGELS

Drie nieuwe interpretatieregels over de orale implantaten vinden vanaf 1 mei 2009 ingang:³⁷

- verduidelijken wat de status moet zijn inzake terugbetaling van codes uit de rubriek “Uitneembare tandprothese, inclusief raadplegingen”, om in aanmerking te komen voor tussenkomst
- verduidelijken wat er bedoeld wordt met “de bestaande uitneembare volledige tandprothese” in geval de verzekerde van tussenkomst heeft genoten voor minstens 2 uitneembare prothesen

32. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van de art. 14, l), en 15, § 17, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 07.12.2010, blz. 74177.

33. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van de art. 17, § 1, 12°, 17 bis, § 1, 2., 17 quater, § 1, 2., en 26, §§ 10 en 13, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 15.12.2010, blz. 77410.

34. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van de art. 18, § 2, B, e), 19, § 5 *quinquies*, en 24, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 09.12.2010 (Ed. 2), blz. 76309.

35. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het art. 24, § 2, van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 22.11.2010, blz. 72027.

36. Verordening van 29.11.2010 tot wijziging van de verordening van 28.07.2003 tot uitvoering van art. 22, 11° van de wet GVU., B.S. van 21.12.2010 (Ed. 3), blz. 78763.

37. Interpretatieregels van 29.11.2010 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 17.12.2010, blz. 77968.

- o patiënten die reeds lang drager zijn van een overkappingsprothese en bij wie de prothese (inclusief verankering) aan vervanging toe is, kunnen slechts vergoed worden indien deze een jaar na het plaatsen van de nieuwe prothese worden aangebracht. Concreet moet de patiënt minstens één jaar wachten na plaatsen van een nieuwe prothese om vergoeding te krijgen voor de verankering.

Inzake orthodontie zijn er 2 aanpassingen vanaf 1 december 2009:³⁸

- o een interpretatieregel wordt afgeschaft omdat de nomenclatuur zelf voldoende duidelijk is en de regel dus overbodig is geworden
- o een interpretatieregel wordt aangepast in functie van de maximumtermijn van 18 maanden voor het gegroepeerd attesteren van de codenummers 305616-305620. Deze attesteerwijze werd op 1 december 2009 in de nomenclatuur opgenomen.

c. Bandagisten

Op 1 september 2007 is het verhuursysteem van rolstoelen in rustoorden voor bejaarden en rust- en verzorgingstehuizen in werking getreden³⁹.

Vanaf 1 januari 2011 wijzigt deze regelgeving als volgt:⁴⁰

- o het serienummer moet worden bijgehouden voor de rolstoelen afgeleverd volgens de regels van de klassieke nomenclatuur
- o het aantal gegevens die door de bandagist worden bijgehouden, wordt uitgebreid voor de rolstoelen die in het kader van het verhuursysteem afgeleverd worden
- o er wordt voorzien in de oprichting van de databank voor de opvolging van de verhuurde rolstoelen en in de evaluatie van het verhuursysteem.

d. Implantaten

Vanaf 1 december 2010 wijzigt de nomenclatuur van de hartstimulatoren als volgt:⁴¹

- o de verantwoordelijke voor het zorgprogramma P is medeverantwoordelijk voor de indicatiestelling en moet mee het gestandaardiseerd hartstimulatorregistratieformulier ondertekenen
- o er wordt voorzien in een garantie van 6 jaar voor de toestellen opgenomen op de limitatieve lijst: een volledige garantie van 4 jaar en voor de volgende 2 jaar een garantie pro rata. De garantievoorwaarden dienen te worden nageleefd door de firma die het oorspronkelijke toestel leverde, ongeacht of deze firma de vervangende hartstimulator leverde of niet
- o bij vervanging van een hartstimulator na 6 jaar, moet de reden van vervanging worden opgegeven. Tevens moeten de gegevens over de batterijstatus in het dossier worden bewaard
- o in het dossier van de patiënt dient een kopie te worden bewaard van het ECG dat de indicatie voor de eerste implantatie verantwoordt.

38. idem.

39. Zie I.B. 2007/4, blz. 573.

40. K.B. van 26.09.2010 tot wijziging van het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29.11.2010, blz. 73242.

41. K.B. van 03.09.2010 tot wijziging van art. 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 04.10.2010, blz. 59771.

De nomenclatuur van de implantaten voor de wervelkolom wijzigt vanaf 1 februari 2011: er is een transfert van de verstrekkingen van artikel 28 naar artikel 35 van de nomenclatuur en er worden nieuwe verstrekkingen in artikel 35 gecreëerd.⁴²

Vanaf 1 februari wijzigt de nomenclatuur van de implantaten van de verstrekkingen van heelkunde op de thorax en de cardiologie.⁴³ De non-cumulregels worden aangepast aan de realiteit.

e. Revalidatieverstrekingen

ZORGTRAJECTEN

Volgende begeleidende maatregelen met het oog op de inwerkingtreding van de zorgtrajecten, vinden toepassing vanaf 1 juni 2009.⁴⁴

- patiënten met een zorgtraject krijgen toegang tot de diëtië en podologieverstrekingen
- diabeteseducatieverstrekingen worden eveneens toegankelijk voor zorgtrajectpatiënten
- diabeteseducatoren kunnen worden erkend. Diëtisten, podologen en kinesitherapeuten kunnen hiervoor in aanmerking komen. Voor verpleegkundigen is er een afzonderlijke regeling buiten het kader van de revalidatienomenclatuur
- het zelfzorgmateriaal zoals glycemiecontrolemateriaal en bloeddrukmeter kan ook worden afgeleverd en aangerekend door leveranciers die geen apothekers zijn. Voor apothekers is er een afzonderlijke regeling buiten het kader van de revalidatienomenclatuur
- glycemiecontrolemateriaal wordt ook soms vergoed voor diabetespatiënten die geen zorgtraject afsluiten
- leveranciers van zelfzorgmateriaal die geen apothekers zijn (maar bijvoorbeeld diabetespatiëntenverenigingen, thuiszorgwinkels en mediatheken) kunnen alleen worden erkend, voor zover zij voldoen aan de voorwaarden van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten
- de indicaties voor podologieverstrekingen worden uitgebreid. Deze verstrekkingen hebben een belangrijke preventieve functie om dure medische complicaties, amputaties en een verlies aan zelfredzaamheid te vermijden.

De tegemoetkoming in de educatie van diabetespatiënten en het zelfzorgmateriaal is mogelijk via de derdebetalersregeling.⁴⁵ Deze aanpassing gebeurt ook retroactief met ingang vanaf 1 juni 2009, tesamen met het ingaan van de reglementering inzake de zorgtrajecten.

ERGOTHERAPIE NA LOCOMOTORISCHE REVALIDATIE

Met ingang van 25 december 2010 voorziet de revalidatienomenclatuur in de vergoeding van ergotherapieverstrekingen door ergotherapeuten.⁴⁶

42. K.B. van 15.11.2010 tot wijziging van art. 28 en 35 van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 17.12.2010, blz. 77807.

43. K.B. van 12.10.2010 tot wijziging van de bijlage bij het K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 28.12.2010 (Ed. 2), blz. 82491.

44. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het K.B. van 10.01.1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in art. 23, § 2, 2 lid, van de wet GVU, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, B.S. van 06.12.2010, blz. 74060.

45. K.B. van 31.01.2010 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, 9 lid, van de wet GVU, B.S. van 06.12.2010, blz. 74059.

46. K.B. van 19.11.2010 tot wijziging van het K.B. van 10.01.1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in art. 23, § 2, 2 lid, van de wet GVU, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, B.S. van 15.12.2010, blz. 77414 en het erratum B.S. van 18.02.2011 (Ed.2.), blz. 11971.

o De ergotherapieverstrekkingen

De ergotherapieverstrekkingen kunnen worden verleend aan rechthebbenden die een locomotorisch of neurologisch revalidatieprogramma in een geconventioneerd centrum hebben beëindigd. Voor deze patiënten kan ergotherapie de verworvenheden van de revalidatie consolideren en de integratie bevorderen.

- o de verstrekkingen moeten in de leefomgeving van de patiënt worden verricht
- o de verstrekkingen moeten worden voorgeschreven door de geneesheer-specialist in de revalidatie van het centrum waar de rechthebbende een volledig revalidatieprogramma heeft gevolgd
- o de verstrekkingen moeten binnen de 6 maanden na het einde van het volledige revalidatieprogramma worden verricht
- o er is voorzien in een kennisgeving aan de adviserend geneesheer en in een functioneel eindbilan.

o De ergotherapeuten

De erkenning van de ergotherapeuten wordt verzekerd door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV tot aan de erkenning van het beroep van ergotherapeut door de FOD Volksgezondheid. De erkenning wordt aangevraagd bij de Leidend ambtenaar van de dienst en bevat:

- o een afschrift van het diploma “ergotherapie”
- o de verbintenis om de verstrekkingen te attesteren zoals vastgelegd in de nomenclatuur
- o de verbintenis om de honoraria die daarin zijn vastgelegd toe te passen.

o De derdebetalersregeling

De ergotherapieverstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden die een locomotorisch of neurologisch revalidatieprogramma in een geconventioneerd centrum hebben beëindigd kunnen worden vergoed via de derdebetalersregeling.⁴⁷

f. Farmaceutische specialiteiten

MEDISCHE VOEDING

De procedure waaronder de verzekering tegemoetkomt in de kosten van medische voeding wijzigt vanaf 19 december 2010 voor wat betreft het voorstel van de overeenkomstencommissie apothekers – verzekeringsinstellingen omtrent de vergoedingsvoorwaarden, de vergoedingsbasis en de vergoedingscategorie.⁴⁸ De termijn gedurende dewelke een bedrijf kan reageren op het voorlopig voorstel van de commissie apothekers – verzekeringsinstellingen is thans beperkt tot 90 dagen.

g. Thuisverpleging - zorgtrajecten

Een zevende wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen verpleegkundigen en verzekeringsinstellingen voert enkele aanpassingen in rond de verstrekkingen van verpleegkundigen in de zorgtrajecten voor patiënten die lijden aan diabetes mellitus type 2.

47. K.B. van 15.11.2010 tot wijziging van het K.B. van 10.10.1986 tot uitvoering van art. 53, § 1, negende lid, van de wet GVU., B.S. van 15.12.2010, blz. 77413.

48. K.B. van 22.10.2010 tot wijziging van het K.B. van 24.10.2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik, B.S. van 09.12.2010 (Ed. 2), blz. 76311.

Het gaat over de volgende aanpassingen, die van toepassing zijn vanaf 1 januari 2011:

- de vergoedbare opvolgeducatie en extra educatie bij problemen door thuisverpleegkundigen wordt mogelijk in hetzelfde kalenderjaar als de opstarteducatie gegeven werd aan patiënten die starten met zelfregulatie in het kader van een diabetesconventiecentrum maar die in hetzelfde jaar nog een zorgtrajectcontract afsluiten
- de tekst is in overeenstemming gebracht met de andere regelgeving
- de beslissingen die door de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen moeten genomen worden inzake de verpleegkundigen met voorlopig specifiek registratienummer en betreffende de minimale activiteitsgrens die aan de specifieke activiteiten moet besteed worden, zullen voor 31 augustus 2013 in plaats van 30 september 2011 genomen worden.

III. Uitkeringen

1. Regularisatie na niet toegelaten werkhervatting

Artikel 101 van de gecoördineerde wet voorziet in een procedure tot regularisatie van de situatie van een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een activiteit heeft hervat zonder de voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer of die de voorwaarden van de toelating niet heeft gerespecteerd.

De modaliteiten van deze regularisatie wijzigen vanaf 31 december 2010.⁴⁹

Vanaf die datum wordt de medische regularisatie voor het verleden opgeheven. De arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft verricht, dient wel nog te worden onderworpen aan een geneeskundig onderzoek, maar dit heeft uitsluitend betrekking op de evaluatie van de ongeschiktheid op het ogenblik van het onderzoek en later.

- de termijn waarbinnen dit geneeskundig onderzoek moet worden uitgevoerd is vastgesteld op 30 werkdagen, te rekenen vanaf de vaststelling, door de verzekeringsinstelling, van de niet toegelaten activiteit of vanaf de mededeling ervan aan de verzekeringsinstelling
- de beslissing inzake het einde van de erkenning dient te worden betekend binnen dezelfde termijnen als die welke thans worden toegepast voor de beslissingen met betrekking tot het einde van de arbeidsongeschiktheid (in primaire arbeidsongeschiktheid en in invaliditeit)
 - dit betekent dat in een tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, de beslissing van einde van erkenning van de arbeidsongeschiktheid onmiddellijk na afloop van het geneeskundig onderzoek wordt bezorgd aan de verzekerde of hem onverwijld per aangetekende brief wordt verzonden (indien hij weigert het ontvangstbewijs te ondertekenen)
 - in een tijdvak van invaliditeit, wordt de beslissing met betrekking tot het einde van de arbeidsongeschiktheid ter kennis gebracht binnen drie werkdagen die volgen op de dag van de beslissing.

49. K.B. van 12.12.2010 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet GVJ, B.S. van 20.12.2010 (Ed. 2), blz. 78095.

2. Erkenning van arbeidsongeschiktheid

Inzake erkenning van arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer, zijn er ten gevolge van de Europese regelgeving twee belangrijke aanvullingen aangebracht aan de verordening van 16 april 1997 voor de personen die vallen onder het toepassingsgebied van de Verordening (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 en nr. 987/2009 van 16 september 2009.⁵⁰

a. Geneeskundige beslissingen in geval van aanvang of van voortduren van een arbeidsongeschiktheid

Indien de gerechtigde bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont en aangifte heeft gedaan van zijn arbeidsongeschiktheid brengt de adviserend geneesheer zijn beslissing ter kennis met een formulier conform de nieuwe modellen, naargelang het gaat om een beslissing waarbij de staat van arbeidsongeschiktheid wordt erkend of niet wordt erkend.

b. Einde van de ongeschiktheid

Indien de gerechtigde, bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont, kan de adviserend geneesheer, zonder over te gaan tot een voorafgaand geneeskundig onderzoek, een einde stellen aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid vanaf de datum van einde van de ongeschiktheid vermeld op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid dat is opgesteld door de behandelend geneesheer van de Staat van de verblijf- of woonplaats of door het bevoegde orgaan van de verblijf- of woonplaats.

3. Pleegzorgen

Vanaf 23 november 2008 worden de dagen verlof voor pleegzorgen gelijkgesteld met werkdagen die in aanmerking worden genomen voor het berekenen van de wachttijd vooraleer men het recht op uitkeringen kan doen gelden.⁵¹

4. Indexaanpassing

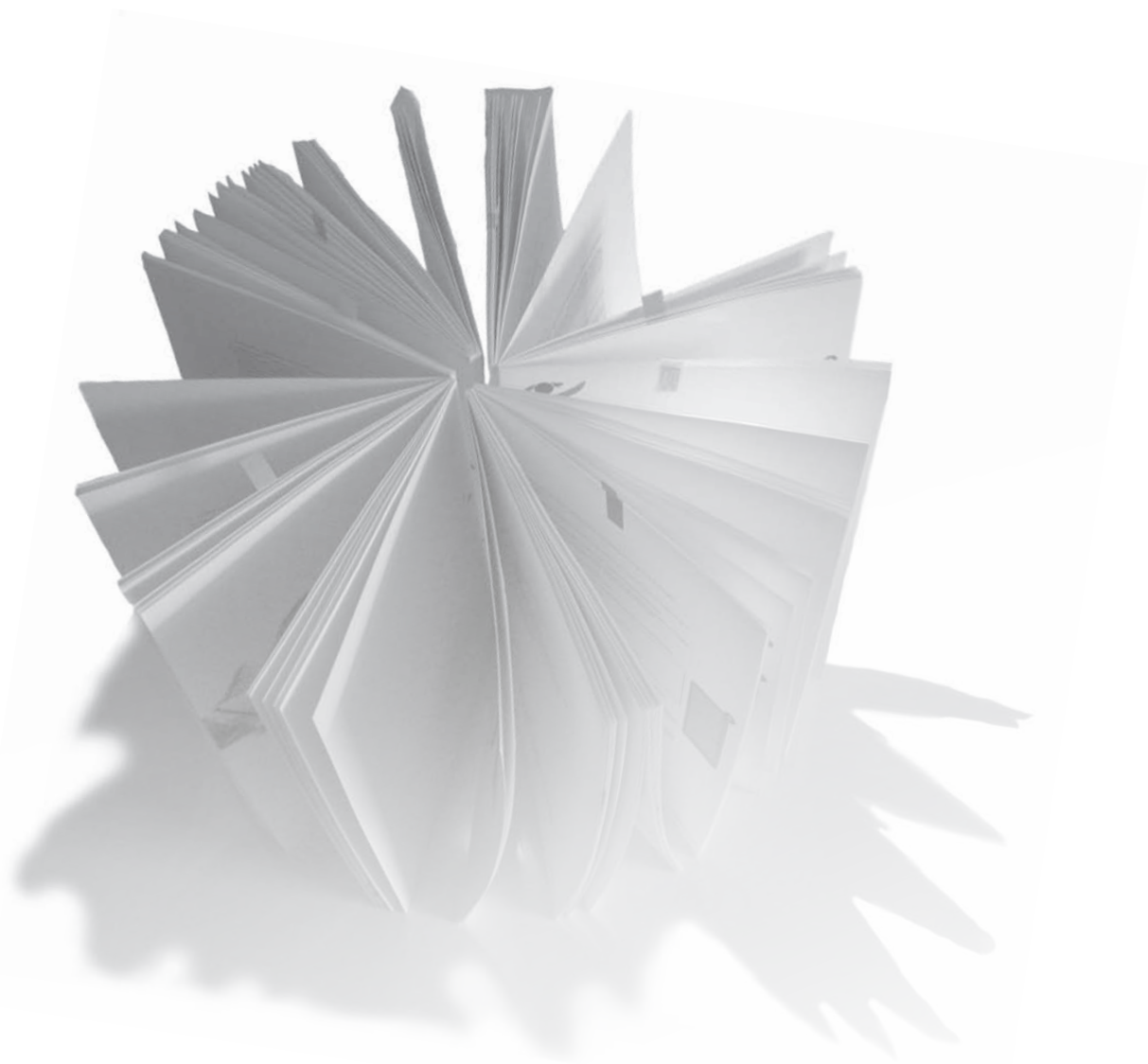
Met ingang van 1 september 2010 worden nagenoeg alle sociale uitkeringen aangepast als gevolg van het overschrijden van de spilindex.⁵²

50. Verordening van 17.11.2010 tot wijziging van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, 5^o, van de wet GVU, B.S. van 16.12.2010, blz. 77611.

51. K.B. van 15.10.2010 tot invoering van de gelijkstellingen in de socialezekerheidswetgeving en vakantiewetgeving ten behoeve van de werknemers die gebruik maken van het recht op verlof voor pleegzorgen, B.S. van 05.11.2010 (Ed. 2), blz. 66334.

52. B.S. van 16.12.2010, blz. 77736.

3^e Deel
Rechtspraak



I. Raad van State, afdeling Bestuursrechtspraak, arrest nr. 209.282 van 29 november 2010

Gerechtelijk Wetboek, artikelen 2, 828 en volgende.

Wet van 14 juli 1994, artikel 145

Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Wijze waarop de leden worden voorgedragen – Rechtsprekende functie – Onpartijdigheid

De gecoördineerde wet van 14 juli 1994 noch het koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bevatten bepalingen met betrekking tot de wraking van de leden van de Kamer van beroep.

Artikel 2 van het Gerechtelijk Wetboek moet worden toegepast evenals de artikelen 828 en volgende.

In artikel 145, §1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt uitdrukkelijk gesteld op welke wijze de leden van de Kamer van beroep moeten worden voorgedragen.

Die wijze van voordragen is niet strijdig met de voorwaarden betreffende de onpartijdigheid, zoals opgelegd door het Europees verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, gezien vanuit een organisch en objectief standpunt.

Zoals alle beroepsmagistraten houden de betrokken personen zitting in hun eigen naam.

Bij het uitoefenen van hun rechtsprekende functie kunnen die leden niet worden beschouwd als vertegenwoordigers van een verzekeringsinstelling.

J.V. t./DGEC RIZIV

...

Considérant que le requérant, qui est docteur en médecine et spécialiste en gynécologie obstétrique, invoque à l'encontre des deux représentants des organismes assureurs siégeant, avec voix consultative, dans la chambre de recours, les articles 828, 2^o et 5^o et 831 du Code judiciaire; qu'il développe longuement sa thèse en se référant notamment à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et en faisant des parallèles avec la situation des juges conseillers sociaux; que selon lui, les représentants des organismes assureurs ont "un intérêt direct à la cause"; qu'il souligne que "le meilleur avocat ne peut rien face à un siège dont deux membres [...] n'offrent pas la garantie d'indépendance et d'impartialité en raison de leur mode de nomination, de leur intérêt financier à la cause et de leur lien structurel avec l'une des parties"

...

Considérant que l'article 144, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, énonce que les chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI sont des juridictions administratives; que ni cette loi ni l'arrêté royal du 9 mai 2008 fixant les règles de fonctionnement et le règlement de procédure des chambres de première instance et des chambres de recours instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI ne contiennent de dispositions relatives à la récusation des membres des chambres de recours; qu'il y a lieu de faire application de l'article 2 du Code judiciaire applicable aux chambres;

Considérant que l'article 828 du Code judiciaire prévoit ce qui suit :

“ Tout juge peut être récusé pour les causes ci-après :

1° s'il y a suspicion légitime ;

2° si lui-même ou son conjoint à un intérêt personnel à la contestation ;

[...]

5° s'ils ont un procès en leur nom devant un tribunal où l'une des parties est juge;

s'ils sont créanciers ou débiteurs d'une des parties [...];

que ces causes de récusation ne trouvent aucun appui dans la loi dès lors que le mode de présentation des membres de la chambre de recours visés par le requérant est explicitement imposé par l'article 145, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; que ce mode de présentation ne va pas davantage à l'encontre des conditions d'impartialité imposées en particulier par la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, examinées d'un point de vue organique et objectif, dès lors que les personnes concernées, comme tous les magistrats professionnels, siègent en leur nom propre; que dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle, ces membres ne peuvent être considérés comme étant les représentants d'un organisme assureur; qu'en outre, le requérant n'établit pas que les membres de la chambre de recours dont la récusation est demandée ont un intérêt personnel à la contestation ou qu'ils sont créanciers d'une des parties; que la requête n'est pas fondée en ce qu'elle invoque cette disposition; que le postulat du requérant selon lequel les membres nommés sur présentation des organismes assureurs représentent ceux-ci et ont un intérêt à la cause n'est pas établi pour les motifs exposés ci-dessus; qu'il n'y a pas lieu dès lors de poser la question préjudicielle,

...

II. Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, arrest nr. 211.299 van 16 februari 2011

Gerechtelijk Wetboek, artikel 828

Wet van 14 juli 1994, artikelen 142-143, 146 en 154-155

Geneeskundige evaluatie en controle – Kamer van beroep – Adviserend geneesheren – Onpartijdigheid – Rechtsprekende functie

De Raad van State is bevoegd om te beslissen over de verzoekschriften tot wraking die tegen leden van de bij de DGEC ingestelde Kamer van beroep worden neergelegd.

Niet zozeer het zich voordoen van een feit dan wel de kennisneming ervan door een partij verantwoordt dat die vindt dat een rechter moet worden gewraakt; een nieuw verzoekschrift tot wraking kan dus worden ingediend op basis van feiten waarvan de eisende partij geen kennis had op het moment van de indiening van het eerste verzoekschrift.

De wraking wegens gewettigde verdenking heeft tot doel te vermijden dat een zaak wordt berecht door een rechter die niet de vereiste onpartijdigheid kan garanderen; het bestaan van een gewettigde twijfel is voldoende. Er is sprake van een schending van het principe van de objectieve onpartijdigheid wanneer een rechter regelmatige en nauwe banden met een partij heeft.

Aangezien de verzekeringsinstellingen niet bij het geding zijn betrokken en er geen rechtstreeks belang bij hebben dat een zorgverlener ten onrechte aangerekende verstrekkingen moet vergoeden, kan het argument van het bestaan van een band tussen de adviserend geneesheren en de verzekeringsinstellingen niet in aanmerking worden genomen.

Voorts is de onafhankelijkheid van de adviserend geneesheren ten opzichte van de DGEC voldoende gewaarborgd doordat zij in geen geval wegens hun opinies die zij in het kader van hun rechtsprekende functie in de Kamer van beroep uiten, kunnen worden gesanctioneerd.

J.V. t./ DGEC RIZIV

...

Considérant qu'à l'audience, le requérant a soulevé un déclinatoire de compétence du Conseil d'État ; que selon lui, il ne faut pas, en l'espèce, faire application, par analogie, du Code judiciaire mais interpréter à la lettre celui-ci et reconnaître la compétence de la Cour de Cassation ;

Considérant que selon la Cour de Cassation, ensuite de la modification apportée par la loi du 12 mars 1998 au Code judiciaire, aux règles relatives à la récusation et, plus spécialement, à l'article 838 du code précité, l'appréciation des causes de récusation relève non plus de la compétence des juridictions dont les membres sont récusés mais de l'instance juridictionnelle immédiatement supérieure ; que le Conseil d'État est compétent en vertu de l'article 14, § 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, pour connaître des recours en cassation introduits contre les décisions de la chambre de recours instituée auprès du SECM de l'INAMI ; que partant, il est compétent pour connaître de la présente requête ;

Considérant que la partie adverse soutient que les requêtes sont irrecevables ; qu'elle expose qu'il résulte du procès-verbal d'audience du 7 janvier 2010, qu'elles ont été déposées après l'audience, en violation des articles 833 et 835 du Code judiciaire, que le requérant indique, certes, qu'il n'avait pas connaissance de l'identité des médecins avant l'audience, mais que cet argument est avancé pour déjouer l'application des articles 833 et 842 du Code judiciaire et est inexact en fait, que les requêtes étaient prêtes avant l'audience du 7 décembre et ont été complétées à la main, ce qui démontre que l'identité des médecins était sans incidence réelle, que l'identité des médecins-conseils concernés ne change rien dans la mesure où les médecins-conseils se trouvent tous dans les mêmes liens avec les organismes assureurs, que les procès-verbaux d'audience font clairement apparaître que les mêmes membres ont siégé aux précédentes audiences, et que leur identité était connue dès l'audience du 28 septembre 2010, ces procès-verbaux faisant partie du dossier de procédure consultable au greffe, que l'identité des médecins-conseils nommés comme membres effectifs et suppléants de la chambre de recours est indiquée dans l'arrêté du 18 mai 2008 et dans l'arrêté du 28 avril 2010, qu'il n'est donc pas établi que les requêtes en récusation sont justifiées par des causes postérieures au commencement des plaidoiries lors de l'audience du 7 décembre 2010 (art. 833 du C. jud.) ou pour des faits survenus depuis la prononciation de l'arrêt n° 209.282 (art. 842 du C. jud.), que la Cour de cassation a jugé, par son arrêt du 8 juillet 2008, que "toutes les causes de récusation existant à un certain moment et connues à ce moment par le demandeur en récusation, doivent être présentées simultanément ; une seconde demande en récusation introduite par le demandeur est irrecevable lorsqu'elle est fondée sur des faits connus déjà lors de la première récusation", que la Cour de cassation, dans son arrêt du 23 janvier 2009, a également jugé irrecevable une demande de récusation introduite après que les parties ont plaidé sur un incident de procédure, alors qu'à ce moment, le demandeur connaissait déjà les causes de récusation invoquées contre ce magistrat et sans qu'une nouvelle cause de récusation soit invoquée qui serait survenue après que le demandeur a plaidé relativement à cet incident, que l'objet réel des requêtes est le dessaisissement de la chambre de recours dans la mesure où elles visent manifestement tous les membres désignés sur proposition des organismes assureurs sans évoquer le moindre grief d'ordre personnel, ce qui irait à l'encontre de la volonté du législateur de confier ce type de litige à une juridiction spécialisée, que, si le Conseil faisait droit à la demande de récusation, la chambre de recours ne pourrait plus siéger dans sa composition légale, qu'aucune disposition ne prévoit que la chambre de recours puisse siéger dans une composition "remaniée" ni au président de siéger seul, et que la chambre de recours ne pourrait donc plus siéger et commettrait donc un déni de justice ;

Considérant que par son arrêt du 14 novembre 2000, la Cour de cassation a jugé "qu'aux termes de l'article 833 du Code judiciaire, celui qui veut récuser doit le faire avant le commencement de la plaidoirie, à moins que les causes de la récusation ne soient survenues postérieurement ; que le commencement de la plaidoirie signifie le moment où l'on a commencé à plaider" ; que s'il ressort du procès-verbal de l'audience du 7 décembre 2010 que celle-ci a bien été ouverte avant le dépôt des requêtes en récusation, il n'en ressort nullement que les plaidoiries avaient commencé avant que les requêtes en récusation soient déposées au greffe, situé dans un autre bâtiment ; qu'au surplus, le silence opposé par la chambre de recours à la demande du requérant de se voir communiquer l'identité des membres de la chambre de recours et les liens qu'ils ont avec les organismes assureurs l'a empêché de déposer les requêtes en récusation avant le commencement de l'audience du 7 décembre 2010 ; qu'il ne peut donc pas lui être reproché d'avoir déposé cette requête dès qu'il a pris connaissance de l'identité de ces médecins ;

Considérant que la Cour de cassation a, dans son arrêt du 8 juillet 2008, jugé ce qui suit :

- “ 1. Par arrêt rendu le 2 juin 2008, en la cause C.08.0215.N, la Cour a rejeté une première demande en récusation formée par le demandeur contre le conseiller social R. en raison d’une apparence de partialité. À présent, le demandeur forme une nouvelle demande en récusation contre le même conseiller, fondée sur des moyens déclarés irrecevables lors de sa première demande, en joignant des pièces à l’appui de ces moyens.
2. En outre, le demandeur invite subsidiairement la Cour à poser à la Cour constitutionnelle une question préjudicielle relative à l’article 81 du Code judiciaire concernant la composition du tribunal du travail, lu en combinaison avec l’article 201 de ce code relatif à la proposition des conseillers sociaux par les organisations représentatives d’employeurs, de travailleurs salariés et de travailleurs indépendants.
3. Conformément à l’article 833 du Code judiciaire, celui qui veut récuser doit le faire avant le commencement de la plaidoirie, à moins que les causes de la récusation ne soient survenues postérieurement et, si la cause est introduite par requête, avant que la requête ait été appointée. D’autre part, l’article 842 du code précité dispose que le jugement ou l’arrêt qui a rejeté une demande en récusation d’un juge ne fait pas obstacle à l’introduction d’une nouvelle demande pour cause de faits survenus depuis la prononciation.
4. Les articles 833 et 842 impliquent nécessairement que toutes les causes de récusation existant à un certain moment et connues à ce moment par le demandeur en récusation, doivent être présentées simultanément ; une seconde demande en récusation est irrecevable lorsqu’elle est fondée sur des faits déjà connus lors de la première récusation.
5. L’objet de la nouvelle demande en récusation reste la qualité dudit conseiller social R. Les moyens invoqués ne sont pas nouveaux au sens de l’article 842. La demande de récusation est irrecevable” ;

qu’à suivre cet arrêt, il conviendrait de déclarer irrecevables les requêtes du requérant dès lors que l’objet de celles-ci est la récusation des docteurs C. et R. en qualité de membres de la chambre de recours ; que toutefois, bien que l’objet des requêtes soit identique à celui de la requête sur laquelle le Conseil d’État s’est prononcé dans son arrêt n° 209.282 à la différence que l’identité des membres est ici précisée, le requérant se fonde sur un fait dont il n’y a pas lieu de croire qu’il en avait connaissance au moment de l’introduction de la requête en récusation précédente, à savoir leur qualité de médecins-conseils ; qu’en effet, il est vraisemblable que s’il en avait eu connaissance au moment de l’introduction de la première requête en récusation, il l’aurait invoqué dans cette première requête ; que certes l’article 842 du Code judiciaire fait état de “faits survenus depuis la prononciation”, ce qui paraît exclure les faits préexistants mais inconnus du requérant ; que, toutefois, admettre une telle interprétation de l’article 842 du Code judiciaire ferait perdre une partie de son utilité au principe qu’il fixe, dès lors que c’est moins la survenance d’un fait que sa connaissance par une partie qui justifie que celle-ci considère qu’un juge doit être récusé ; qu’il y a donc lieu de considérer que l’article 842 permet l’introduction d’une nouvelle requête en récusation sur la base de faits dont le requérant n’avait pas connaissance au moment de l’introduction de la première requête ;

Considérant qu’aucune disposition de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, n’impose que les membres de la chambre de recours soient médecins-conseils ; que dès lors, s’il devait être considéré que cette qualité constitue un motif de récusation pour cause de suspicion légitime, il serait possible de désigner des membres qui n’ont pas cette qualité pour siéger ; que la requête est recevable ;

Considérant que le requérant expose qu'en vertu de l'article 145, § 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée, la chambre de recours est notamment composée de deux médecins nommés par le Roi sur présentation des organismes assureurs ; que l'arrêté royal du 18 mai 2008, nommant les membres des chambres de recours, précise que certains membres sont nommés "au titre de représentants des organismes assureurs" ; que le docteur C. est médecin-conseil des mutualités socialistes tandis que le docteur R. est médecin-conseil de la mutualité libre et qu'ils sont donc liés tant aux organismes assureurs qu'à la partie adverse ; que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, qui est l'adversaire du requérant dans la cause dans laquelle ces médecins doivent statuer, se voit imposer certaines missions par l'article 139 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et est dirigé par un comité conformément à son article 140 ; que la récusation pour cause de suspicion légitime tend à empêcher qu'une affaire soit jugée par un juge ne présentant pas les garanties d'impartialité requises ; que l'existence d'un doute légitime suffit ; que les membres dont la récusation est demandée sont liés au Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; qu'il résulte de l'article 154 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que les médecins-conseils dépendent structurellement de ce service, qui les agrée dans cette fonction, et peut retirer cet agrément ; qu'il résulte des articles 153 et 155 que les médecins-conseils dépendent fonctionnellement de ce service puisqu'ils ont légalement pour mission "de contrôler les prestations de soins de santé, conformément aux dispositions de la présente loi", que "Dans l'accomplissement de leur mission, les médecins-conseils des assureurs sont tenus d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et de respecter la liberté thérapeutique des dispensateurs de soins" et que le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux peut infliger des sanctions disciplinaires aux médecins-conseils qui ne se conforment pas aux règles d'assurance, voire les suspendre préventivement ; que les membres dont la récusation est demandée sont liés aux organismes assureurs ; qu'ils en sont les employés conformément à l'article 154 de la loi, alors qu'il a été jugé que "les juges sociaux sont notamment tenus de se récuser s'ils exercent une fonction dans les liens d'un contrat de travail au sein d'une organisation syndicale à la cause (C. jud., art. 829) ou s'ils ont un intérêt direct à la solution du litige (C. jud., art. 828, 1^o)" ; que ces médecins siègent en tant que représentants des organismes assureurs ainsi que le mentionne expressément l'arrêté royal du 18 mai 2008 portant nomination des président et membres de la chambre de recours ; que les organismes assureurs ont un intérêt personnel à la contestation puisqu'ils sont créanciers de l'INAMI, qu'ils siègent au sein de plusieurs de ses organes et ont droit à 25 % du montant qui leur a été réservé mais n'aurait pas été dépensé ; que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux est dirigé par un comité composé de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des dispensateurs de soins ; qu'il a été jugé qu'il est interdit de siéger lorsqu'il existe une trop grande proximité ou un lien de dépendance avec l'une des parties ; que la Cour européenne des droits de l'homme a décidé que ne peut être impartial "un juge ayant des liens professionnels avec une des parties" (arrêt Pescador c./Espagne, 24.09.2003, série A, n° 29) ; que des représentants des organismes assureurs siègent dans les organes de gestion de l'INAMI, qui les présente comme ses partenaires ; que la nomination des membres dont la récusation est demandée n'est pas valable dès lors qu'elle mentionne qu'ils sont nommés comme "représentants des organismes assureurs" mais que le Conseil d'État a jugé, par son arrêt du 29 novembre 2010, qu'ils siègent bien à titre personnel ; qu'il convient de poser à la Cour constitutionnelle une question préjudicielle sur la conformité de la loi à la Convention européenne des droits de l'homme ; que l'arrêt de la Cour de cassation du 2 juin 2008 ne convainc pas dès lors que nul ne soutient que l'employé d'une partie, siègeât-il en son nom propre, ne doit pas se récuser et que les travaux préparatoires de la loi qualifient ces membres de représentants des organismes assureurs ; que la Cour de cassation a jugé que "la suspicion légitime peut se déduire d'un ensemble de circonstances, d'où il apparaît que, par son attitude vis-à-vis d'une des parties ou de l'avocat qui la représente ou qui l'assiste, le juge a mis ou met en danger la sérénité de l'examen de la cause" ; qu'après l'introduction de la première requête en récusation, les membres dont la récusation est demandée ne pouvaient ignorer qu'il existe une cause de récusation dans leur chef ;

qu'il leur incombait de dévoiler leurs fonctions réelles ou sein des organismes assureurs et leurs liens personnels avec le SECM ; que le silence du juge sur sa situation réelle vis-à-vis d'une partie équivaut à un parti pris ; et qu'il convient de poser la question préjudicielle suivante à la Cour constitutionnelle "L'article 145, § 1^{er} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 qui prévoit dans la composition de la Chambre de recours la présence de représentants des organismes assureurs employés de ceux-ci et siégeant à ce titre et non à titre personnel lesquels ont un intérêt direct à la cause dont la Chambre de recours est saisie, qui sont [...] potentiellement créanciers [de l'une des parties] et qui touchent un pourcentage de l'éventuel excédent budgétaire de l'INAMI viole-t-il les articles 151, § 3, 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison avec l'article 6, § 1^{er}, de la Convention européenne des droits de l'homme en tant qu'il prive, de manière disproportionnée et sans justification raisonnable, les médecins du droit à un juge indépendant et impartial, alors [que] ce droit est garanti aux justiciables des juridictions de l'ordre judiciaire." ;

Considérant que la partie adverse répond que tant le Conseil d'État que la Cour constitutionnelle ont jugé que la procédure mise en place par le législateur pour ce type de contentieux ne porte pas atteinte au principe d'indépendance et d'impartialité, sauf s'il apparaîtrait que les représentants des organismes assureurs ont fait montre d'animosité à l'égard du praticien ou s'ils ont pris publiquement fait et cause contre la personne poursuivie ; que des confrères du praticien sont également présents dans la juridiction ; que la Cour de cassation a jugé, dans son arrêt du 2 juin 2008, qu'un conseiller social ne peut pas être considéré comme le représentant d'une des organisations syndicales autorisées à présenter des candidats à la nomination de conseillers sociaux ; que les organismes assureurs n'ont pas d'intérêt direct à la cause ; que rien ne démontre que ce sont les organismes assureurs qui ont payé les prestations qui participeraient au délibéré ; que le remboursement des prestations indues ne bénéficie pas in fine aux organismes assureurs ; que le remboursement prévu par l'article 164, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ne constitue qu'un remboursement d'indu, remplaçant les parties dans la situation qui eut été la leur dans l'ordre juridique légal et réglementaire ; qu'une telle situation n'est pas constitutive d'un intérêt dans le chef de l'organisme assureur, qui n'est même pas libre d'y renoncer ; que l'article 164 s'applique, par ailleurs, sous réserve des articles 142, § 1^{er}, et 146 de la loi (art. 141, §§ 2 et 6, et 146 anciens) ; que l'article 146, § 2, dispose que "[Le SECM] invite [les personnes et établissements autorisés à dispenser des prestations de santé] à restituer volontairement la valeur des prestations qui leur ont été payées indûment. Les remboursements ainsi obtenus sont versés au compte de l'Institut et sont comptabilisés comme recettes de l'assurance soins de santé ; que le remboursement ne fait pas obstacle à l'application de l'article 142, § 1^{er}" ; que l'article 191 de la même loi coordonnée énonce que "Les ressources de l'assurance sont constituées par [...] 17° Le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 et des remboursements volontaires visés à l'article 146" ; que, lors des discussions de l'article 164 de la loi, il a été déclaré que :

" Dans l'état actuel des textes, quatre procédures de récupération des prestations de santé indûment payées sont mises en œuvre. [...]

Le troisième procédé concerne les prestations dont le caractère indu est constaté par le Service du contrôle administratif ou par les organismes assureurs eux-mêmes. Elles sont récupérées par application de l'article 164 de la loi coordonnée et un recours est également ouvert devant le tribunal du travail.

Enfin, un dernier processus s'applique lorsqu'un médecin, par exemple, prescrit, exécute ou fait exécuter des soins superflus ou inutilement onéreux. La Commission de contrôle compétente en la matière le condamnera à les rembourser en tout ou en partie. Cette décision est exécutoire d'office. Les sommes récupérées sont versées au compte de l'Institut et comptabilisées comme recettes de l'assurance. En cas de défaillance du débiteur, le dossier est transmis à l'administration des Domaines." (Doc. Pari., Ch. des représ., S.O. 1999/2000, n° 0297/001, pp. 25-26) ;

que la procédure à laquelle est confronté le requérant n'est pas celle de l'article 164 de la loi coordonnée ; que la procédure actuelle aboutira à la récupération d'un indu au profit de l'INAMI et non au profit des organismes assureurs ; qu'il est erroné de soutenir que les organismes assureurs ont un intérêt direct ou indirect à la cause et que la présence de leurs représentants met à mal l'impartialité et l'indépendance de la chambre de recours ; que la thèse du requérant est partisane ; qu'en contrepartie de la présence de représentants des organismes assureurs, les praticiens disposent de représentants en nombre égal, de sorte qu'il n'y a aucune unilatéralité du risque ; que l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 30 octobre 1991 condamnant la participation du ministère public près la Cour de cassation au délibéré de celle-ci n'est pas applicable à l'espèce, dès lors que les représentants des organismes assureurs et des praticiens ne donnent pas de réquisition avant que la chambre de recours délibère ; que la composition et le fonctionnement des chambres de première instance et de la chambre de recours s'inscrivent dans le fonctionnement général de l'INAMI ; que l'assurance soins de santé est administrée par le Service des soins de santé, géré par un conseil général composé de représentants de l'État, de représentants des organisations patronales et syndicales et de représentants des organismes assureurs et des dispensateurs de soins ; que ces différents groupes se retrouvent tant dans les juridictions du travail que dans les chambres de première instance et de recours ; qu'il se déduit de l'arrêt de la Cour de cassation du 2 juin 2008 que les membres présentés par les organismes assureurs siègent à titre personnel et non comme représentants de ces organismes ; que ces membres ne peuvent être révoqués que parle Roi et non par les organismes qui les ont présentés ; que l'article 145, § 2, de la loi coordonnée précise que le mandat de membre d'une chambre est incompatible avec celui de membre du SECM ; que la décision de récupérer l'indu est prise par le fonctionnaire dirigeant du SECM, et non par son comité, au sein duquel sont représentés les organismes assureurs et les organisations représentatives du corps médical ; que c'est le fonctionnaire dirigeant qui décide de saisir la chambre de première instance ou d'introduire un recours devant la chambre de recours ; que le comité n'a aucun pouvoir d'injonction sur le déroulement de la procédure ; que, quant au grief tiré du respect des droits de la défense, il n'existe pas de droit au dernier mot en droit belge ; que le SECM ne participe pas au délibéré, qui n'entretient d'ailleurs aucun lien structurel avec les organismes assureurs ; que, pour compenser la présence de deux membres nommés sur présentation des organismes assureurs, le législateur a prévu la présence de deux membres nommés sur présentation des organisations professionnelles ; qu'il n'y a pas lieu de poser à la Cour constitutionnelle la question préjudicielle proposée par le requérant ; que cette question repose sur le postulat que les médecins poursuivis devant les chambres de première instance et de recours sont privés des garanties juridictionnelles d'indépendance, d'impartialité et d'équité ; que, toutefois, les organismes assureurs n'ont pas d'intérêt direct à la cause ; que la Cour constitutionnelle a jugé, dans son arrêt n° 133/2001 du 30 octobre 2001 que "Le simple fait que des non-magistrats siègent dans un organe juridictionnel en raison de leur compétence ne porte pas, en lui-même, atteinte à l'indépendance et à l'impartialité de cet organe" ; que le postulat n'étant pas fondé, il n'y a pas lieu de poser la question préjudicielle ; que les organismes assureurs ne sont pas partie au litige pendant devant la chambre de recours ; que le médecin-conseil n'a pas de contrat de travail avec le SECM ; que le médecin-conseil a un statut hybride, dont l'indépendance est protégée par le législateur ; que le contrôle des prestations de santé exercé par le médecin-conseil est limité et primaire, ne vise qu'un nombre limité de prestations ; que le Conseil d'État a jugé, dans son arrêt n° 32.679 du 1^{er} juin 1989, qu'" il découle de l'article 19, alinéa 2 de l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 que le médecin-conseil apprécie uniquement si la prestation pour laquelle le remboursement de l'assurance maladie est demandé, est justifié ; il ne doit pas vérifier si le médecin a respecté toutes les prescriptions légales requises pour que les prestations qu'il a effectuées soient remboursées ; que l'autorisation délivrée par le médecin-conseil n'implique aucune appréciation à propos de la question de savoir si le médecin concerné a fourni les prestations dans les conditions prévues et ne signifie pas que le traitement donne droit au remboursement" ; que le médecin-conseil n'a ni les moyens ni les pouvoirs d'enquête réservés aux inspecteurs du SECM ; que les directives du SECM que les médecins-conseils doivent respecter sont des instructions générales et non des instructions données dans un dossier particulier ; que les directives émanent en outre du Comité du SECM et non du SECM ; qu'il convient de distinguer le SECM de son comité ;

qu'en l'espèce, seul le SECM représenté par son fonctionnaire dirigeant est partie au litige ; que le comité est un organe de gestion composé paritairement ; que c'est le Comité du SECM qui statue sur l'agrément des médecins-conseils, et non le SECM ; qu'il résulte clairement de l'article 139, alinéa 2, 6^o et 7^o, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que le SECM est indépendant de son comité pour ce qui concerne les procédures devant les chambres de première instance et de recours ; que le comité n'a aucun pouvoir d'injonction sur le fonctionnaire dirigeant du SECM ; et que les réformes apportées en décembre 2006 ont eu pour objectif d'établir "une nouvelle répartition des compétences", "les organisations professionnelles souhaitent que les rôles du service et du comité soient nettement distincts" et "ils ne souhaitent plus être systématiquement associés au processus de sanction" « (Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2005-2006, n^o 2594/001, p. 45) ;

Considérant que c'est la qualité de médecins-conseils des docteurs C. et R. qui constitue le fait nouveau justifiant la recevabilité de la requête ; que le requérant invoque la suspicion légitime, visée à l'article 828, 1^o, du Code judiciaire, comme cause de récusation des docteurs C. et R. ; que selon la Cour de cassation "La suspicion légitime suppose que le juge ne soit pas en mesure de statuer en la cause d'une manière indépendante et impartiale ou suscite dans l'opinion générale un doute légitime quant à son aptitude à juger de cette manière" ; que cette cause de récusation vise à garantir l'impartialité et l'indépendance garanties par l'article 6, § 1^{er}, de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, de sorte que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme est déterminante pour examiner le bienfondé de la demande du requérant ; que la Cour européenne des droits de l'homme a, dans son arrêt du 15 octobre 2009, *MICALLEF c./MALTE*, jugé ce qui suit :

" 93. L'impartialité se définit d'ordinaire par l'absence de préjugé ou de parti pris et peut s'apprécier de diverses manières. Selon la jurisprudence constante de la Cour, aux fins de l'article 6 § 1^{er}, l'impartialité doit s'apprécier selon une démarche subjective, en tenant compte de la conviction personnelle et du comportement de tel juge, c'est-à-dire du point de savoir si celui-ci a fait preuve de parti pris ou préjugé personnel dans tel cas, et aussi selon une démarche objective consistant à déterminer si le tribunal offrait, notamment à travers sa composition, des garanties suffisantes pour exclure tout doute légitime quant à son impartialité (voir, e.a., *Fey c./Autriche*, 24.02.1993, §§ 27, 28 et 30, série A n^o 255-A, et *Wettstein c./Suisse*, n^o 33958/96, § 42, CEDH 2000-XII).

94. Pour ce qui est de la démarche subjective, le principe selon lequel un tribunal doit être présumé exempt de préjugé ou de partialité est depuis longtemps établi dans la jurisprudence de la Cour (voir, par ex., *Kyprianou c./Chypre [GC]*, n^o 73797/01, § 119, CEDH 2005-XIII). La Cour a dit que l'impartialité personnelle d'un magistrat se présume jusqu'à preuve du contraire (*Wettstein*, précité, § 43). Quant au type de preuve exigé, la Cour s'est par exemple efforcée de vérifier si un juge avait témoigné d'hostilité ou de malveillance pour des raisons personnelles (*De Cubber c./ Belgique*, 26.10.1984, § 25, série A n^o 86).

95. Dans la très grande majorité des affaires soulevant des questions relatives à l'impartialité, la Cour a eu recours à la démarche objective. La frontière entre l'impartialité subjective et l'impartialité objective n'est cependant pas hermétique car non seulement la conduite même d'un juge peut, du point de vue d'un observateur extérieur, entraîner des doutes objectivement justifiés quant à son impartialité (démarche objective) mais elle peut également toucher à la question de sa conviction personnelle (démarche subjective) (*Kyprianou*, précité, § 119). Ainsi, dans des cas où il peut être difficile de fournir des preuves permettant de réfuter la présomption d'impartialité subjective du juge, la condition d'impartialité objective fournit une garantie importante de plus (*Pullar c./Royaume-Uni*, 10.06.1996, § 32, Recueil 1996-III).

96. Pour ce qui est de l'appréciation objective, elle consiste à se demander si, indépendamment de la conduite personnelle du juge, certains faits vérifiables autorisent à suspecter l'impartialité de ce dernier. Il en résulte que, pour se prononcer sur l'existence, dans une affaire donnée, d'une raison légitime de redouter d'un juge ou d'une juridiction collégiale un défaut d'impartialité, l'optique de la personne concernée entre en ligne de compte mais ne joue pas un rôle décisif. L'élément déterminant consiste à savoir si l'on peut considérer les appréhensions de l'intéressé comme objectivement justifiées (Wettstein, précité, § 44, et Ferrantelli et Santangelo c. Italie, 07.08.1996, § 58, Recueil 1996-III).

97. L'appréciation objective porte essentiellement sur les liens hiérarchiques ou autres entre le juge et d'autres acteurs de la procédure (voir les affaires de cours martiales, par ex. Miller et autres c./Royaume-Uni, nos 45825/99, 45826/99 et 45827/99, 26.10.2004 ; voir aussi les affaires ayant trait à la double onction du juge, par ex. Mežnaric c./Croatie, n° 71615/01, § 36, 15.07.2005, et Wettstein, précité, § 47, où l'avocat qui avait représenté les adversaires du requérant a ensuite jugé l'intéressé dans le cadre respectivement d'une même procédure et de procédures concomitantes) ; pareille situation justifiait objectivement des doutes quant à l'impartialité du tribunal et ne satisfaisait donc pas à la norme de la Convention en matière d'impartialité objective (Kyprianou, précité, § 121). Il faut en conséquence décider dans chaque cas d'espèce si la nature et le degré du lien en question sont tels qu'ils dénotent un manque d'impartialité de la part du tribunal (Pullar, précité, § 38).

98. En la matière, même les apparences peuvent revêtir de l'importance ou, comme le dit un adage anglais "justice must not only be done, it must also be seen to be done" (il faut non seulement que justice soit faite, mais aussi qu'elle le soit au vu et au su de tous) (De Cubber, précité, § 26). Il y va de la confiance que les tribunaux d'une société démocratique se doivent d'inspirer aux justiciables. Doit donc se déporter tout juge dont on peut légitimement craindre un manque d'impartialité (Castillo Algar c./Espagne, 28.10.1998, § 45, Recueil 1998-VIII).

99. Pour que les tribunaux inspirent au public la confiance indispensable, il faut de surcroît tenir compte de considérations de caractère organique (Piersack c./Belgique, 01.10.1982, § 30, d), série A n° 53). L'existence de procédures nationales destinées à garantir l'impartialité, à savoir des règles en matière de déport des juges, est un facteur pertinent. De telles règles expriment le souci du législateur national de supprimer tout doute raisonnable quant à l'impartialité du juge ou de la juridiction concernée et constituent une tentative d'assurer l'impartialité en éliminant la cause de préoccupations en la matière. En plus de garantir l'absence de véritable parti pris, elles visent à supprimer toute apparence de partialité et renforcent ainsi la confiance que les tribunaux d'une société démocratique se doivent d'inspirer au public (Mežnaric, précité, § 27). La Cour prendra ces règles en compte pour apprécier si le tribunal a été impartial et, notamment, si les craintes du requérant peuvent passer pour objectivement justifiées (voir, mutatis mutandis, Pescador Valero c./Espagne, n° 62435/00, §§ 24-29, CEDH 2003-VII)."

que par ailleurs dans l'arrêt du 24 septembre 2003 PESCADOR VALERO c./Espagne la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que le principe de l'impartialité objective est violé si un juge a des rapports professionnels réguliers et étroits avec une partie, et au surplus perçoit une rémunération non négligeable de ce fait ;

Considérant que le requérant invoque, dans un premier temps, les liens existant entre les médecins-conseils et les organismes assureurs ; qu'en leur qualité de médecins-conseils, les docteurs C. et R. sont engagés dans les liens d'un contrat de travail avec les organismes assureurs qui les emploient ; que la loi garantit une certaine forme d'inamovibilité à ces désignations ; que cependant ces médecins étant liés par un contrat de travail avec un organisme assureur justifie conformément à l'arrêt de la Cour européenne du 24 septembre 2003 précité, qu'il faille les récuser dans le cadre d'un litige auquel leur employeur est partie ; que toutefois, les organismes assureurs qui emploient les docteurs C. et R. ne sont pas parties au litige porté devant la chambre de recours ; qu'en effet, d'une part, ce litige se meut entre le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI et le requérant ; que d'autre part, les organismes assureurs qui les emploient ne sont pas directement intéressés au litige porté devant la chambre de recours ; qu'il ressort, en effet, du libellé de l'article 146, § 2, alinéa 2, in fine, et de l'article 164, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que ces dispositions s'appliquent sans préjudice du régime prévu par son article 142, § 1^{er}, à savoir celui de la poursuite par le SECM et le jugement par les chambres juridictionnelles, qui est celui dans lequel se meut le litige opposant le requérant et la partie adverse devant la chambre de recours ; que l'article 142 de la loi coordonnée ne prévoit pas que le remboursement est effectué au profit des organismes assureurs ; qu'au contraire, l'article 191 de cette loi prévoit que le produit des amendes administratives ou remboursements visés aux articles 142 et 143 de la loi et des remboursements volontaires visés à l'article 146 constituent des ressources de l'assurance, mais non des ressources des organismes assureurs ; que la circonstance que les organismes assureurs voient une partie de leur financement varier en fonction d'un éventuel surplus budgétaire ne constitue raisonnablement qu'un élément trop indirect pour pouvoir justifier que les organismes assureurs auraient un intérêt direct à la cause au terme de laquelle un dispensateur de soins pourrait être amené à être condamné à rembourser des prestations indûment attestées ; que dans l'exercice de leur fonction juridictionnelle, les médecins en cause ne peuvent être considérés comme étant les représentants d'un organisme assureur ; que l'argument, en tant qu'il est pris des liens existant entre les docteurs C. et R. avec les organismes assureurs qui les emploient du fait de leur qualité de médecins-conseils, ne peut donc être retenu ;

Considérant que le requérant invoque, dans un second temps, les liens existant entre les médecins-conseils et le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; qu'en vertu de l'article 153, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée, les médecins-conseils sont tenus, dans le cadre de l'exercice de leur mission, d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; que les articles 154, alinéa 2, et 155 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 confèrent au Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux le pouvoir, d'une part, d'agréer les médecins-conseils proposés par les organismes assureurs et d'autre part, de sanctionner disciplinairement les médecins-conseils qui ne se conforment pas aux règles d'assurance ou aux directives du comité ; qu'il s'ensuit qu'une apparence de subordination existe entre les médecins-conseils et le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ; que toutefois, dans le cadre de l'exercice des pouvoirs que lui confèrent les articles 154, alinéa 2, et 155, le comité est soumis à un contrôle juridictionnel des motifs de sa décision, et il paraît évident qu'eu égard à la fonction juridictionnelle qu'ils exercent en tant que membres de la chambre de recours - précisément appelée à trancher la validité des poursuites diligentées par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux - ceux de ses membres qui seraient également médecins-conseils ne pourraient en aucun cas être sanctionnés en raison des opinions émises dans le cadre de cette fonction juridictionnelle ; qu'une sanction reposant sur un tel motif reposerait sur un motif inadmissible qui justifierait son annulation ; que par ailleurs, ainsi qu'il ressort des articles 139, alinéa 2, 6^o et 7^o, 146bis, § 1^{er}, alinéas 10 et 11, et § 2, alinéas 5 et 6, de la loi coordonnée, le législateur a entendu distinguer, pour ce qui concerne l'exercice des poursuites, le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux du fonctionnaire dirigeant dudit service ; que le système mis en place par le législateur garantit donc que les médecins-conseils ne pourraient pas être sanctionnés pour les opinions émises dans le cadre de leur participation au délibéré de la chambre de recours et, au surplus, que les poursuites sont diligentées par un organe ne disposant d'aucun pouvoir d'aucune sorte à l'égard des médecins-conseils, et garantit donc l'indépendance de ces derniers ; qu'il s'ensuit que cet argument ne peut non plus être retenu et que la requête est rejetée,

...

III. Raad van State, arrest nr. 211.893 van 10 maart 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 56^{ter}
Referentiebedragen – Beslissing RIZIV – Administratief beroep
verzekeringscomité – Onontvankelijk beroep

Het beroep tot nietigverklaring bij de Raad van State van de beslissing van het RIZIV in het kader van de toepassing van het systeem van de referentiebedragen is niet ontvankelijk. Wanneer tegen een administratieve beslissing een georganiseerd administratief beroep openstaat, is alleen de in laatste aanleg genomen beslissing vatbaar voor een beroep tot nietigverklaring van de Raad van State.

Ziekenhuis G. t./RIZIV

...

5. Artikel 56^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt dat het ziekenhuis, op straffe van onontvankelijkheid, vanaf de datum waarop de resultaten in verband met de berekening van de terug te storten bedragen zijn meegedeeld, over dertig kalenderdagen beschikt om de elementen van die berekening bij het Verzekeringscomité te betwisten.

Uit het verzoekschrift blijkt dat dit georganiseerd administratief beroep door de verzoekende partij op 19 oktober 2009 werd ingesteld.

Wanneer tegen een administratieve beslissing een georganiseerd administratief beroep openstaat, is alleen de in laatste aanleg genomen beslissing vatbaar voor een beroep tot nietigverklaring bij de Raad van State.

De exceptie is gegrond en het beroep is niet ontvankelijk.

...

IV. Grondwettelijk Hof, Arrest nr. 51/2011 van 6 april 2011

B.W. art. 2277^{bis}
Wet van 14 juli 1994, artikel 174
Verzorgingsinstellingen – Vordering ten aanzien van de patiënt – Verjaring –
Stuiting – Geen verschil in behandeling – Vordering verzorgingsinstellingen

De rechtsvordering van verzorgingsinstellingen met betrekking tot de door hen geleverde verstrekkingen verjaart ten overstaan van de patiënt door verloop van een termijn van 2 jaar, zonder dat de zorginstelling die verjaring kan stuiten door het versturen van een aangetekend schrijven tot ingebrekestelling.

Doordat de wetgever hier niet dezelfde stuitingsgronden heeft voorzien als in artikel 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (een per post aangetekend schrijven), maar enkel de stuiting door dagvaarding voor het gerecht bevel tot betaling of beslag, heeft hij de patiënt willen beschermen tegen de slechte werking van een ziekenhuisadministratie.

Het verschil in behandeling is aldus relevant ten aanzien van het nagestreefde doel, de belangen van de patiënt, en schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.

(Rolnr. 4920)

...

B.1. Artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek bepaalt:

“ De rechtsvordering van verzorgingsverstrekkers met betrekking tot de door hen geleverde geneeskundige verstrekkingen, diensten en goederen, daar inbegrepen de vordering wegens bijkomende kosten, verjaart ten overstaan van de patiënt door verloop van een termijn van 2 jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin deze zijn verstrekt.

Dezelfde bepaling is van toepassing voor geneeskundige verstrekkingen, diensten, goederen en bijkomende kosten welke door de verplegings- en verzorgingsinstelling of door derden werden geleverd of gefactureerd”.

B.2.1. De verwijzende rechter vraagt aan het Hof of die bepaling bestaanbaar is met de artikelen van titel II van de Grondwet, in het bijzonder de artikelen 10 en 11, in zoverre zij het het ziekenhuis niet mogelijk maakt de verjaring van twee jaar te stuiten door het versturen van een aangetekend schrijven tot ingebrekestelling, terwijl dat recht is toegekend aan de patiënt in diens betrekkingen met het ziekenfonds.

B.2.2. De bewoordingen van de vraag en de motieven van de verwijzingsbeslissing preciseren niet op welke wijze andere artikelen van titel II van de Grondwet dan de artikelen 10 en 11 zouden kunnen worden geschonden door artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek; de prejudiciële vraag is bijgevolg slechts ontvankelijk in zoverre daarin een schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet wordt beoogd.

B.3.1. Uit de bewoordingen van de prejudiciële vraag en de motieven van de verwijzingsbeslissing blijkt dat de verwijzende rechter aan het Hof vraagt of artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het een verschil in behandeling invoert tussen, enerzijds, de ziekenhuizen waarvan de vordering voor door hen geleverde of aangerekende geneeskundige verstrekkingen, diensten en goederen en bijkomende kosten, als zorginstellingen, ten aanzien van de patiënt verjaart na verloop van twee jaar te rekenen vanaf het einde van de maand waarin zij zijn verstrekt, zonder dat de zorginstelling die verjaring kan stuiten door het versturen van een aangetekend schrijven tot ingebrekestelling en, anderzijds, de patiënten, die dat recht om de verjaring te stuiten, genieten in hun betrekkingen met hun ziekenfonds.

De verwijzende rechter vergelijkt in werkelijkheid het juridische stelsel van de vordering van de zorgverstrekkers en zorginstellingen bedoeld in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek en het juridische stelsel van de vordering met betrekking tot de betaling van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

B.3.2. Artikel 174 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt:

“1° De vordering tot betaling van prestaties der uitkeringsverzekering verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop die uitkeringen betrekking hebben;

2° De vordering van degene die prestaties van de uitkeringsverzekering genoten heeft, tot betaling van de sommen welke die prestaties tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald;

3° De vordering tot betaling van geneeskundige verstrekkingen verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt of deze prestaties al dan niet betaald werden via de derdebetalersregeling;

4° De vordering tot betaling van sommen welke de betaling voor de geneeskundige verstrekkingen, die verleend is, tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die betaling is gedaan;

5° De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald;

6° De vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed;

7° Na een termijn van twee jaar, met ingang van het einde van de maand waarin een prestatie op onrechtmatige wijze door een verzekeringsinstelling betaald is, moet deze niet worden geboekt op de in artikel 164 bedoelde bijzondere rekening;

8° De in artikel 166 bedoelde overtredingen zijn verjaard na verloop van twee jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin zij zijn begaan;

9° De vordering tot terugbetaling van de ten onrechte betaalde persoonlijke bijdragen gesteund op de uitvoeringsmaatregelen van de artikelen 123 en 125, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben;

10° Voor de toepassing van artikel 142, § 1, moeten de vaststellingen, op straffe van nietigheid, binnen de twee jaar plaatsvinden:

- a) te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de strafbare feiten hebben ontvangen;
- b) te rekenen vanaf de datum waarop de door de profielencommissies of door het Nationaal College van adviserend geneesheren overgezonden vaststellingen worden ontvangen door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Van de in 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verjaringen mag niet worden afgezien.

De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen worden vastgesteld op een jaar ingeval van een onverschuldigde betaling die voortvloeit uit een juridische of materiële vergissing van de verzekeringsinstelling en wanneer de per vergissing gecrediteerde verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen recht had of niet langer recht had op de betaalde prestatie, geheel of gedeeltelijk.

De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen gelden niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Voor de feiten die aan de in artikel 143 bedoelde Leidend ambtenaar en de in artikel 144 bedoelde Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep zijn voorgelegd, gaat de in 6° bepaalde verjaringstermijn pas in op de datum waarop een definitieve beslissing van de Leidend ambtenaar, Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep is genomen.

Een ter post aangetekend schrijven volstaat om een in dit artikel bedoelde verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd.

De in 1^o, 2^o, 3^o en 4^o bedoelde verjaringen worden geschorst door overmacht.

De Koning bepaalt de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de overmacht kan worden ingeroepen”.

B.4. Volgens de Ministerraad zou de gestelde vraag niet ontvankelijk zijn daar zij betrekking zou hebben op de ontstentenis van een bijzondere grond voor het stuiten van de verjaring in het stelsel van artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek, grond waarin het voormelde artikel 174 voorziet.

B.5.1. Artikel 2277*bis* is in het Burgerlijk Wetboek ingevoegd door artikel 64 van de wet van 6 augustus 1993 houdende sociale en diverse bepalingen. Die invoeging had tot doel, enerzijds, de precare situatie van de patiënt te verhelpen op het vlak van de verjaringstermijnen van vorderingen betreffende geneeskundige verzorging en, anderzijds, de rechtszekerheid te herstellen die was bedreigd door het feit dat in de diverse deelaspecten van de gezondheidszorg verschillende verjaringstermijnen golden, waarvan het toepassingsgebied door de bevoegde rechters niet eenvormig werd geïnterpreteerd (Parl. St., Kamer, 1992-1993, nr. 1040/3, p. 3).

B.5.2. In een arrest van 21 januari 1993 (Arr. Cass., 1993, I, p. 88) oordeelde het Hof van Cassatie dat het toenmalige artikel 2272, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek, dat in een verjaringstermijn van één jaar voorzag voor rechtsvorderingen van geneesheren - een termijn die was gestoeld op het vermoeden van betaling - niet van toepassing was op doktersrekeningen geïnd door ziekenhuizen, zodat voor die laatste vorderingen de gemeenrechtelijke verjaringstermijn, die toen 30 jaar bedroeg, gold.

Artikel 106 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte geneeskundige verzorging en uitkeringen (het huidige art. 174 van de gecoördineerde ZIV-wet (wet op de ziekte- en invaliditeitsverzekering) van 14.07.1994) onderwerpt de vordering van de patiënt op het ziekenfonds tot terugbetaling van geneeskundige prestaties evenwel aan een verjaringstermijn van twee jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin de verzorging werd verstrekt. Aangezien veel ziekenhuizen blijkbaar een slecht werkende administratie hadden, en zij na het verstrijken van die verjaringstermijn de facturen rechtstreeks aan de patiënt voorlegden, dreigde deze laatste het slachtoffer te worden van de nalatigheden in de ziekenhuisadministratie (Parl. St., Kamer, 1992-1993, nr. 1040/7, pp. 5-6)).

B.5.3. Om die situatie te verhelpen, schakelt de in het geding zijnde bepaling de verjaringstermijn van de vordering van “ verzorgingsverstrekkers ” op de patiënt gelijk met de verjaringstermijn van de vordering van de patiënt op het ziekenfonds.

B.6. Door de vordering van de zorgverstrekkers en van de zorginstellingen te onderwerpen aan een verjaringstermijn van twee jaar heeft de wetgever ook de grondslag van die termijn willen wijzigen, die niet langer berust op een vermoeden van betaling, zoals dat het geval was voor de verjaringstermijn van één jaar bepaald in artikel 2272, eerste lid, van het Burgerlijk Wetboek vóór de wetswijziging. Om die reden is de nieuwe bepaling ingevoegd in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek, na artikel 2277, dat betrekking heeft op de vijfjarige verjaringen (Parl. St., Kamer, 1992-1993, nr. 1040/7, p. 6).

B.7. Hoewel hij de duur van de verjaringstermijnen van de vorderingen inzake zorgverstrekkings in het belang van de patiënt uniform heeft willen maken, heeft de wetgever evenwel niet de juridische stelsels van de vorderingen bedoeld in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek en in artikel 174 van de ZIV-wet met elkaar gelijkgesteld. Hij heeft de regels met betrekking tot de stuiting van de verjaring niet op elkaar afgestemd.

B.8.1. De in het geding zijnde bepaling, gesitueerd in afdeling IV “ Enige bijzondere verjaringen ” van hoofdstuk V “ Tijd die voor de verjaring vereist is ” van het Burgerlijk Wetboek beperkt zich ertoe een bijzondere duur in te voeren van de verjaringstermijn voor de vordering van de “ verzorgingsverstrekkers ”; de draagwijdte van die bepaling bestaat niet erin de gronden vast te stellen voor het stuiten van die verjaring, die vervat zijn in de algemene bepalingen van de artikelen 2242 tot 2250 van het Burgerlijk Wetboek.

In dat opzicht kan de verjaring bedoeld in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek, overeenkomstig artikel 2244 van het Burgerlijk Wetboek, worden gestuit door een dagvaarding voor het gerecht, een bevel tot betaling of een beslag.

B.8.2. Het beklitte verschil in behandeling, in de veronderstelling dat het is aangetoond, ten aanzien van de mogelijkheid om een verjaring te stuiten door het versturen van een aangetekend schrijven, zou zijn oorsprong dus niet vinden in de in het geding zijnde bepaling, maar in de ontstentenis van een specifieke bepaling die, in de artikelen van het Burgerlijk Wetboek die zijn gewijd aan de “ oorzaken die de verjaring stuiten ”, erin voorziet dat de in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek bepaalde verjaring kan worden gestuit door het versturen van een ter post aangetekend schrijven, zoals bepaald in artikel 174 van de ZIV-wet.

B.8.3. Het Hof moet evenwel nagaan of die ontstentenis van een specifieke stuitingsgrond bestaanbaar is met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Om de prejudiciële vraag te beantwoorden moet het Hof dus nagaan of de artikelen 10 en 11 van de Grondwet de wetgever ertoe verplichten te bepalen dat de rechtsvordering bedoeld in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek eveneens kan worden gestuit door een ter post aangetekende brief, zoals bepaald in artikel 174 van de ZIV-wet.

B.9. De vordering van de zorgverstrekkers op de patiënt, bedoeld in het Burgerlijk Wetboek, en de vordering van de patiënt op de verzekeringsinstelling, bepaald in de ZIV-wet, zijn verschillend van aard. Het aan het Hof voorgelegde verschil in behandeling steunt op een criterium dat relevant is ten aanzien van het nagestreefde doel, aangezien de wetgever de patiënt heeft willen beschermen tegen de slechte werking van een ziekenhuisadministratie. Dat belang verantwoordt ook het bestaan van een specifieke stuitingsgrond in artikel 174 van de ZIV-wet. Eenzelfde stuitingsgrond aanvaarden voor de verjaring bedoeld in artikel 2277*bis* van het Burgerlijk Wetboek ten gunste van de zorgverstrekker of de zorginstelling, zou ingaan tegen de belangen van de patiënt die waarborgen zou worden ontzegd die zijn toegekend aan alle schuldenaars van een schuldvordering op grond van het Burgerlijk Wetboek.

Voor het overige merkt het Hof op dat de door de vzw “ G. H. de Charleroi ” overwogen hypothese van een patiënt die de in artikel 2277*bis* beoogde verjaring zou aanvoeren na de verjaring te hebben gestuit die in artikel 174 van de ZIV-wet wordt beoogd teneinde een betaling te verkrijgen voor de uitgaven waarvan hij is vrijgesteld, zich niet kan voordoen wegens het systeem van de derdebetaler, in het kader waarvan de verjaring door een aangetekend schrijven kan worden gestuit, wat het door de ZIV gedekte deel betreft, waarbij de patiënt geen betaling of terugbetaling kan verkrijgen voor het deel dat hij persoonlijk moet dragen. Het Hof dient dus geen rekening te houden met die hypothese bij zijn toetsing van de grondwettigheid van de wet.

B.10. Uit hetgeen voorafgaat, vloeit voort dat het verschil in behandeling redelijk is verantwoord.

B.11. De prejudiciële vraag dient ontkennend te worden beantwoord.

...

V. Hof van Cassatie van 14 februari 2011

Gerechtigd Wetboek, artikel 1138, 2^o

Principe van de autonomie van de partijen – Verbod om ultra petita te beslissen – Van openbare orde

Krachtens artikel 1138, 2^o, van het Gerechtigd Wetboek kan de rechter zich niet uitspreken over niet gevorderde zaken noch meer toekennen dan wat er was gevraagd.

Behalve in het geval waarin de wet hem voorschrijft zich ambtshalve uit te spreken, legt die bepaling de rechter het verbod op om aan een partij een niet gevorderde zaak toe te kennen, zelfs indien de bepaling die in het voordeel voorziet van openbare orde is.

Het arrest dat, op basis van de vaststelling dat de vraag van de verweerder naar het betwiste voordeel beperkt was tot een periode van vier maanden vanaf 12 november 2006, hem dat voordeel vanaf die datum voor onbeperkte tijd toekent omdat "de materie van openbare orde is", schendt het voormelde artikel 1138, 2^o.

RIZIV t./H.J.-C.

A.R. S.10.0115.F

...

I. Le moyen de cassation

Le demandeur présente un moyen libellé dans les termes suivants :

Dispositions légales violées

- article 1138, 2^o, du Code judiciaire
- principe général du droit de l'autonomie des parties.

Décisions et motifs critiqués

L'arrêt dit pour droit que le défendeur remplit les conditions d'octroi de la majoration depuis le 12 novembre 2006, puis de l'allocation forfaitaire depuis le 1er janvier 2007, et ce, sans limitation dans le temps.

Cette décision est fondée sur les motifs suivants :

"[Le défendeur] entend limiter la période de reconnaissance à une période durant laquelle il estime avoir été particulièrement dépendant ;

Cependant, la matière est d'ordre public. Si [le défendeur] rentre dans les conditions d'octroi de la majoration, le droit doit lui être reconnu sans limitation dans le temps jusqu'à ce que son cas soit revu. Par contre, si durant une période continue d'au moins trois mois, il rentre dans les conditions d'octroi, il est également en droit d'en bénéficier pour cette seule période même si, postérieurement, les conditions ne sont plus remplies ;

Le droit à l'allocation forfaitaire due à la reconnaissance de l'aide d'une tierce personne doit être examiné avec effet à la demande introduite le 12 novembre (et non le 2 novembre : cf dossier [du demandeur]) 2006 et depuis lors."

Griefs

1. En vertu du principe général du droit de l'autonomie des parties et de l'article 1138, 2°, du Code judiciaire, il est interdit au juge du fond de se prononcer sur des choses non demandées ou d'adjuger plus qu'il n'a été demandé, et ce, même dans l'hypothèse où la loi qui accorde le droit est d'ordre public.

Il s'ensuit que la circonstance qu'une demande est fondée sur des dispositions d'ordre public ou sur des lois impératives ne permet pas au juge du fond d'allouer à une partie un avantage qui va au-delà de ce que celle-ci avait sollicité.

2. L'arrêt constate

- *que le défendeur a écrit au tribunal "pour faire observer que la période visée porte sur celle débutant le 2 novembre 2006 pour prendre fin en mars 2007"*
- *que le défendeur "relève appel au motif que la demande ne porte que sur quatre mois durant lesquels il était plus dépendant", et*
- *que le défendeur "entend limiter la période de reconnaissance à une période durant laquelle il estime avoir été particulièrement dépendant".*

Nonobstant ces constatations, qui démontrent que la demande formulée par le défendeur est limitée dans le temps et ne vise qu'une période de quatre mois, l'arrêt dit pour droit que le défendeur "remplit les conditions d'octroi de la majoration depuis le 12 novembre 2006 puis de l'allocation forfaitaire depuis le 1^{er} janvier 2007", sans prévoir la moindre limitation dans le temps. À l'appui de sa décision, l'arrêt considère, d'une part, que la matière est d'ordre public et, d'autre part, que, si le défendeur rentre dans les conditions d'octroi de la majoration, "le droit doit lui être reconnu sans limitation dans le temps".

L'arrêt qui, bien qu'il constate que le défendeur a limité sa demande à une période de quatre mois, octroie à celui-ci la majoration sans limitation dans le temps, accorde au défendeur un avantage qui va au-delà de ce que celui-ci avait sollicité et viole par conséquent tant le principe de l'autonomie des parties que l'article 1138, 2°, du Code judiciaire.

II. La décision de la Cour

En vertu de l'article 1138, 2°, du Code judiciaire, le juge ne peut prononcer sur choses non demandées ou adjuger plus qu'il n'a été demandé.

Hors le cas où la loi lui prescrit de statuer d'office, cette disposition interdit au juge d'accorder à une partie une chose qu'elle ne demande pas, la disposition qui en prévoit l'avantage fût-elle d'ordre public.

L'arrêt, qui, après avoir constaté que la demande du défendeur tendant à l'avantage litigieux était limitée à une période de quatre mois ayant pris cours le 12 novembre 2006, lui accorde cet avantage sans limitation dans le temps à partir de cette date, au motif que "la matière est d'ordre public", viole l'article 1138, 2°, précité.

Dans cette mesure, le moyen est fondé.

...

N.B. : Cfr. CASS. 9 februari 2009, I.B. 2009/2, blz. 219.

VI. Arbeidshof van Luik, 10 maart 2011

Wet van 14 juli 1994, artikel 100 Arbeidsongeschiktheid – Voorafgaande toestand – Verergering van de letsels – Beroepsgroep

Voor de erkenning van de arbeidsongeschiktheid moet de stopzetting van elke activiteit het rechtstreekse gevolg zijn van het begin of de verergering van de letsels of, met andere woorden, moet het begin of de verergering van de letsels tot die stopzetting hebben geleid. Daaruit vloeit voort dat zonder een verergering van de gezondheidstoestand de eruit volgende stopzetting van het werk niet langer het rechtstreekse gevolg ervan is en dat niet langer wordt voldaan aan de voorwaarden tot toepassing van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

In dit geval hadden de voorafgaande stoomissen waaraan de verzekerde leed, hem voorheen niet verhinderd zijn activiteit uit te oefenen en had slechts de verergering van die stoomissen zijn tenlasteneming verantwoord.

De toestand van de verzekerde, beoordeeld in al zijn aspecten, verhindert hem niet beroepen met lichte of halfzware arbeid uit te oefenen.

R.M. t./V.I. en RIZIV
A.R. 2004/AL/32750

...

Dans notre arrêt du 8 mars 2007, nous avons retenu que :

L'article 100 de loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 dispose que :

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

Il résulte de ce texte que la cessation de toute activité doit être la conséquence directe du début ou l'aggravation des lésions ou, en d'autres mots, que le début ou l'aggravation des lésions ait entraîné cette cessation.

Le rapport au Roi de l'arrêté royal n° 22 du 23 mars 1982 révèle que, en introduisant ce lien de causalité, le législateur a voulu exclure de l'assurance indemnités des titulaires dont la capacité de gain était déjà diminuée d'une manière importante au début de leur mise au travail et dont l'interruption n'est pas la conséquence de l'aggravation de leur état de santé (M.B. 05.03.1982, p. 331).

Il en résulte que lorsque l'aggravation de l'état de santé disparaît, la cessation du travail qui en résultait n'est plus sa conséquence directe et les conditions d'application de l'article 100 précité ne sont plus réunies (C.T. Liège, 11^e ch., 08.10.2003, R.G. 3625/03; C.T. Liège 24.01.2005, R.G. 31.241/2002).

Lorsque l'interruption de l'activité est bien la conséquence directe d'une aggravation de l'état de santé du travailleur intéressé, c'est l'ensemble des lésions, y compris l'aggravation, qui doit être apprécié pour conclure à la réduction de la capacité de gain exigée par la loi. (C.T. Mons, 19.06.1987, Bull. INAMI, 1998, 51).

D'autre part, si une incapacité de travail a été constatée sur base d'un début ou d'une aggravation d'une lésion, il faut, pour reconnaître à nouveau au travailleur sa capacité de travail, qu'une amélioration de son état de santé soit intervenue (C.T. Liège, 15^e ch., 09.06.2005, R.G. 32.061/04).

En l'espèce, il y a donc lieu de vérifier si les lésions ou l'aggravation des lésions ayant justifié, en date du 10 février 2000, la prise en charge de l'intimé par l'assurance maladie-invalidité ont, ou a disparu à la date de la fin de l'incapacité de travail décidée par l'appelant, soit le 13 novembre 2001.

Il convient de s'interroger sur les motifs de cette prise en charge afin de pouvoir apprécier, lorsqu'il est à nouveau déclaré apte au travail, si ces motifs ont disparu, ou non : dès lors que l'inaptitude au travail serait due à la tachycardie, il conviendrait de constater une amélioration suffisante de l'état de l'intimé, pour qu'il puisse être déclaré apte au travail ; par contre, si la prise en charge par l'assurance maladie-invalidité de l'appelant, qui était (déclaré) apte au travail, résulte d'une aggravation de son état de santé, il convient de déterminer si cette aggravation a disparu ou non lors de la déclaration d'aptitude au travail ultérieure.

Comme le signale judicieusement Madame l'Avocat général LIGOT dans son avis, il résulte du dossier complété que :

- En dépit d'un problème de tachycardie identifié en 1997, l'appelant a travaillé jusqu'au 10 février 2000
- Il a alors présenté une rechute et a, au cours de l'année 2000 été hospitalisé en urgence à deux reprises, toujours pour des problèmes de tachycardie
- Le 25 février 2000, deux tentatives d'ablation du foyer ectopique ont été tentées, vainement
- Lors de l'hospitalisation en mars, un traitement a été administré, de manière efficace semble-t-il sans exclure toutefois la perspective d'une nouvelle procédure d'ablation
- En mai 2000, on conclut à l'échec total des procédures d'ablation et le traitement est poursuivi
- En juin 2000, la technique de l'ablation paraît être écartée, le traitement est poursuivi
- Nonobstant le traitement, l'appelant sera à nouveau hospitalisé en urgence
- A dater de fin décembre 2000, il semble que le traitement administré soit efficace, il n'est plus fait état d'une hospitalisation.

Il résulte de ces éléments que les troubles antérieurs dont souffrait l'appelant ne l'avaient pas empêché d'exercer son activité antérieurement et que c'était seulement l'aggravation desdits troubles qui avaient justifié sa prise en charge.

L'expert avait considéré qu'au moment de l'expertise l'état de l'appelant s'était stabilisé et que sa situation ne justifiait pas une réduction d'au moins 66 % de la capacité de gain.

C'était l'aggravation des lésions qui avait porté l'incapacité de l'appelant au-delà de 66 %.

La stabilisation de la pathologie de l'appelant en vertu d'un traitement déterminé s'est traduite par une amélioration de son état lequel, d'après les pièces versées au dossier n'a plus connu de rechute (plus d'hospitalisation signalée, ni d'épisode de crise de tachycardie).

Les problèmes psychiques dont l'appelant fait état et qui sont également mentionnés par l'expert étaient liés aux crises de tachycardie qui ont disparu.

La mission d'un expert judiciaire consiste précisément à départager deux thèses en présence.

Une simple appréciation divergente du conseil médical de l'appelant, sans apporter des éléments nouveaux, ne peut amener la cour à s'écarter des conclusions de l'expert ou à recourir à une nouvelle mesure d'expertise.

La situation de l'appelant considérée dans tous ses aspects dont son peu de formation, ne l'empêchent pas d'exercer des professions avec charges légères ou moyennes (par ex., gardien de parking, veilleur de nuit, concierge, portier, convoyeur (tâche déjà assumée par l'appelant), conditionnement de marchandises légères,...).

La cour retient ainsi que l'expert a pu conclure que l'incapacité n'atteignait plus le seuil de 66 %.

Une nouvelle expertise ne se justifie pas.

L'appel n'est pas fondé.

...

VII. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Antwerpen, 8 maart 2011

Gerechtigd Wetboek, artikel 1022 – K.B. van 3 juli 1996, artikelen 122, § 3 en 147, § 3

Woon- en zorgcentrum – Forfaitaire tegemoetkoming – Betwisting afhankelijkheids categorie – Niet in geld evalueerbaar geschil – Rechtsplegingsvergoeding

De tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, worden door de verzekeringsinstellingen aan de woon- en zorgcentra betaald. Het RIZIV is geen verzekeringsinstelling en kan derhalve niet veroordeeld worden tot betaling van deze forfaitaire tegemoetkoming. Het college van adviserend geneesheren begroot deze forfaitaire tegemoetkoming aan de hand van de afhankelijkheids categorie van de bewoners van het woon- en zorgcentrum. Deze beslissing en de betwisting die eruit volgt, is niet in geld evalueerbaar. Bijgevolg kan deze vordering slechts recht geven op het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding.

RIZIV t./VZW A.C.

A.R. 2010/AA/61

...

5.1. Situering van het geschil

Het hoger beroep van appellant is een beperkt hoger beroep en heeft uitsluitend betrekking:

- enerzijds op de vermelding in het beschikkend gedeelte van het bestreden vonnis dat de administratieve beslissing van 6 maart 2008 van het college van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vernietigd
- anderzijds op de veroordeling tot betaling van 80 834,67 provisioneel wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003.

5.2. Beoordeling

Overeenkomstig artikel 122, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 kan het Nationaal College van adviserend geneesheren voor de uitvoering van de in artikel 120, 2^o, 3^o en 4^o bedoelde opdrachten, een beroep doen op onder zijn toezicht geplaatste lokale colleges die zijn samengesteld uit:

1^o een adviserend geneesheer, provinciaal verantwoordelijk, die, op voordracht van de verzekeringsinstellingen, door het Nationaal college wordt aangewezen. Het Nationaal College kan per provincie meerdere verantwoordelijken aanwijzen die, ofwel om beurt, ofwel op grond van een geografische spreiding, die taken op zich nemen;

2^o ten minste drie adviserend geneesheren en/of verpleegkundigen, door die adviserend geneesheren gemandateerd overeenkomstig artikel 153, vierde lid, van de gecoördineerde wet, die voorkomen op een lijst die, op voorstel van de verzekeringsinstellingen, door het Nationaal college is opgemaakt.

In elk lokaal college zijn ten minste drie verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd.

Uit nazicht van de stukken van het administratief dossier blijkt dat de bestreden beslissing van 6 maart 2008 niet werd genomen door het College van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering maar wel door het lokaal college van adviserend geneesheren van Antwerpen (zie stuk 3 administratief dossier: kennisgeving d.d. 27.02.2008 aanpassing categorieën door lokaal college).

Het hoger beroep van appelllant is, wat dit onderdeel betreft, gegrond.

In het bestreden vonnis werd appelllant veroordeeld tot betaling van een provisioneel bedrag van 80 834,67 EUR, zijnde een vergoeding voor minderontvangsten gedurende de periode 1 juli 2008 tot 31 december 2008.

Uit lezing van de conclusie die geïntimeerde heeft neergelegd ter griffie van de arbeidsrechtbank te Antwerpen op 15 oktober 2009 blijkt dat geïntimeerde, naast de vernietiging van bestreden beslissing van 6 maart 2008, eveneens bij uitbreiding van de initiële eis, vorderde om appelllant te veroordelen tot betaling van de som van 80 834,67 EUR provisioneel ten titel van vergoeding wegens minderontvangsten ontstaan wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003.

De verplichting tot betaling van de forfaitaire tegemoetkomingen als bedoeld in artikel 147, § 3 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, rust uitsluitend op de verzekeringsinstellingen (art. 7 en 8 van het koninklijk besluit van 04.04.2004 tot uitvoering van artikel 37^{quater} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, voor de zorgverleners bedoeld in art. 34, eerste lid, 11^o en 12^o van dezelfde wet).

Dit blijkt tevens uit artikel 3 van de gecoördineerde wet betreffende verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarin bepaald wordt dat de landsbonden in hun statuten de bij deze wet voorziene prestaties waarborgen.

Aangezien niet appelllant maar wel de verzekeringsinstellingen gehouden zijn tot betaling aan geïntimeerde van de forfaitaire tegemoetkomingen is het hoger beroep, wat dit onderdeel betreft, gegrond.

Op het verzoek van appelland om voor recht te zeggen dat het bedrag van: 80 834,67 EUR, een definitief en geen provisioneel bedrag is kan niet worden ingegaan daar huidig geschil de beslissing van 6 maart 2008 inzake aanpassing van de afhankelijkheidscategorieën tot voorwerp heeft en dus niet betrekking heeft op een beslissing van appelland inzake toekenning en/of berekening van de forfaitaire tegemoetkomingen als bedoeld in artikel 147, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

5.3. Gedingkosten hoger beroep

De initiële vordering van geïntimeerde tot vernietiging van de beslissing van 6 maart 2008 van het lokaal college van adviserend geneesheren van Antwerpen heeft als werkelijk en rechtstreeks voorwerp de vraag of het Woon- en Zorgcentrum Aalmoezenier Cuypers de afhankelijkheidsgraad van een aantal van haar residenten foutief heeft geëvalueerd. Dit is een niet in geld waardeerbare vordering.

Voor de geschillen die betrekking hebben op een niet in geld waardeerbare vordering bedraagt het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding 1 320 EUR. (art. 3 van het K.B. tot vaststelling van het tarief van de rechtsplegingvergoeding bedoeld in art. 1033 van het Gerechtelijk Wetboek).

OP DIE GRONDEN,

HET HOF,

...

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gedeeltelijk gegrond.

Vernietigt dienvolgens het bestreden vonnis uitgesproken door de voorzitter van de zevende kamer in openbare terechtzitting van de arbeidsrechtbank te Antwerpen op 5 januari 2010 (A.R. nr. 08/2103/A) in zoverre:

- de bestreden administratieve beslissing van 6 maart 2008 van het College van geneesheren-directeurs van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vernietigd;
- het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt veroordeeld tot betaling van een som van tachtigduizend 80 834,67 EUR provisioneel wegens het onrechtmatig toepassen van artikel 7 van het koninklijk besluit van 4 april 2003 tot uitvoering van artikel 37^{quater} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de zorgverleners bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12° van dezelfde wet meer de gerechtelijke intresten vanaf 15 oktober 2009 tot datum van de algehele betaling.

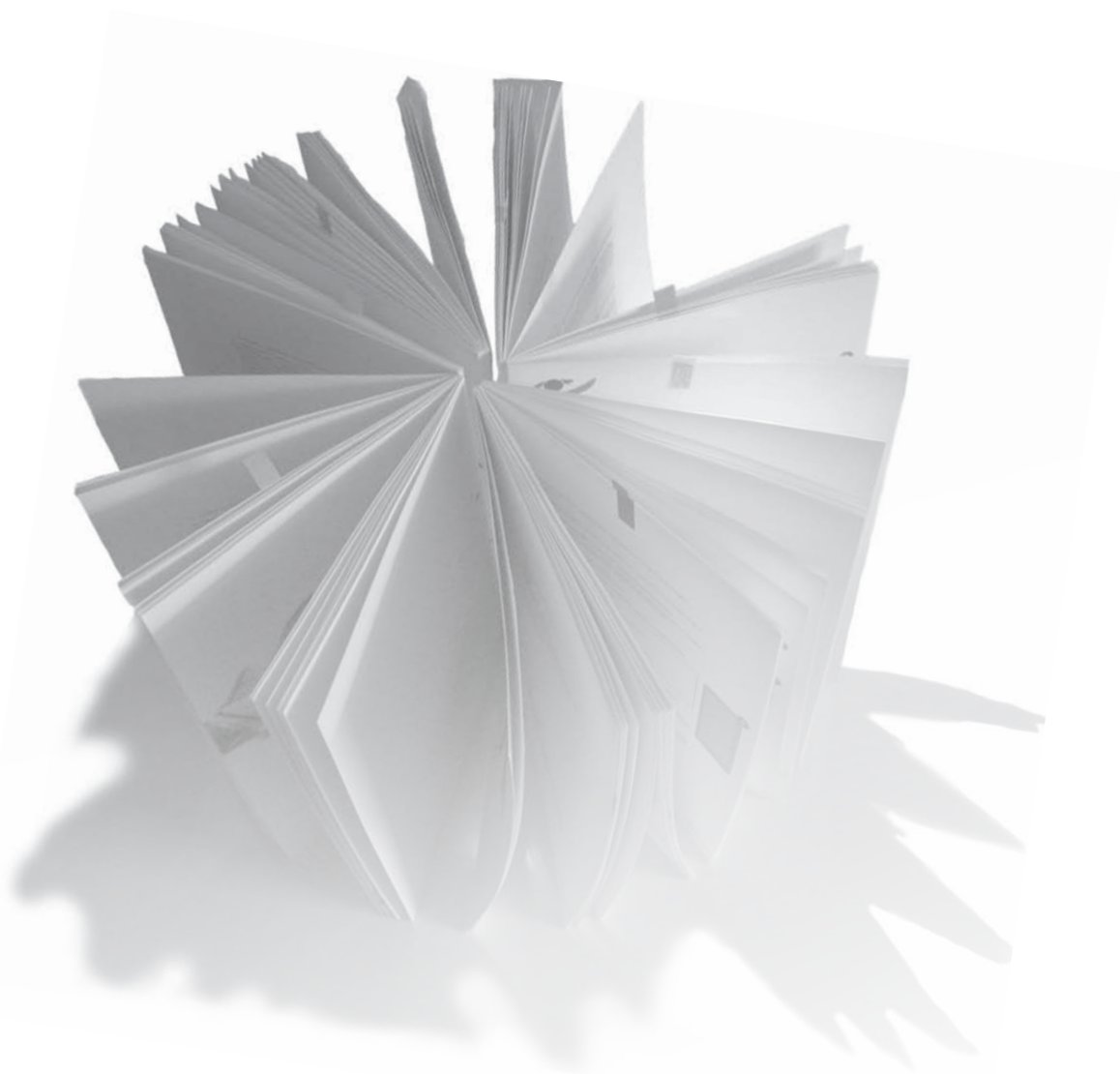
Opnieuw recht doende.

Vernietigt de beslissing van 6 maart 2008 van het Lokaal college van adviserend geneesheren te Antwerpen.

Bevestigt het bestreden vonnis voor het overige.

...

4^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Ziekte van Huntington

Chronisch zieken – Zorgforfait – Verhoogde tegemoetkoming – Maximumfactuur

Vraag nr. 8, gesteld op 4 augustus 2010 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door de heer DUCARME, Volksvertegenwoordiger¹

In een voorpublicatie die op 25 juli 2010 op de website van *The Lancet* verscheen, wijst een onderzoeker op het probleem dat de ziekte van Huntington vormt in het dagelijkse leven van personen die sowieso al moeten leven met dat verschrikkelijke zwaard van Damocles boven het hoofd, en die desondanks een verzekering zouden willen afsluiten, zouden willen studeren of een lening zouden willen aangaan.

De ziekte van Huntington is een erfelijke neurologische aandoening die momenteel ongeneeslijk is. Ze ontwikkelt zich meestal tussen de 40 en de 50 jaar bij de dragers van het afwijkende gen, en veroorzaakt psychiatrische reacties die gepaard gaan met neurologische stoornissen (onder andere onsamenhangende en abnormale bewegingen, onafhankelijk van de wil van de patiënt). Dit verklaart de stigmatisering van sommige patiënten, maar ook - wanneer ze er ongelukkigerwijs over gepraat hebben - van hun familieleden, die potentiële dragers zijn van het gen dat de ziekte veroorzaakt.

1. Hoeveel personen lijden er aan de ziekte van Huntington in België? Neemt hun aantal toe?
2. In het artikel wordt erop gewezen dat het feit dat een verwant lijdt aan de ziekte van Huntington de enige genetische omstandigheid is op grond waarvan verzekeringsmaatschappijen de risicopremies kunnen verhogen. Wat is de situatie met betrekking tot de verzekeringen in België? Leggen verzekeringsmaatschappijen in ons land ook een extra premie op voor personen die deze genetische afwijking hebben? Zo ja, heeft de regering maatregelen genomen om een einde te maken aan die praktijk?

Antwoord

1. Het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft geen exacte gegevens over het aantal personen met de ziekte van Huntington in België. Die ziekte is relatief weinig verspreid (prevalentie van 1 tot 3/10 000). Meer dan 1 000 personen/gezinnen in België worden met die ziekte geconfronteerd.

Het opstellen van een register voor zeldzame ziekten zou ervoor moeten zorgen dat men beschikt over nauwkeurigere gegevens en dat men de epidemiologische evolutie van die zeldzame aandoeningen kan opvolgen. In het kader van de half oktober goedgekeurde begroting 2011 van de ziekteverzekering besteedt men bijzondere aandacht aan de zeldzame ziekten.

De zeldzaamheid van deze ziektebeelden impliceert dikwijls een gebrek aan kennis en aan toegang tot een tenlasteneming of specifieke behandelingen. Op basis van de eerste aanbevelingen van het Fonds voor Zeldzame Ziekten en Weesgeneesmiddelen (beheerd door de Koning Boudewijnstichting) werd in een budget van 200 000 EUR voorzien voor de oprichting van een centraal register van patiënten met een zeldzame ziekte.

1. Bulletin nr. 16, Kamer, gewone zitting 2010-2011, blz. 3.

2. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen sluit geen enkele patiënt uit. Binnen het RIZIV worden verschillende maatregelen uitgewerkt (nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, overeenkomsten, enzovoort) om de diagnose, de behandeling van de meeste ziekten en de toegankelijkheid van de verzorging mogelijk te maken.

Ik vermeld hierbij enkele specifieke maatregelen, zoals de neuromusculaire overeenkomsten en de overeenkomsten met drie ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in de tenlasteneming van jonge patiënten met de ziekte van Huntington. Deze overeenkomsten zijn sinds april 2009 van kracht en lieten toe 60 plaatsen te scheppen voor mensen met de ziekte van Huntington.

Mijn actieprogramma “Prioriteit voor chronisch zieken” wil mensen met chronische aandoeningen erkennen. Het wil ook structurele verbeteringen aanbrengen die nodig zijn voor de tenlasteneming van die aandoeningen.

Het “zorgforfait voor chronisch zieken” wordt toegekend aan personen die beantwoorden aan een reeks voorwaarden die zijn vastgesteld in een specifiek Koninklijk besluit (K.B. van 02.06.1998 tot uitvoering van art. 37, § 16*bis*, van de wet GVU).

Dit besluit verwijst niet naar een lijst met ziekten die als chronisch zouden worden beschouwd, maar stelt voorwaarden vast. Die voorwaarden zijn een uiting van de wil om dat forfait toe te kennen aan de chronisch zieken die zich in een situatie van belangrijke uitgaven inzake geneeskundige verzorging bevinden (teken van chroniciteit, 1^{ste} criterium) en die zich in een medische of sociale afhankelijkheidssituatie bevinden (integratietegemoetkoming, kinesitherapie, enzovoort) (2^e criterium).

Vershillende mechanismen zorgen ervoor dat iedereen toegang heeft tot de verzorging door het financieel deel dat ten laste blijft te verminderen. De belangrijkste zijn de verhoogde tegemoetkoming en de maximumfactuur.

De verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend aan de verzekerden met een bescheiden inkomen die een bijzonder statuut hebben in de ziekteverzekering (rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV)) of die een sociaal voordeel genieten, zoals het leefloon.

Vanaf 1 juli 2007 kan de verhoogde tegemoetkoming ook uitsluitend op basis van bescheiden inkomens aan gezinnen worden toegekend (OMNIO-statuuat).

Het tweede mechanisme, de “maximumfactuur” wil de totale kosten voor geneeskundige verzorging gedurende een jaar beperken. Zodra het bedrag van de uitgaven voor geneeskundige verzorging van een gezin in de loop van een kalenderjaar een bepaald plafond bereikt, dekt het ziekenfonds alle kosten tijdens de rest van het jaar. Alle honoraria van de geconventioneerde artsen zijn hierin inbegrepen, de hospitalisatiekosten (behalve supplementen), de persoonlijke tegemoetkoming in de kosten van bepaalde categorieën van geneesmiddelen, enzovoort. Het ziekenfonds gaat automatisch na of zijn lid aan de voorwaarden voldoet om die “maximumfactuur” te genieten.

Sinds 1 januari 2009 spreken we van de maximumfactuur voor de chronisch zieken, hierdoor wordt op voorwaarde dat men een bepaald bedrag aan remgelden heeft gedragen gedurende de twee voorgaande jaren, het plafond van de maximumfactuur verlaagd met 100 EUR voor het hierop volgende jaar.

De meeste chronisch zieken worden geconfronteerd met het probleem van de verhoging van de premies van de privéverzekeringen of van de weigering van de privéverzekeraars om bepaalde ziekten te verzekeren. Er zijn verschillende maatregelen genomen waaronder het koninklijk besluit dat de verzekeraars verplicht aan de patiënt de redenen van de weigering of de redenen die de hogere premies rechtvaardigen, mee te delen.

II. Invaliditeit

Socio-professioneel re-integratiebeleid

Vraag nr. 201 gesteld op 16 december 2010 aan mevrouw de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie door de heer BACQUELAINE, Volksvertegenwoordiger²

Uit de cijfers van het RIZIV blijkt dat het aantal als invalide erkende personen gestaag toeneemt. Het aantal langdurig arbeidsongeschikte personen steeg van 179 000 in 1999 naar 232 000 in 2008. Daardoor namen ook de uitgaven van de ziekte- en invaliditeitsverzekering voor hun uitkeringen fors toe, van 1 600 naar 2 600 miljoen EUR.

In het licht van die verontrustende vaststelling heerst er een ruime consensus over de noodzaak van een actiever re-integratiebeleid voor langdurig zieken. Wie zijn werk verliest, komt in een neerwaartse spiraal van negatieve gevolgen terecht: inkomensverlies, sociaal isolement en vaak een verergering van de fysieke en psychische gezondheidsproblemen.

Tegelijk stelt men vast dat de herhaalde afwezigheid van de werknemer op het werk vaak een stadium is in het proces dat uiteindelijk zal uitmonden in de invaliditeit.

Onlangs hebben de *Société Scientifique de Santé au Travail* (SSST) en de Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV) een reeks concrete voorstellen geformuleerd om langdurig zieke of gehandicapte werknemers aan het werk te houden of te helpen terugkeren in het arbeidsproces.

1. Welke maatregelen worden er momenteel in samenwerking met de minister van Werk voorbereid teneinde werknemers aan het werk te houden en te voorkomen dat men invalide verklaard wordt?
2. Hebt u een welomlijnd actieplan op dat vlak?
3. Bent u op de hoogte van de door de *Société Scientifique de Santé au Travail* (SSST) en de Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (WVV) voorgestelde denkpistes?
4. Zo ja, zal u daar samen met het RIZIV en de FOD Werkgelegenheid verder over reflecteren?

Antwoord

De stijging van het aantal invaliden is, zoals u zegt, onrustwekkend. Ze komt vooral tot uiting in twee soorten ziektebeelden: rug- en lendenpijn en mentale aandoeningen.

De Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van de dienst voor Uitkeringen van het RIZIV is sinds 1 juli 2009 bevoegd voor de socio-professionele re-integratie via opleiding en begeleiding.

De dienst voor Uitkeringen van het RIZIV voert sinds die datum een proactief beleid dat ernaar streeft om de begunstigden van de uitkeringsverzekering beter weer aan het werk te zetten in het kader van de bepalingen van de wet van 13 juli 2006 die de beroepsinschakeling voor de uitkeringen, arbeidsongevallen en beroepsziekten kadert en van het Koninklijk besluit van 30 maart 2009 dat deze wet voor de sector van de uitkeringen uitvoert.

Deze socio-professionele re-integratie kan op verschillende manieren gebeuren. Sommige verzekerden kunnen het werk zonder opleiding hervatten dankzij een aanpassing van hun werkpost of van hun bestaande werkomgeving.

De geneesheer-adviseur kan deze dossiers behandelen zonder dat de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit tussenbeide moet komen.

Alleen wanneer men niet naar deze integratiemogelijkheden kan teruggrijpen, moet men een meer doorgedreven aanpak beginnen, door bijvoorbeeld:

- een nieuw referentieberoep te laten aanleren
- de vakkennis te laten bijspijkeren
- elke andere actie te ondernemen om de socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikte verzekerde te bevorderen (coaching, enzovoort).

Om deze strategie uit te voeren heeft de dienst voor Uitkeringen een actieplan ontworpen dat volgens twee assen werkt:

- hij richtte in zijn schoot een cel “socio-professionele inschakeling” op om enerzijds de geneesheren-adviseurs van de ziekenfondsen voor de individuele re-integratiedossiers bij te staan, en anderzijds om partnerships te vormen met zowel de voor opleiding en werk bevoegde organen van de gewesten en gemeenschappen als met de plaatselijke operatoren. Deze cel is sinds 1 juli 2010 werkzaam
- hij sloot een intentieverklaring af die een globaal samenwerkingskader vastlegt tussen het RIZIV, de ziekenfondsen en de organen van gewesten en gemeenschappen om de toegang van de sociaal verzekerden tot re-integratie en opleidingsprogramma's te bevorderen. Deze intentieverklaring zal de ratificatieprocedure van de verschillende partners doorlopen en tot bilaterale akkoorden leiden die de uitvoeringsbepalingen zullen verduidelijken, vooral op het vlak van de financiering van deze integratietrajecten en opleidingen.

Er werd daartoe op de begroting 2011 van de uitkeringsverzekering een bedrag van 10 000 000 EUR ingeschreven.

Het is nog een beetje te vroeg om al een eerste balans op te maken van dit beleid dat in werkelijkheid pas in het begin van 2010 begon, en ik wil een volledig jaar afwachten vooraleer tot een eerste evaluatie over te gaan.

Meer in het algemeen sloot de dienst voor Uitkeringen, vooral door aan internationale netwerken mee te doen, zich aan bij een globale aanzet om de kennis te verbeteren van wat men in de Angelsaksische landen *disability management* noemt, dat wil zeggen het beheer van het terug op de arbeidsmarkt brengen van mensen die er door medische redenen uit verdwenen maar wiens gezondheidstoestand een vrijwillige terugkeer naar de oorspronkelijke post of naar een nieuw beroep mogelijk maakt.

Het spreekt vanzelf dat dit re-integratiebeleid in nauwe samenwerking met de arbeidsgeneesheren moet gebeuren, en het RIZIV werkt al samen met de *Société Scientifique de Santé au Travail* en de Wetenschappelijke Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde.

Deze samenwerking blijkt vooral uit de huidige debatten in de taskforce “arbeidsongeschiktheid” waarin de beheersovereenkomst voorziet en die de sociale partners en de ziekenfondsen samenbrengt, en waarbij de *Société Scientifique de Santé au Travail* punctueel betrokken werd voor de zaken die haar betreffen. Deze taskforce heeft de opdracht om in januari een rapport voor te leggen met denkpistes om de stijging van het aantal personen met een uitkeringsverzekering beter te begrijpen, en de preventie in de werkomgeving en de werkhervatting vormen in dat kader twee zeer belangrijke assen.

III. Uitkeringsverzekering

Gedeeltelijke werkhervatting – Verschillende behandeling loontrekkenden en zelfstandigen – Cijfers voor 2009 en 2010

Vraag nr. 203, gesteld op 27 december 2010, aan mevrouw de vice-eerste-minister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke Integratie, door mevrouw DE BLOCK, volksvertegenwoordigster³

Werknemers die een ziekte-uitkering krijgen, kunnen het werk progressief hervatten. De duur van de gedeeltelijke werkhervatting is onbepaald en wordt overgelaten aan de beoordeling van de adviserend geneesheer. Bij zelfstandigen daarentegen is die progressieve werkhervatting beperkt in de tijd tot zes maanden, die tot tweemaal toe alweer met zes maanden mogen worden verlengd.

1. Hoe kan deze verschillende behandeling tussen werknemers en zelfstandigen worden verklaard?
2. Acht u de tijd rijp om samen met de minister van KMO's, Zelfstandigen, Landbouw en Wetenschapsbeleid deze discriminatie weg te werken en te komen tot een gelijkaardige regeling voor zelfstandigen als voor werknemers?
3. Hoeveel werknemers hebben het werk in de periode 2008-2010 jaarlijks hervat?
4. a) Hoeveel van deze werknemers zijn na verloop van tijd weer voltijds aan de slag gegaan?
b) Hoeveel van deze werknemers zijn nadien opnieuw voltijds in de ziekteverzekering terecht gekomen?
5. Hoe lang duurt de gemiddelde progressieve werkhervatting vooraleer werknemers opnieuw voltijds aan de slag kunnen?

3. Bulletin nr. 27, Kamer, gewone zitting 2010-2011, blz. 8.

Antwoord

1. Ik kan bevestigen dat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in de uitkeringsverzekering voor loontrekkenden in toepassing van artikel 100, § 2, van de wet GVU en artikel 230, § 2, 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 toelating van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds kan verkrijgen om gedeeltelijk een werkzaamheid te hervatten. Het is wel vereist dat de betrokkene een vermindering van zijn vermogen van minstens 50 % op medisch vlak behoudt en dat de activiteit verenigbaar is met zijn gezondheidstoestand. Deze toelating is niet aan een bepaalde limiet in de tijd gebonden.

In de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen kan de adviserend geneesheer aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde op grond van artikel 23*bis* 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 de toelating verlenen om met het oog op zijn reclassering een gedeelte van de zelfstandige activiteit te hervatten die hij op het ogenblik van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid heeft uitgeoefend. De toelating kan pas na het tijdvak van niet-vergoedbare arbeidsongeschiktheid van één maand worden gegeven en mag niet slaan op een tijdvak van langer dan zes maanden. Deze periode waarvoor de toestemming werd verleend kan op aanvraag van de gerechtigde en onder dezelfde voorwaarden door de adviserend geneesheer door middel van een nieuwe toestemming worden verlengd, zonder dat dit evenwel tot gevolg mag hebben dat het volledig tijdvak van hervatting van de beroepsbezigheid erdoor op meer dan achttien maanden wordt gebracht.

Wat de verschillende behandeling tussen werknemers en zelfstandigen betreft, moet worden aangestipt dat het onderscheid tussen deze beide beroepsgroepen historisch is gegroeid. Voor elk van beide categorieën is een afzonderlijk stelsel van sociale zekerheid ontwikkeld. Net zoals er verschillen bestaan in het statuut, zijn ook de eraan gekoppelde rechten en verplichtingen op sociaal vlak verschillend.

Zoals reeds meermaals door het Grondwettelijk Hof is bevestigd, is die verschillende behandeling evenwel objectief verantwoord en houdt ze geen schending in noch van het gelijkheidsbeginsel, noch van het eveneens grondwettelijk verankerde recht op sociale zekerheid.

2. Ik wens te wijzen op de door artikel 20*bis* van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 voorziene mogelijkheid die aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit (orgaan van het RIZIV) werd gegeven om aan de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde de toelating te verlenen een gedeelte van zijn voormalige zelfstandige activiteit uit te oefenen. Deze toelating kan zonder reclasseringsvereiste voor onbepaalde duur worden gegeven, maar is wel enkel mogelijk in het tijdvak van invaliditeit. Deze bepaling is ingevoerd via het Koninklijk besluit van 21 april 2007 tot wijziging, wat de socio-professionele re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden betreft, 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. De bepaling is het resultaat van de besprekingen gevoerd in de werkgroep socio-professionele re-integratie van arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigden die in 2004 in het leven is geroepen op vraag van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen (in uitvoering van de toenmalige bestuursovereenkomst).

Vóór deze wijziging was het voor de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde enkel mogelijk om een activiteit te hervatten als aan de voorwaarde van de reclassering was voldaan. Voor vele gerechtigden was die vereiste evenwel problematisch omdat hun restcapaciteiten hen immers nooit zouden toelaten de vroegere zelfstandige activiteit (of eventueel een andere activiteit) volledig te hervatten.

Voor deze groep zou evenwel het verder uitoefenen van een gedeelte van hun vroegere zelfstandige activiteit, zonder het doel van de reclassering, wel nog mogelijk zijn.

Voorvoemde werkgroep heeft destijds grondig onderzocht of het niet mogelijk is om een analoge bepaling in te voeren als deze die geldt in de uitkeringsverzekering voor loontrekkenden en heeft verschillende voorstellen aan de toenmalige minister van Sociale Zaken, de heer Rudy Demotte, voorgelegd.

De minister heeft uiteindelijk zijn goedkeuring verleend aan de hierboven geschetste mogelijkheid om een gedeelte van de vroegere zelfstandige activiteit zonder beperking in de tijd uit te oefenen op voorwaarde dat enerzijds de Geneeskundige raad voor Invaliditeit het bevoegde orgaan is om de toelating te verstrekken en anderzijds de gerechtigde zich al in het tijdvak van invaliditeit bevindt.

3. Vooreerst dient te worden opgemerkt dat de gevraagde cijfergegevens slechts beschikbaar zijn vanaf het jaar 2009. Vanaf dat jaar worden de door de adviserend geneesheren gegeven toestemmingen om het werk progressief te hervatten op een geautomatiseerde wijze aan het RIZIV toegestuurd en verwerkt. Hierdoor is veel meer gedetailleerde informatie beschikbaar dan voorheen toen deze toestemmingen via papieren drager aan het RIZIV werden bezorgd.

Het aantal werknemers dat in uitvoering van artikel 100, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, het werk in 2009 en 2010 deeltijds hebben hervat, wordt in de volgende tabel weergegeven:

	2009	2010
Art. 100, § 2	15 128	15 797

4. Het aantal werknemers dat na een progressieve tewerkstelling terugkeert naar volledige arbeidsongeschiktheid of het werk voltijds hervat, wordt weergegeven in onderstaande tabel:

	2009	2010
	Art. 100, § 2	Art. 100, § 2
Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	4 186	3 686
Voltijdse werkhervatting	5 285	5 429

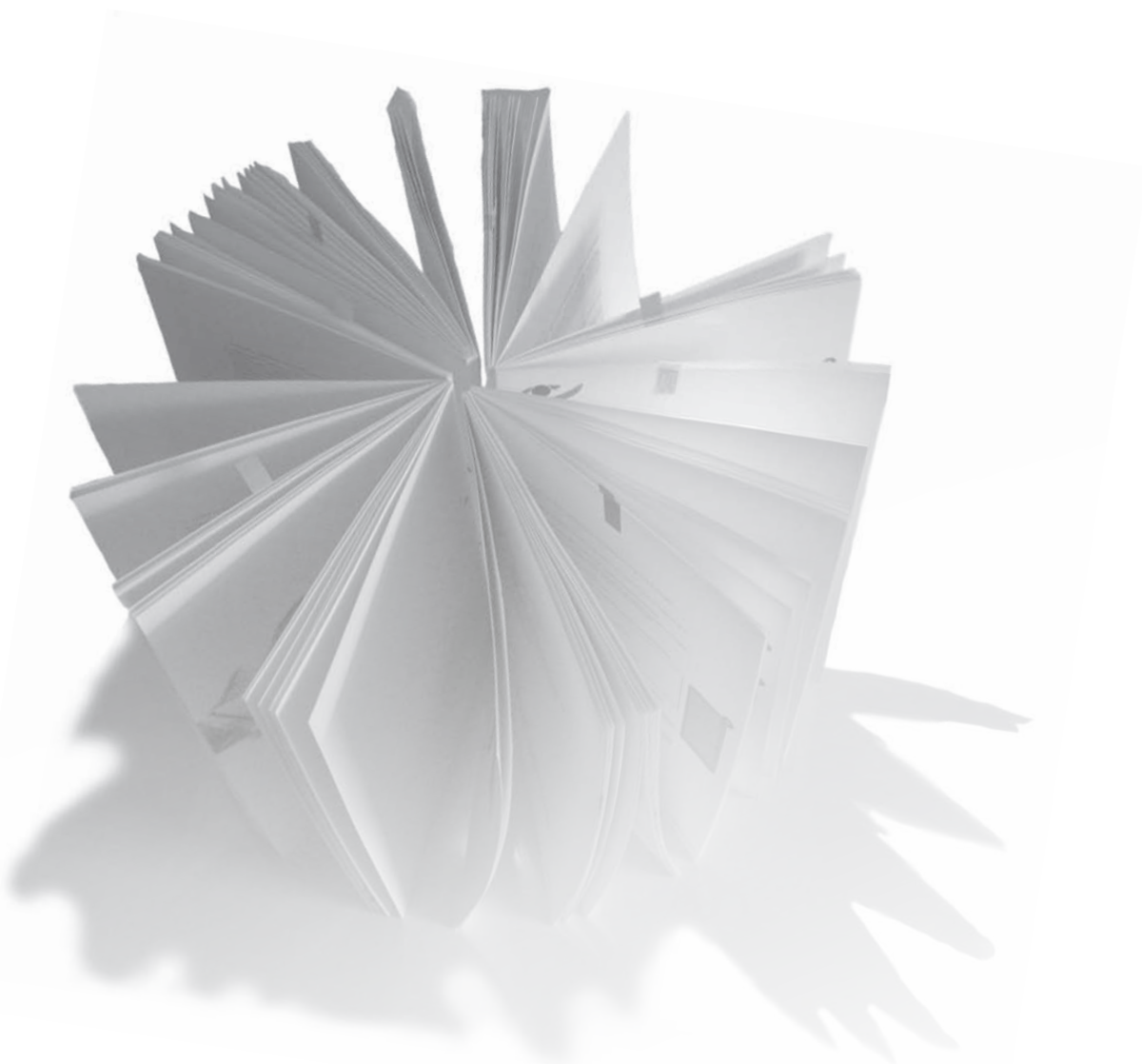
5. Bijgaande tabel geeft de duur van de deeltijdse werkhervatting weer vooraleer werknemers het werk voltijds hervatten of terugkeren naar volledige arbeidsongeschiktheid:

2009	Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	Voltijdse werkhervatting
<1 jaar	3 072	4 897
1-2 jaar	469	233
2-3 jaar	215	72
3-4 jaar	106	23
4-5 jaar	86	11
>5 jaar	238	33
Onbekend		16
Totaal	4 186	5 285

2010	Terugkeer naar volledige arbeidsongeschiktheid	Voltijdse werkhervatting
<1 jaar	2 763	5 019
1-2 jaar	380	243
2-3 jaar	168	67
3-4 jaar	94	19
4-5 jaar	74	13
>5 jaar	207	47
Onbekend		21
Totaal	3 686	5 429

5^e Deel

Richtlijnen



Verlenging rechten arbeidsongeschikte zelfstandigen

Deze omzendbrief regelt de problematiek van arbeidsongeschikte zelfstandigen voor wie tot aan de integratie kleine risico's de rechten geneeskundige verzorging gratis verlengd konden worden, maar waarvoor ten gevolge van deze integratie vanaf jaar van recht 2010 geen mogelijkheden meer openstaan voor een verlenging, tenzij de inschrijving in de hoedanigheid van resident.

Gezien de problemen die in de praktijk blijken te bestaan met betrekking tot het verlengen van rechten geneeskundige verzorging voor bovenbeschreven personen, wordt de interpretatie van artikel 290, A, 2. 1^o 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 als volgt aangevuld:

Arbeidsongeschikte zelfstandigen die elke activiteit hebben stopgezet (dus ook via een tussenpersoon) en voor wie tot aan de integratie kleine risico's de rechten geneeskundige verzorging gratis konden verlengd worden (aangezien deze personen in het vierde kwartaal van het refertejaar de hoedanigheid van gerechtigde hadden, nl. zelfstandigen in erkende arbeidsongeschiktheid bedoeld in art. 4, 3^o van het K.B. van 29.12.1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de GVV-wet, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd; en de bijdrageplicht sociaal statuut moest worden nagekomen voor het refertejaar (maar aangezien er in deze hypothese geen bijdrageplicht meer bestond werd die als vervuld beschouwd)) waarbij volgende voorwaarden cumulatief vervuld zijn:

- de gelijkstelling binnen de pensioenwetgeving zelfstandigen kon niet verkregen worden omdat bij de aanvang van de ziekte de voorwaarde m.b.t. het in orde zijn met de bijdragen niet vervuld was
- deze personen op 30 april 2011 reeds tenminste 5 jaar arbeidsongeschikt zijn
- deze personen kunnen geen rechten verlengen als mindervalide (personen die wegens hun gezondheidstoestand als ongeschikt zijn erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten, art. 32, al. 1, 13^o van de GVV-wet)
- deze personen kunnen niet ingeschreven worden in de hoedanigheid persoon ten laste.

kunnen, voor de verlengingen van rechten geneeskundige verzorging vanaf jaar van recht 2010, ook onder de bepalingen van artikel 290, A, 2. 1^o van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 ressorteren.

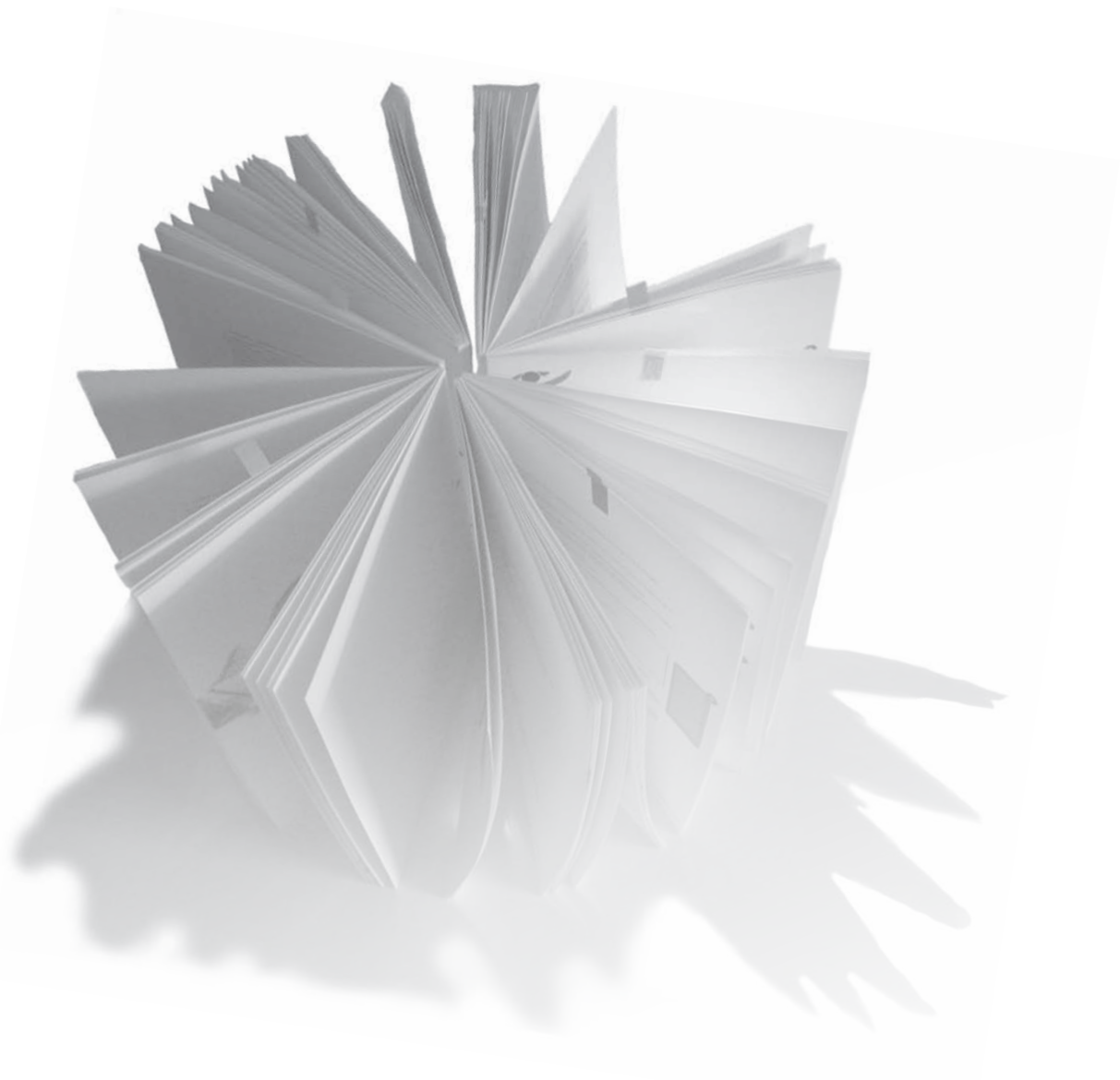
Deze interpretatie betreft dus een uitdovende situatie en voorziet in een oplossing voor een beperkte groep van personen waarop er een controle zal plaatsvinden, georganiseerd vanuit de Dienst voor Administratieve Controle.

Van toepassing vanaf 24 februari 2011.



Omzendbrief V.I. nr. 2011/82 – 2110/2 van 28 februari 2011.

6^e Deel
Basisgegevens




I. VT-statuut. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 1, 5^o en 6^o) vanaf 1 mei 2011

Indexering

Met toepassing van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad 3 april 2007 (2^e uitgave) tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en tot invoering van het OMNIO-statuut, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor VT, de grensbedragen van 11 763,02 en 2 177,65 EUR (tegen de spilindex 103,14 - basis 1996=100) niet bereiken; die bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, wanneer het mechanisme, vastgesteld in de artikelen 5 of 72 van de wet van 23 december 2005 betreffende het generatiepact, wordt uitgevoerd.

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden – op 1 mei 2011	
Gerechtigden	Personen ten laste
15 672,71 EUR	2 901,44 EUR

 Omzendbrief V.I. nr. 2011/169 – 3991/227 van 28 april 2011.

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

Residenten, indexatie en jaarlijks gemiddelde

Dit bedrag van 25 285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 08.08.1997).

Indexering van de grensbedragen (bedragen in EUR)

	Residenten	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming)
Vanaf de 1 ^{ste} februari 2002	26 832,59	2 310,92
Vanaf de 1 ^{ste} juni 2003	27 368,64	2 357,09
Vanaf de 1 ^{ste} oktober 2004	27 914,79	2 404,13
Vanaf de 1 ^{ste} augustus 2005	28 473,60	2 452,25
Vanaf de 1 ^{ste} oktober 2006	29 045,04	2 501,47
Vanaf de 1 ^{ste} september 2007	29 045,04	2 518,97
Vanaf de 1 ^{ste} januari 2008	29 624,07	2 602,36
Vanaf de 1 ^{ste} mei 2008	30 215,74	2 654,33
Vanaf de 1 ^{ste} september 2008	30 820,06	2 707,42
Vanaf de 1 ^{ste} juni 2009 (welvaart)	30 820,06	2 756,15
Vanaf de 1 ^{ste} januari 2010 (welvaart)	30 820,06	2 788,65
Vanaf de 1 ^{ste} september 2010	31 437,01	2 844,47
Vanaf de 1 ^{ste} mei 2011	32 066,61	2 901,44

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)

	Residenten	Personen ten laste
2001	26 091,74 (PM)	2 247,06
2002	26 788,76	2 307,14
2003	27 145,29	2 337,88
2004	27 505,18	2 368,85
2005	28 147,63	2 424,18
2006	28 616,46	2 464,56
2007	29 045,04	2 507,30
2008	30 219,96	2 654,70
2009	30 820,06	2 735,85
2010	31 025,71	2 807,26



Omzendbrief V.I. nr. 2011/171 – 270/54, 273/54, 274/56, 276/106, 2790/54, 2791/54, 2792/53, 3910/989 en 83/402 van 28 april 2011.

III. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Openbare sector en privé-sector

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1^o, 1^e lid van het Koninklijk besluit van 3 juli 1997 tot uitvoering van de GVV-wet, gewijzigd bij artikel 2, van het Koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 31.12.1997, 2^e ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de GVV-wet, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering die **hoger** is dan het trimestrieel grensbedrag.

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1 762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

1ste september 2008 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 10 = 2 148,87 EUR

1ste september 2010 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 11 = 2 191,85 EUR

1^{ste} mei 2011 indexering

1 762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2 235,68 EUR.

Waarde per trimester (bedragen in EUR)		
2 ^e trimester 2008	$2\ 065,42 \cdot \frac{1}{3} + 2\ 106,73 \cdot \frac{2}{3}$	2 092,96
3 ^e trimester 2008	$2\ 106,73 \cdot \frac{2}{3} + 2\ 148,87 \cdot \frac{1}{3}$	2 120,78
4 ^e trimester 2008	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
1 ^e trimester 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
2 ^e trimester 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
3 ^e trimester 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
4 ^e trimester 2009	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
1 ^e trimester 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
2 ^e trimester 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{3}{3}$	2 148,87
3 ^e trimester 2010	$2\ 148,87 \cdot \frac{2}{3} + 2\ 191,85 \cdot \frac{1}{3}$	2 163,20
4 ^e trimester 2010	$2\ 191,85 \cdot \frac{3}{3}$	2 191,85
1 ^e trimester 2011	$2\ 191,85 \cdot \frac{3}{3}$	2 191,85
2 ^e trimester 2011	$2\ 191,85 \cdot \frac{1}{3} + 2\ 235,68 \cdot \frac{2}{3}$	2 221,07

Van toepassing vanaf 1 mei 2011.



Omzendbrief V.I. nr. 2011/170 – 248/52 van 28 april 2011.

IV. Een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid

Algemene regeling en regeling der zelfstandigen¹

1. Basiselementen

Algemene regeling en regeling der zelfstandigen

Invoering op 1 mei 2011 van een inhaalpremie na één jaar arbeidsongeschiktheid

Vanaf de maand mei van het jaar 2011 zal een inhaalpremie van 200,00 EUR (bedrag van toepassing op 01.05 2011) worden betaald. Deze premie wordt jaarlijks in de maand mei van het jaar (N) gestort aan de gerechtigden waarvan de duur van ongeschiktheid minstens 1 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1).

De in deze omzendbrief opgenomen premie vervangt de inhaalpremie van 61,5258 EUR (bedrag aan basis 103,24) die in 2010 werd gestort aan de gerechtigden waarvan de duur van de arbeidsongeschiktheid minstens 5 jaar bereikt heeft op 31 december van het voorgaande jaar (N-1)

2. Toepassingsdatum

1 mei 2011



Omzendbrief V.I. nr. 2011/124 – 45/228, 482/108 van 24 maart 2011.

V. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2011 - Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GVV-wet wordt de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij Koninklijk besluit van 29 juli 1988.

¹. Twee meer gedetailleerde omzendbrieven (zelfstandigen en werknemers) over de vragen verbonden aan de praktische uitvoering van deze omzendbrief zullen het onderwerp uitmaken van een latere publicatie.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan vier maal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon 3/4 van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving.

Rekening houdend met het feit dat vanaf 1 september 2010 het gewaarborgd minimum maandinkomen 1 415,24 EUR bedraagt moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2011 als volgt worden vastgesteld :

- 21 jaar en ouder : 1 415,24 EUR x 4 = 5 660,96 EUR
- minder dan 21 jaar : 5 660,96 EUR x 3/4 = 4 245,72 EUR.

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.

Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend :

- A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken
- B. vervolgens , voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de GUV-wet, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt
- C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere **euro** te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR , dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8 , artikel 149-167 (B.S. van 31.12. 2002, blzn. 58716-58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.

Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2011 geldende percentages van de sociale zekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Percentages van de socialezekerheidsbedragen voor de verzekering GUV – op 1 januari 2011 (in %)			
Categorieën	Totale bijdrage	Aandeel van de werkgever	Aandeel van de werknemer
Arbeiders en bedienden	10,85	6,15	4,70
Mijnwerkers	8,85	5,15	3,70
Overheidsdiensten	7,35	3,80	3,55

Artikel 286, 3de alinea, van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de minder-validen die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80 400 BEF of 1 993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64 800 BEF of 1 606,37 EUR (voor de 19 en 20 jarigen), 48 000 BEF of 1 189,90 EUR (voor de 17 en 18 jarigen) en 40 800 BEF of 1 011,42 EUR (voor de min 17 jarigen).

Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.



De tabellen welke u kan terug vinden op de website van het RIZIV - www.riziv.be, rubriek verzekeringsinstellingen - geven een overzicht van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR tot 5 661,00 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2011/67 – 271/59 van 14 februari 2011.

VI. Tarieven en vergoedingen van geneeskundige verstrekkingen

Uitgezonderd de omzendbrief V.I. nr. 2011/58 geven wij hieronder een overzicht van de meest recente evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners die tussen 1 februari en 30 april 2011 in werking zijn getreden, met uitzondering van omzendbrief V.I. 2011/57.



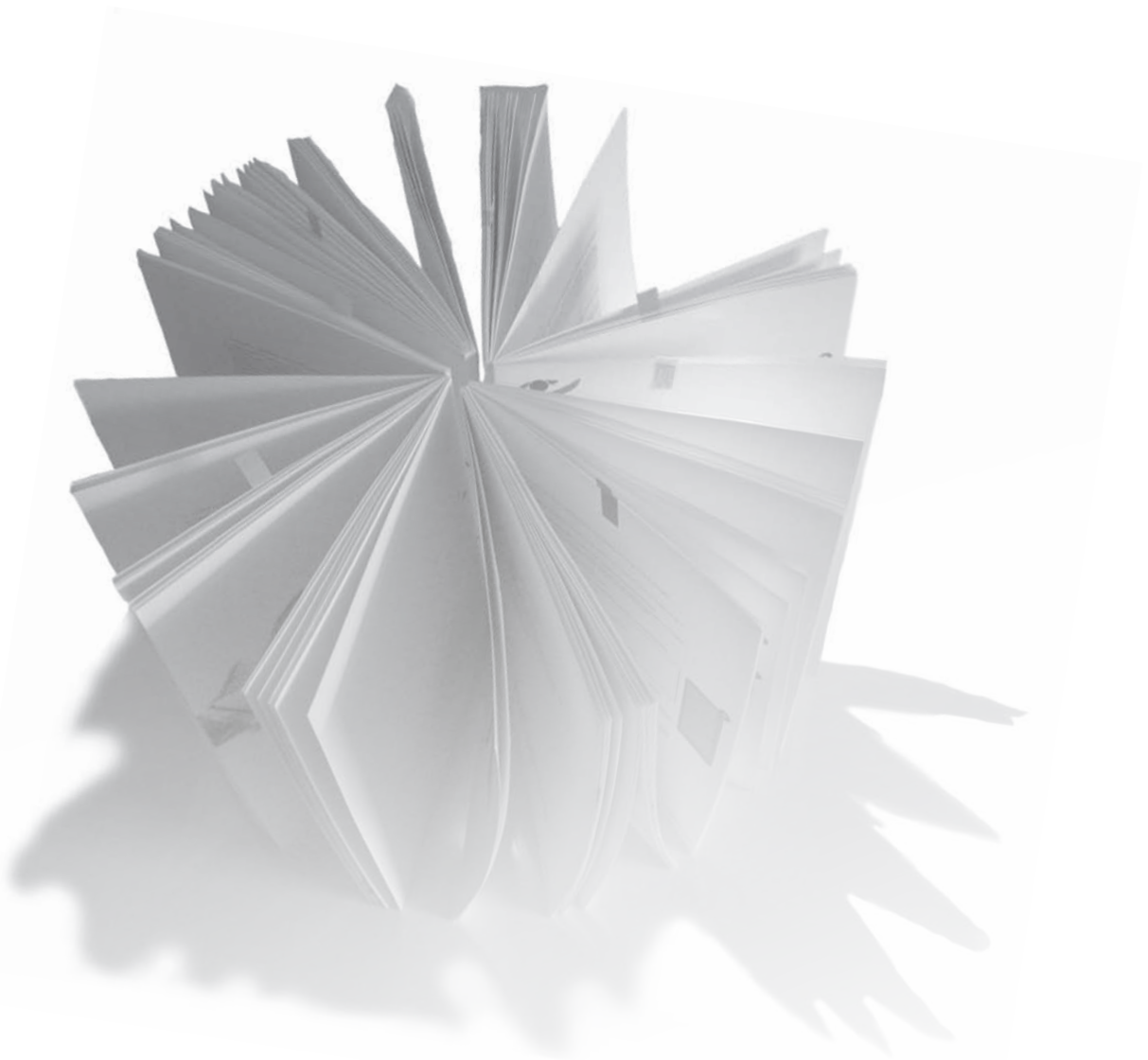
Voor meer details verwijzen wij de lezer naar de tabellen op de internetsite van het RIZIV (<http://www.riziv.be> – rolmenu “Verzekeringsinstellingen” - honoraria, prijzen en vergoedingen).

Evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners		Nr. Omzendbrief V.I.
Geneesheren	Raadplegingen en bezoeken Vanaf 1 maart 2011 In gevolge de Koninklijke besluiten van 9 januari 2011 (B.S. van 25.01.2011) wordt de verstrekking 597623 toegevoegd in tabel “B. 1. Verstrekkingen voorzien in artikel 25, § 1”.	2011/70
	Vanaf 1 april 2011 In gevolge de Koninklijke besluiten van 24 januari 2011 (B.S. van 16.02.2011) en ingevolge de Koninklijke besluiten van 9 februari 2011 (B.S. van 03.03.2011) : <ul style="list-style-type: none"> • wordt de omschrijving van de verstrekking 102771 aangepast en de verstrekking 102395 toegevoegd • worden de verstrekkingen 102933 en 102992 toegevoegd in tabel “A. I. 2. Raadpleging in de spreekkamer van een geneesheer-specialist”. Bovendien wordt, in overeenstemming met het Koninklijk besluit van 23 oktober 2009 (B.S. van 30.11.2009), de tarifiering aan 50 % voor de verstrekkingen 598382, 598765, 598780, 599185, 599281, 598345 en 598360 voorzien in tabel “B.1. Verstrekkingen voorzien in artikel 25, § 1”. De tarifiering aan 75 % voor de codes 590752, 590774, 590796 en 590811 wordt geschrapt in tabel “B.3. Verstrekkingen voorzien in artikel 25, § 3bis”. Deze tarifiering is zonder voorwerp.	2011/119
	In gevolge de Koninklijke besluiten van 24 januari 2011 (B.S. van 16.02.2011) wordt de verstrekking 102933 toegevoegd aan de tabel “VI. Honoraria en verzekeringstegemoetkomingen voor verstrekkingen aangerekend door stagedoende geneesheren-specialisten”.	2011/125
	Medische verstrekkingen Vanaf 1 februari 2011	2011/27
	Ingevolge het Koninklijk besluit van 22 oktober 2010 (B.S. van 07.12.2010) worden de verstrekkingen 312690-312701 en 312712-312723 in tabel “F. I. Stomatologie” geschrapt.	

Evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners		
		Nr. Omzendbrief V.I.
	<p>Vanaf 1 april 2011</p> <p>Ingevolge de koninklijke besluiten van 8 december 2010 en 24 en 25 januari 2011 (B.S. van 01, 14 en 16.02.2011) worden de tarieven als volgt aangepast :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toevoegen van de verstrekkingen 201375-201386 in tabel "D. 2. Anesthesie verricht tijdens een verstrekking waarvan de relatieve waarde hoger is dan K 75, N 125 of I 125 en lager dan K 400, N 600 of I 600" • vervangen van de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen 228012-228023, 228174-228185 en toevoegen van de verstrekkingen 228233-228244, 228255-228266 in tabel "F. e. Heelkunde op de thorax" • aanpassen van de betrekkelijke waarde en sleutelletter van de verstrekking 470271 en schrappen van de verstrekking 470282 in tabel "J. 1. A. Inwendige geneeskunde" • toevoegen van de verstrekking 477573 in tabel "J. 6. Neuropsychiatrie". <p>Ingevolge de beslissing van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen van 14 maart 2011, wordt de sleutelletterwaarde van de verstrekking 470864 tot 3,177197 gehewaardeerd.</p>	2011/120
	<p>Medische beeldvorming</p> <p>Vanaf 1 februari 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 22 oktober 2010 (B.S. van 15.12.2010), worden de verstrekkingen 461171-461182, 461193-461204, 461333-461344, 461355-461366, 461370-461381 in tabel "B. Echografie – Artikel 17bis" (pagina 6) en de verstrekkingen 469011-469022, 469033-469044, 469055-469066, 469210-469221, 469232-469243" in tabel "D. Echografie – Artikel 17quater" toegevoegd.</p>	2011/28
	<p>Klinische biologie</p> <p>Vanaf 1 februari 2011</p> <p>Ingevolge het Koninklijk besluit van 22 oktober 2010 (B.S. van 09.12.2010) worden de verstrekkingen 433311-433322, 433333-433344 en 542835-542846, 542850-542861 respectievelijk toegevoegd op de pagina's 3 en 7.</p>	2011/29
Tandheekundigen	<p>Vanaf 1 maart 2011</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 9 januari 2011 (B.S. van 25.01.2011) worden de verstrekkingen 301372-301383 toegevoegd op pagina 12.</p> <p>De toegang tot de verstrekkingen 301593-301604 wordt aangepast: afschaffing voor de tandarts-specialist in parodontologie.</p>	2011/71
Verpleegkundigen	<p>Vanaf 1 januari 2010</p> <p>Ingevolge de Koninklijke besluiten van 19 januari 2011 (B.S. van 07.02.2011) worden de tarieven met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2010 aangepast.</p>	2011/58

Evolutie van de honoraria en de verzekeringstegemoetkomingen voor de verstrekkingen van de zorgverleners		
		Nr. Omzendbrief V.I.
Implantaten	Art. 28 Vanaf 1 februari 2011 Ingevolge het Koninklijk besluit van 15 november 2010 (B.S. van 17.12.2010) zijn de tarieven voor verstrekkingen van artikel 28, § 1 gewijzigd vanaf 1 februari 2011.	2011/31
	Art. 35 & 35bis Vanaf 1 februari 2011 Ingevolge het koninklijk besluit van 15 november 2010 (B.S. van 17.12.2010) zijn de tarieven die van toepassing zijn voor verstrekkingen van artikels 35 en 35bis gewijzigd vanaf 1 februari 2011.	2011/30
	Vanaf 1 april 2011 Ingevolge de Koninklijke besluiten van 8 en 23 december 2010 (B.S. van 01 en 25.02.2011), zijn de tarieven voor verstrekkingen van artikels 35 en 35bis gewijzigd vanaf 1 april 2011.	2011/110

7^e Deel
Statistieken



I. Evolutie van de gecumuleerde trimestriële uitgaven voorgeneeskundige verzorging - 2010

Tabel I : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2008 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4	
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	260.055	537.502	809.276	1.076.441	
b) Medische beeldvorming	240.824	492.735	741.479	996.548	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	423.602	823.693	1.213.189	1.619.555	
d) Speciale verstrekkingen	269.380	540.939	808.309	1.078.374	
e) Heelkunde	237.389	474.881	705.828	943.072	
f) Gynaecologie	19.797	40.426	61.422	82.379	
g) Toezicht	74.599	151.144	226.590	301.862	
h) Forfait accreditering geneesheren	3.407	6.554	9.603	13.334	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	2	5.691	5.730	5.736	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	2.058	2.058	2.058	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	5.128	11.866	12.508	30.079	
m) Impulsfonds	575	1.400	1.903	2.752	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	0	0	8.187	
Totaal geneesheren	1.534.758	3.088.889	4.597.895	6.160.377	6.182.421
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	163.018	330.463	486.593	661.455	
b) Forfait accreditering	39	39	9.841	10.368	
Totaal tandheelkundigen	163.057	330.502	496.434	671.823	678.915
3. Farmaceutische verstrekkingen	968.163	1.960.859	2.943.858	3.959.278	3.897.138
4. Honoraria van verpleegkundigen	221.411	467.167	695.815	938.818	993.203
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	8.062	13.176	16.467	16.468	16.550
6. Verzorging door kinesitherapeuten	128.092	259.573	383.233	512.063	524.416
7. Verzorging door bandagisten	47.890	98.076	147.144	203.491	211.339
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	115.542	229.890	343.600	464.065	542.369
10. Verzorging door opticiens	3.181	6.292	9.775	14.621	16.325
11. Verzorging door audiciens	6.982	13.592	20.605	29.195	35.052
12. Verlossingen door vroedvrouwen	2.790	5.692	8.811	11.877	11.657
13. Verpleegdagprijs	1.017.319	2.030.043	3.079.740	4.205.509	4.299.372
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	41.205	84.676	129.278	174.173	165.145
Totaal	1.058.524	2.114.719	3.209.018	4.379.682	4.464.517
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.607	2.200	4.628	6.592	7.067
15. Dialyse					
a) Geneesheren	31.362	61.885	95.064	126.704	
b) Forfait nierdialyse	29.273	57.626	88.978	118.847	
c) Thuis, in een centrum	22.755	44.720	68.622	91.231	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	83.390	164.231	252.664	336.782	336.948

Tabel I : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2008 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	200.066	401.721	609.210	826.304	
b) Rustoorden voor bejaarden	195.738	395.431	599.464	811.687	
c) Dagverzorgingscentra	1.902	4.695	7.520	10.500	
d) Loonharmonisering personeel RVT	11.239	53.466	152.342	256.039	
e) Syndicale premie	2.206	2.206	2.206	2.206	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	85	85	85	85	
g) Palliatieve dagcentra	0	256	260	260	
Totaal	411.236	857.860	1.371.087	1.907.081	1.937.649
17. Einde loopbaan	28.705	43.556	57.584	71.369	57.961
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	19.512	39.587	59.144	80.037	
b) Initiatieven van beschut wonen	6.848	15.744	24.810	33.163	
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	410	815	1.252	1.709	
Totaal	26.770	56.146	85.206	114.909	121.410
19. Revalidatie en herscholing	100.948	208.078	309.537	417.338	420.977
20. Bijzonder Fonds	3.503	5.493	7.220	8.692	13.102
21. Logopedie	15.463	31.233	43.293	58.795	63.934
22. Medisch-pediatische centra	0	0	238	238	312
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3.412	6.401	9.812	13.063	20.955
24. Regularisaties + Herfacturatie	-39.197	-71.382	-94.420	-117.525	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	95.612	149.572	192.641	278.400	
b) Fiscale MAF	-375	-707	-1.063	-1.247	
Totale Maximumfactuur	95.237	148.865	191.578	277.153	285.566
26. Chronische zieken	14.643	29.350	51.926	77.307	84.807
27. Palliatieve zorgen	3.096	6.711	9.033	9.879	10.002
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2.525	4.923	7.270	9.697	9.701
29. Menselijk lichaamsmateriaal	2.076	3.574	5.074	7.002	8.613
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	125	230	334	440	244
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	111	192	290	371	
b) COMA	132	227	349	445	
c) Therapeutische projecten	105	264	410	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	348	683	1.049	1.369	2.853
32. Geïnterneerden	148	8.770	17.954	29.401	30.554
33. Tabaksontwenning	1	1	1	2	3.250
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	32	1.053	1.321	1.602	2.649
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	99.730

Tabel I : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2008 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4	
36. Fonds verslaving	0	0	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	73.721	73.721
38. Medische huizen	0	0	0	0	0
39. MS/ALS/Huntington	0	0	0	0	0
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	5.047
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	
44. Diversen	0	1.016	10.058	11.225	20.296
- Affectatie toekomstfonds	0	0	0	0	306.279
- Saldo	0	0	0	0	1.387
Totaal	0	0	0	0	307.666
Algemeen totaal	5.012.520	10.097.419	15.218.102	20.680.890	21.433.957

Tabel II : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	273.090	564.702	869.736	1.198.372	
b) Medische beeldvorming	251.845	530.451	792.676	1.073.158	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	446.465	861.833	1.269.914	1.714.677	
d) Speciale verstrekkingen	285.164	570.416	848.951	1.142.193	
e) Heelkunde	246.728	502.232	740.974	998.898	
f) Gynaecologie	21.906	44.510	67.117	90.146	
g) Toezicht	85.257	172.346	256.994	343.449	
h) Forfait accreditering geneesheren	4.172	8.554	10.298	15.615	
i) Forfait medisch dossier	1.237	1.237	1.237	1.237	
j) Forfait Telematica	5	5.645	5.971	5.980	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	4.766	13.251	24.867	35.646	
m) Impulsfonds	1.709	4.153	7.183	8.848	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0	399	801	9.430	
Totaal geneesheren	1.622.344	3.279.729	4.896.719	6.637.649	6.752.342
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	182.454	363.300	533.200	723.084	
b) Forfait accreditering	2	7	10.814	10.911	
Totaal tandheelkundigen	182.456	363.307	544.014	733.995	725.299
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.046.186	2.074.146	3.068.416	4.120.417	4.114.558
4. Honoraria van verpleegkundigen	236.929	488.376	741.800	992.475	1.067.781
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	8.307	8.307	17.433	17.433	17.602
6. Verzorging door kinesitherapeuten	138.588	281.541	409.898	549.049	554.250
7. Verzorging door bandagisten	50.787	104.943	158.593	220.657	213.553
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	122.061	245.091	359.550	486.150	631.061
10. Verzorging door opticiens	6.045	11.781	17.021	22.586	19.589
11. Verzorging door audiciens	9.348	18.761	28.976	38.904	38.857
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.174	6.344	9.826	13.401	13.882
13. Verpleegdagprijs	1.130.463	2.270.335	3.388.971	4.505.495	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.276	96.152	143.893	195.657	
Totaal	1.177.739	2.366.487	3.532.864	4.701.152	4.850.422
14. Militair hospitaal - all-in prijs	994	4.164	5.753	8.255	7.458
15. Dialyse					
a) Geneesheren	33.239	66.249	101.038	136.162	
b) Forfait nierdialyse	30.973	61.565	93.736	126.502	
c) Thuis, in een centrum	23.675	45.414	71.292	97.055	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	87.887	173.228	266.066	359.719	366.686

Tabel II : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2009 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	233.221	465.056	700.771	945.453	
b) Rustoord voor bejaarden	208.197	413.629	623.096	837.404	
c) Dagverzorgingscentra	3.092	6.023	9.317	12.772	
d) Loonharmonisering personeel RVT	81.467	142.363	203.315	264.298	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0	156	156	193	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	0	0	
Totaal	528.272	1.029.522	1.538.950	2.062.415	2.102.965
17. Einde loopbaan	29.604	45.952	62.409	78.936	63.041
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.424	41.855	63.480	85.882	93.987
b) Initiatieven van beschut wonen	8.791	17.462	26.523	35.732	42.873
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	473	961	1.490	1.986	2.109
Totaal	30.688	60.278	91.493	123.600	138.969
19. Revalidatie en herscholing	107.207	219.697	327.324	446.290	481.477
20. Bijzonder Fonds	4.156	5.735	6.705	11.255	14.412
21. Logopedie	16.546	34.028	47.472	65.076	68.226
22. Medisch-pediatische centra	3	3	3	3	40
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	3.362	7.114	12.435	18.839	22.404
24. Regularisaties + Herfacturatie	-11.773	-52.647	-76.353	-104.458	-88.966
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	93.369	145.669	198.138	305.621	
b) Fiscale MAF	-353	-755	-1.186	-1.409	
Totale Maximumfactuur	93.016	144.914	196.952	304.212	339.149
26. Chronische zieken	17.243	32.418	52.592	80.159	83.166
27. Palliatieve zorgen	3.346	6.968	9.329	10.154	10.159
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	2.804	5.823	8.759	11.730	12.113
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.643	2.772	3.864	5.801	9.643
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	106	202	319	467	405
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	122	218	314	401	
b) COMA	112	244	360	493	
c) Therapeutische projecten	226	421	564	783	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	460	883	1.238	1.677	2.834
32. Geïnterneerden	65	3.446	15.186	26.468	31.874
33. Tabaksontwenning	1	1	2	50	3.390
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	107	1.956	1.956	2.016	2.888

Tabel III : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4	
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	99.730
36. Fonds verslaving	0	0	234	676	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	15.373	31.841	48.729	65.931	56.958
39. MS/ALS/Huntington	0	1.510	1.952	2.860	8.265
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	8.285
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	0
44. Diversen	1.143	2.264	2.571	7.422	56.388
- Affectatie toekomstfonds					299.852
- Gereserveerde bedragen 2009					-119.537
- Saldo					0
Totaal	0	0	0	0	180.315
Algemeen totaal	5.536.217	11.010.885	16.411.050	22.123.421	23.084.470

Tabel III : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	
1. Honoraria van geneesheren					
a) Klinische biologie	304.908	603.020	878.112	1.163.106	
b) Medische beeldvorming	267.741	544.272	796.850	1.069.431	
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	456.253	877.458	1.296.696	1.713.184	
d) Speciale verstrekkingen	292.833	587.061	869.616	1.172.884	
e) Heelkunde	256.342	513.076	763.093	1.030.698	
f) Gynaecologie	22.204	44.331	66.697	90.437	
g) Toezicht	91.009	178.704	266.480	356.260	
h) Forfait accreditering geneesheren	2.858	2.859	8.700	14.072	
i) Forfait medisch dossier	0	0	0	0	
j) Forfait Telematica	8	6.164	6.329	6.372	
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0	0	0	0	
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	13.713	19.509	22.639	29.899	
m) Impulsfonds	1.321	3.506	5.289	7.657	
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	961	1.449	1.642	11.920	
Totaal geneesheren	1.710.151	3.381.409	4.982.143	6.665.920	6.867.386
2. a) Honoraria van tandheekkundigen	190.647	381.393	555.123	744.676	
b) Forfait accreditering	7	14	11.584	11.733	
Totaal tandheekkundigen	190.654	381.407	566.707	756.409	773.864
3. Farmaceutische verstrekkingen	1.049.256	2.103.970	3.145.358	4.249.733	4.179.054
4. Honoraria van verpleegkundigen	257.034	523.812	787.494	1.056.150	1.083.653
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	10.365	12.524	21.853	21.924	18.785
6. Verzorging door kinesitherapeuten	149.790	301.245	436.601	580.007	574.036
7. Verzorging door bandagisten	54.171	114.470	174.272	237.662	232.300
8. Verzorging door orthopedisten					
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	128.470	254.736	380.667	516.489	638.106
10. Verzorging door opticiens	6.116	12.077	17.434	22.834	29.729
11. Verzorging door audiciens	11.438	21.824	32.767	43.539	40.400
12. Verlossingen door vroedvrouwen	3.426	6.970	10.582	14.364	14.490
13. Verpleegdagprijs	1.122.717	2.265.839	3.428.615	4.626.531	
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	47.763	97.457	146.981	200.764	
Totaal	1.170.480	2.363.296	3.575.596	4.827.295	5.022.137
14. Militair hospitaal - all-in prijs	1.387	2.091	5.160	6.630	7.507
15. Dialyse					
a) Geneesheren	34.464	67.754	102.057	139.930	
b) Forfait nierdialyse	31.881	63.122	94.022	128.831	
c) Thuis, in een centrum	25.235	49.197	73.277	102.052	
d) Nachtdialyse	0	0	0	0	
Totaal dialyse	91.580	180.073	269.356	370.813	376.821

Tabel III : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra					
a) Rust- en verzorgingstehuizen	267.915	519.322	777.401	1.045.142	
b) Rustoorden voor bejaarden	215.012	417.858	626.811	846.297	
c) Dagverzorgingscentra	3.457	6.788	10.250	13.843	
d) Loonharmonisering personeel RVT	83.242	149.678	215.801	281.847	
e) Syndicale premie	2.295	2.295	2.295	2.295	
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	189	189	10.983	13.012	
g) Palliatieve dagcentra	0	0	542	542	
Totaal	572.110	1.096.130	1.644.083	2.202.978	2.180.172
17. Einde loopbaan	34.883	54.081	72.955	91.956	82.000
18. Geestelijke gezondheidszorg					
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21.683	41.836	63.967	86.870	99.353
b) Initiatieven van beschut wonen	9.474	18.305	27.251	36.464	42.156
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	550	1.085	1.677	2.247	2.330
Totaal	31.707	61.226	92.895	125.581	143.839
19. Revalidatie en herscholing	113.104	232.538	347.220	474.632	513.851
20. Bijzonder Fonds	4.024	8.220	10.164	18.995	14.412
21. Logopedie	18.085	36.918	51.348	70.045	67.729
22. Medisch-pediatische centra	0	0	0	0	0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	6.168	12.171	18.565	26.247	26.183
24. Regularisaties + Herfacturatie	-49.560	-77.491	-100.696	-125.452	-67.959
25. Maximumfactuur					
a) Sociale MAF	120.855	173.310	223.317	326.335	
b) Fiscale MAF	0	0	0	0	
Totale Maximumfactuur	120.855	173.310	223.317	326.335	355.628
26. Chronische zieken	20.607	35.572	55.500	85.298	88.666
27. Palliatieve zorgen	3.450	7.174	9.939	10.466	11.823
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	3.117	6.191	9.288	12.325	12.844
29. Menselijk lichaamsmateriaal	1.435	2.678	4.426	5.592	10.232
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	128	242	383	518	485
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg					
a) SISD	85	190	271	365	
b) COMA	118	248	372	485	
c) Therapeutische projecten	116	215	385	553	
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	319	653	1.028	1.403	2.614
32. Geïnterneerden	8.871	13.735	19.722	36.379	32.170
33. Tabaksontwenning	118	274	427	611	3.422
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0	1.673	1.903	1.954	3.046

Tabel III : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - 2010 - vervolg (in duizenden EUR)					
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4	
35. Stabiliteitsprovisie	0	0	0	0	49.730
36. Fonds verslaving	1.431	3.000	3.000	3.000	3.000
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0	0	0	0	0
38. Medische huizen	17.497	35.922	53.787	73.335	69.991
39. MS/ALS/Huntington	1.085	2.433	3.777	5.117	8.227
40. Chronische zieken extra	0	0	0	0	26.981
41. Zorgtrajecten	0	0	0	0	4.518
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0	0	0	0	4.240
43. Fonds voor de medische ongevallen	0	0	0	0	5.385
44. Diversen	414	1.873	2.289	9.789	59.619
- Affectatie toekomstfonds					294.189
- Initiatieven 2010 BMF					33.859
- Bijdragen sociale zekerheid evenwicht					350.000
Totaal	0	0	0	0	678.048
Algemeen totaal	5.744.166	11.368.427	16.931.310	22.826.873	24.249.164

Tabel IV : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2008 - 2009 in %				
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	5,0	5,1	7,5	11,3
b) Medische beeldvorming	4,6	7,7	6,9	7,7
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,8	6,1	6,2	7,5
d) Speciale verstrekkingen	5,9	5,4	5,0	5,9
e) Heelkunde	3,9	5,8	5,0	5,9
f) Gynaecologie	10,7	10,1	9,3	9,4
g) Toezicht	14,3	14,0	13,4	13,8
h) Forfait accreditering geneesheren	22,5	30,5	7,2	17,1
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	150,0	-0,8	4,2	4,3
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	-7,1	11,7	98,8	18,5
m) Impulsfonds	197,2	196,6	277,5	221,5
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	0,0	0,0	15,2
Totaal geneesheren	6,1	6,6	6,9	8,2
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	11,9	9,9	9,6	9,3
b) Forfait accreditering	-94,9	-82,1	9,9	5,2
Totaal tandheelkundigen	11,9	9,9	9,6	9,3
3. Farmaceutische verstrekkingen	8,1	5,8	4,2	4,1
4. Honoraria van verpleegkundigen	9,2	6,8	9,1	8,2
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	3,0	-37,0	5,9	5,9
6. Verzorging door kinesitherapeuten	9,9	10,3	8,8	9,1
7. Verzorging door bandagisten	6,0	7,0	7,8	8,4
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	5,6	6,6	4,6	4,8
10. Verzorging door opticiens	90,0	87,2	74,1	54,5
11. Verzorging door audiciens	33,9	38,0	40,6	33,3
12. Verlossingen door vroedvrouwen	13,8	11,5	11,5	12,8
13. Verpleegdagprijs	11,1	11,8	10,0	7,1
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	14,7	13,6	11,3	12,3
Totaal	11,3	11,9	10,1	7,3
14. Militair hospitaal - all-in prijs	-38,1	89,3	24,3	25,2
15. Dialyse				
a) Geneesheren	6,0	7,1	6,3	7,5
b) Forfait nierdialyse	5,8	6,8	5,3	6,4
c) Thuis, in een centrum	4,0	1,6	3,9	6,4
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	5,4	5,5	5,3	6,8

Tabel IV : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2008 - 2009 in % - vervolg				
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	16,6	15,8	15,0	14,4
b) Rustoorden voor bejaarden	6,4	4,6	3,9	3,2
c) Dagverzorgingscentra	62,6	28,3	23,9	21,6
d) Loonharmonisering personeel RVT	624,9	166,3	33,5	3,2
e) Syndicale premie	4,0	4,0	4,0	4,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	-100,0	83,5	83,5	127,1
g) Palliatieve dagcentra	0,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totaal	28,5	20,0	12,2	8,1
17. Einde loopbaan	3,1	5,5	8,4	10,6
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	9,8	5,7	7,3	7,3
b) Initiatieven van beschut wonen	28,4	10,9	6,9	7,7
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	15,4	17,9	19,0	16,2
Totaal	14,6	7,4	7,4	7,6
19. Revalidatie en herscholing	6,2	5,6	5,7	6,9
20. Bijzonder Fonds	18,6	4,4	-7,1	29,5
21. Logopedie	7,0	8,9	9,7	10,7
22. Medisch-pediatrie centra	0,0	0,0	-98,7	-98,7
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	-1,5	11,1	26,7	44,2
24. Regularisaties + Herfacturatie	-70,0	-26,2	-19,1	-11,1
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	-2,3	-2,6	2,9	9,8
b) Fiscale MAF	-5,9	6,8	11,6	13,0
Totale Maximumfactuur	-2,3	-2,7	2,8	9,8
26. Chronische zieken	17,8	10,5	1,3	3,7
27. Palliatieve zorgen	8,1	3,8	3,3	2,8
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,0	18,3	20,5	21,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-20,9	-22,4	-23,8	-17,2
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	-15,2	-12,2	-4,5	6,1
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	9,9	13,5	8,3	8,1
b) COMA	-15,2	7,5	3,2	10,8
c) Therapeutische projecten	115,2	59,5	37,6	41,6
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	32,2	29,3	18,0	22,5

Tabel IV : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2008 - 2009 in % - vervolg				
Omschrijving	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
	2008.1	2008.2	2008.3	2008.4
32. Geïnterneerden	-56,1	-60,7	-15,4	-10,0
33. Tabaksontwenning	0,0	0,0	100,0	2.400,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	234,4	85,8	48,1	25,8
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	-92,2	-77,5
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	-100,0
38. Medische huizen	0,0	0,0	0,0	0,0
39. MS/ALS/Huntington	0,0	0,0	0,0	0,0
40. Chronische ziekten extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Diversen	0,0	122,8	-74,4	-33,9
Algemeen totaal	10,4	9,0	7,8	7,0

Tabel V : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	11,7	6,8	1,0	-2,9
b) Medische beeldvorming	6,3	2,6	0,5	-0,3
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	2,2	1,8	2,1	-0,1
d) Speciale verstrekkingen	2,7	2,9	2,4	2,7
e) Heelkunde	3,9	2,2	3,0	3,2
f) Gynaecologie	1,4	-0,4	-0,6	0,3
g) Toezicht	6,7	3,7	3,7	3,7
h) Forfait accreditering geneesheren	-31,5	-66,6	-15,5	-9,9
i) Forfait medisch dossier	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
j) Forfait Telematica	60,0	9,2	6,0	6,6
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	187,7	47,2	-9,0	-16,1
m) Impulsfonds	-22,7	-15,6	-26,4	-13,5
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	263,2	105,0	26,4
Totaal geneesheren	5,4	3,1	1,7	0,4
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	4,5	5,0	4,1	3,0
b) Forfait accreditering	250,0	100,0	7,1	7,5
Totaal tandheelkundigen	4,5	5,0	4,2	3,1
3. Farmaceutische verstrekkingen	0,3	1,4	2,5	3,1
4. Honoraria van verpleegkundigen	8,5	7,3	6,2	6,4
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	24,8	50,8	25,4	25,8
6. Verzorging door kinesitherapeuten	8,1	7,0	6,5	5,6
7. Verzorging door bandagisten	6,7	9,1	9,9	7,7
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	5,3	3,9	5,9	6,2
10. Verzorging door opticiens	1,2	2,5	2,4	1,1
11. Verzorging door audiciens	22,4	16,3	13,1	11,9
12. Verlossingen door vroedvrouwen	7,9	9,9	7,7	7,2
13. Verpleegdagprijs	-0,7	-0,2	1,2	2,7
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	1,0	1,4	2,1	2,6
Totaal	-0,6	-0,1	1,2	2,7
14. Militair hospitaal - all-in prijs	39,5	-49,8	-10,3	-19,7

Tabel V : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in % - vervolg				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
15. Dialyse				
a) Geneesheren	3,7	2,3	1,0	2,8
b) Forfait nierdialyse	2,9	2,5	0,3	1,8
c) Thuis, in een centrum	6,6	8,3	2,8	5,1
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	4,2	4,0	1,2	3,1
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	14,9	11,7	10,9	10,5
b) Rustoorden voor bejaarden	3,3	1,0	0,6	1,1
c) Dagverzorgingscentra	11,8	12,7	10,0	8,4
d) Loonharmonisering personeel RVT	2,2	5,1	6,1	6,6
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	21,2	6.940,4	6.642,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	8,3	6,5	6,8	6,8
17. Einde loopbaan	17,8	17,7	16,9	16,5
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	1,2	0,0	0,8	1,2
b) Initiatieven van beschut wonen	7,8	4,8	2,7	2,0
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,3	12,9	12,6	13,1
Totaal	3,3	1,6	1,5	1,6
19. Revalidatie en herscholing	5,5	5,8	6,1	6,4
20. Bijzonder Fonds	-3,2	43,3	51,6	68,8
21. Logopedie	9,3	8,5	8,2	7,6
22. Medisch-pediatische centra	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	83,5	71,1	49,3	39,3
24. Regularisaties + Herfacturatie	321,0	47,2	31,9	20,1
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	29,4	19,0	12,7	6,8
b) Fiscale MAF	-100,0	-100,0	-100,0	-100,0
Totale Maximumfactuur	29,9	19,6	13,4	7,3
26. Chronische zieken	19,5	9,7	5,5	6,4
27. Palliatieve zorgen	3,1	3,0	6,5	3,1

Tabel V : Gecumuleerde trimestriële uitgaven - Evolutie 2009 - 2010 in %				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
	2009.1	2009.2	2009.3	2009.4
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	11,2	6,3	6,0	5,1
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-12,7	-3,4	14,5	-3,6
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	20,8	19,8	20,1	10,9
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-30,3	-12,8	-13,7	-9,0
b) COMA	5,4	1,6	3,3	-1,6
c) Therapeutische projecten	-48,7	-48,9	-31,7	-29,4
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	-30,7	-26,0	-17,0	-16,3
32. Geïnterneerden	13.547,7	298,6	29,9	37,4
33. Tabaksontwenning	11.700,0	27.300,0	21.250,0	1.122,0
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	-100,0	-14,5	-2,7	-3,1
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	0,0	0,0	1.182,1	343,8
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	13,8	12,8	10,4	11,2
39. MS/ALS/Huntington	0,0	61,1	93,5	78,9
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Diversen	-63,8	-17,3	-11,0	31,9
Algemeen totaal	3,8	3,2	3,2	3,2

Tabel VI :Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2010 in de doelstelling 2010				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Medische beeldvorming	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Speciale verstrekkingen	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Heelkunde	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Gynaecologie	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Toezicht	0,0	0,0	0,0	0,0
h) Forfait accreditering geneesheren	0,0	0,0	0,0	0,0
i) Forfait medisch dossier	0,0	0,0	0,0	0,0
j) Forfait Telematica	0,0	0,0	0,0	0,0
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	0,0	0,0	0,0	0,0
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	0,0	0,0	0,0	0,0
m) Impulsfonds	0,0	0,0	0,0	0,0
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal geneesheren	24,9	49,2	72,5	97,1
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Forfait accreditering	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal tandheelkundigen	24,6	49,3	73,2	97,7
3. Farmaceutische verstrekkingen	25,1	50,3	75,3	101,7
4. Honoraria van verpleegkundigen	23,7	48,3	72,7	97,5
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	55,2	66,7	116,3	116,7
6. Verzorging door kinesitherapeuten	26,1	52,5	76,1	101,0
7. Verzorging door bandagisten	23,3	49,3	75,0	102,3
8. Verzorging door orthopedisten				
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	20,1	39,9	59,7	80,9
10. Verzorging door opticiens	20,6	40,6	58,6	76,8
11. Verzorging door audiciens	28,3	54,0	81,1	107,8
12. Verlossingen door vroedvrouwen	23,6	48,1	73,0	99,1
13. Verpleegdagprijs	0,0	0,0	0,0	0,0
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	23,3	47,1	71,2	96,1
14. Militair hospitaal - all-in prijs	18,5	27,9	68,7	88,3

Tabel VI :Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2010 in de doelstelling 2010 - vervolg				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
15. Dialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Geneesheren	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Forfait nierdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Thuis, in een centrum	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Nachtdialyse	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal dialyse	24,3	47,8	71,5	98,4
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
a) Rust- en verzorgingstehuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Rustoorden voor bejaarden	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Dagverzorgingscentra	0,0	0,0	0,0	0,0
d) Loonharmonisering personeel RVT	0,0	0,0	0,0	0,0
e) Syndicale premie	0,0	0,0	0,0	0,0
f) Zorgvernieuwing (art. 56)	0,0	0,0	0,0	0,0
g) Palliatieve dagcentra	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal	26,2	50,3	75,4	101,0
17. Einde loopbaan	42,5	66,0	89,0	112,1
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	21,8	42,1	64,4	87,4
b) Initiatieven van beschut wonen	22,5	43,4	64,6	86,5
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	23,6	46,6	72,0	96,4
Totaal	22,0	42,6	64,6	87,3
19. Revalidatie en herscholing	22,0	45,3	67,6	92,4
20. Bijzonder Fonds	27,9	57,0	70,5	131,8
21. Logopedie	26,7	54,5	75,8	103,4
22. Medisch-pediatrische centra	0,0	0,0	0,0	0,0
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	23,6	46,5	70,9	100,2
24. Regularisaties + Herfacturatie	72,9	114,0	148,2	184,6
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
b) Fiscale MAF	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale Maximumfactuur	34,0	48,7	62,8	91,8
26. Chronische zieken	23,2	40,1	62,6	96,2
27. Palliatieve zorgen	29,2	60,7	84,1	88,5
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	24,3	48,2	72,3	96,0
29. Menselijk lichaamsmateriaal	14,0	26,2	43,3	54,7

Tabel VI :Aandeel van de gecumuleerde trimestriële uitgaven 2010 in de doelstelling 2010 - vervolg				
Omschrijving	2010.1	2010.2	2010.3	2010.4
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	26,4	49,9	79,0	106,8
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	0,0	0,0	0,0	0,0
b) COMA	0,0	0,0	0,0	0,0
c) Therapeutische projecten	0,0	0,0	0,0	0,0
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	12,2	25,0	39,3	53,7
32. Geïnterneerden	27,6	42,7	61,3	113,1
33. Tabaksontwenning	3,4	8,0	12,5	17,9
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	0,0	54,9	62,5	64,1
35. Stabiliteitsprovisie	0,0	0,0	0,0	0,0
36. Fonds verslaving	47,7	100,0	100,0	100,0
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	0,0	0,0	0,0	0,0
38. Medische huizen	25,0	51,3	76,8	104,8
39. MS/ALS/Huntington	13,2	29,6	45,9	62,2
40. Chronische zieken extra	0,0	0,0	0,0	0,0
41. Zorgtrajecten	0,0	0,0	0,0	0,0
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie	0,0	0,0	0,0	0,0
43. Fonds voor de medische ongevallen	0,0	0,0	0,0	0,0
44. Diversen	0,7	3,1	3,8	16,4
Algemeen totaal	23,7	46,9	69,8	94,1

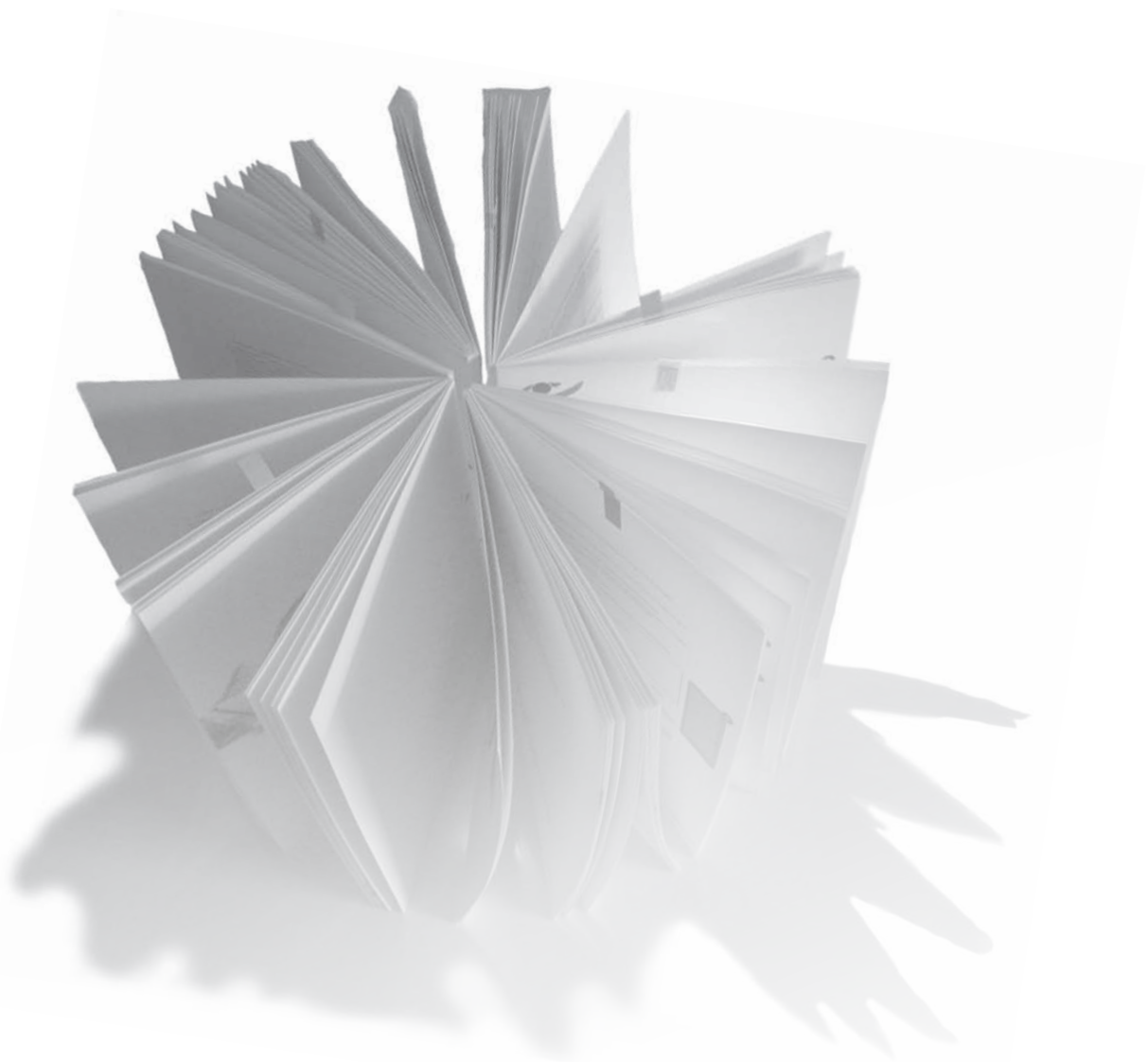
Tabel VII : Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden				
Omschrijving	Maart 2010 (1)	Juni 2010 (2)	September 2010 (3)	December 2010 (4)
1. Honoraria van geneesheren				
a) Klinische biologie	12,92	12,06	6,14	-2,94
b) Medische beeldvorming	8,09	5,10	2,82	-0,35
c) Raadplegingen, bezoeken en adviezen	6,22	5,20	4,29	-0,09
d) Speciale verstrekkingen	5,09	4,60	3,92	2,69
e) Heelkunde	5,89	4,05	4,38	3,18
f) Gynaecologie	7,05	4,05	1,88	0,32
g) Toezicht	11,74	8,28	6,22	3,73
h) Forfait accreditering geneesheren	1,43	-35,31	-0,09	-9,88
i) Forfait medisch dossier	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
j) Forfait Telematica	4,25	14,22	6,04	6,56
k) Kwaliteitscontrole klinische biologie	-100,00			
l) Beschikbaarheidshonoraria (huisartsen + specialisten)	50,06	33,18	-21,25	-16,12
m) Impulsfonds	117,70	48,97	-13,42	-13,46
n) Praktijkondersteuning huisartsengeneeskunde	26,92	22,06	14,27	26,41
Totaal geneesheren	7,97	6,33	4,19	0,43
2. a) Honoraria van tandheelkundigen	7,40	6,75	5,22	2,99
b) Forfait accreditering	5,66	5,63	3,00	7,53
Totaal tandheelkundigen	7,37	6,74	5,18	3,05
3. Farmaceutische verstrekkingen	2,13	1,91	2,78	3,14
4. Honoraria van verpleegkundigen	8,02	8,39	6,04	6,42
5. Specifieke kosten diensten thuisverpleging	16,62	86,65	25,35	25,76
6. Verzorging door kinesitherapeuten	8,64	7,44	7,33	5,64
7. Verzorging door bandagisten	10,62	11,60	11,46	11,19
8. Verzorging door orthopedisten	7,13	7,92	8,88	5,23
9. Implantaten + implanteerbare hartdefibrillatoren	4,67	3,45	5,68	6,24
10. Verzorging door opticiens	29,58	13,78	5,18	1,10
11. Verzorging door audiciens	29,89	22,12	13,65	11,91
12. Verlossingen door vroedvrouwen	11,35	11,96	9,81	7,19
13. Verpleegdagprijs	4,15	1,24	0,67	2,69
Forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen	8,82	6,09	5,27	2,61
Totaal	4,33	1,44	0,86	2,68
(1) Maart 2010 = (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) / (3 eerste maanden 2009 + 9 laatste maanden 2008)				
(2) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(3) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(4) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				

Tabel VII : Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg

Omschrijving	Maart 2010 (1)	Juni 2010 (2)	September 2010 (3)	December 2010 (4)
14. Militair hospitaal - all-in prijs	44,64	-27,75	-0,71	-19,69
15. Dialyse				
a) Geneesheren	6,85	5,03	3,39	2,77
b) Forfait nierdialyse	5,69	4,29	2,58	1,84
c) Thuis, in een centrum	7,01	9,70	5,47	5,15
d) Nachtdialyse				
Totaal dialyse	6,49	6,01	3,66	3,08
16. RVT/ROB/Dagverzorgingscentra				
a) Rust- en verzorgingstehuizen	14,04	12,37	11,35	10,54
b) Rustoorden voor bejaarden	2,44	1,42	0,69	1,06
c) Dagverzorgingscentra	12,38	14,45	11,45	8,39
d) Loonharmonisering personeel RVT	-18,45	-21,26	-9,85	6,64
e) Syndicale premie	0,00	0,00	0,00	0,00
f) Zorgvernieuwing (art. 56)		44,87	6.964,10	6.641,97
g) Palliatieve dagcentra	-100,00	-100,00		
Totaal	4,06	2,42	4,46	6,82
17. Einde loopbaan	16,53	18,03	17,44	16,49
18. Geestelijke gezondheidszorg				
a) Psychiatrische verzorgingstehuizen	5,12	4,32	2,37	1,15
b) Initiatieven van beschut wonen	3,73	4,86	4,54	2,05
c) Forfaitaire dagprijzen in psychiatrische ziekenhuizen	16,42	13,75	11,61	13,14
Totaal	4,87	4,63	3,14	1,60
19. Revalidatie en herscholing	6,75	7,03	7,14	6,35
20. Bijzonder Fonds	19,03	53,79	79,94	68,77
21. Logopedie	11,25	10,35	9,49	7,64
22. Medisch-pediatrie centra	-100,00	-100,00	-100,00	-100,00
23. Andere kosten van verblijf en reiskosten	66,33	73,46	59,18	39,32
24. Regularisaties + Herfacturatie	57,87	30,89	29,50	20,10
25. Maximumfactuur				
a) Sociale MAF	20,62	21,41	16,52	6,78
b) Fiscale MAF	-13,80	-49,50	-83,72	-100,00
Totale Maximumfactuur	20,78	21,74	17,01	7,27
(1) Maart 2010 = (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) / (3 eerste maanden 2009 + 9 laatste maanden 2008)				
(2) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(3) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(4) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				

Tabel VII : Evolutie van de uitgaven geboekt in de laatste 12 maanden t.o.v. de vorige 12 maanden - vervolg				
Omschrijving	Maart 2010 (1)	Juni 2010 (2)	September 2010 (3)	December 2010 (4)
26. Chronische zieken	4,53	3,66	6,53	6,41
27. Palliatieve zorgen	1,27	2,21	5,79	3,07
28. Palliatieve zorgen (patiënt)	20,72	14,16	9,59	5,07
29. Menselijk lichaamsmateriaal	-14,86	-7,95	9,86	-3,60
30. Multidisciplinaire teams rolwagens	16,15	23,06	24,94	10,92
31. Multidisciplinaire eerstelijnszorg				
a) SISD	-4,71	-6,05	-9,37	-8,98
b) COMA	17,41	7,58	10,75	-1,62
c) Therapeutische projecten	-0,15	-18,73	-14,57	-29,37
Totaal multidisciplinaire eerstelijnszorg	3,71	-7,78	-5,84	-16,34
32. Geïnterneerden	20,32	52,66	16,41	37,45
33. Tabaksontwenning	8.250,00	16.050,00	15.733,33	1.122,00
34. Psychiatrisch verzorgingscircuit	13,83	-30,82	-12,25	-3,08
35. Stabiliteitsprovisie				
36. Fonds verslaving	-29,77	22,53	1.370,94	343,79
37. Inhaalbedragen ziekenhuizen	-100,00	-100,00	-100,00	
38. Medische huizen				
39. MS/ALS/Huntington		150,53	140,01	78,92
40. Chronische zieken extra				
41. Zorgtrajecten				
42. Solidarisering hoofdstuk IV buiten indicatie				
43. Fonds voor de medische ongevallen				
44. Diversen	-45,88	-43,63	91,01	31,89
Algemeen totaal	5,31	4,11	3,52	3,18
(1) Maart 2010 = (3 eerste maanden 2010 + 9 laatste maanden 2009) / (3 eerste maanden 2009 + 9 laatste maanden 2008)				
(2) Juni 2010 = (6 eerste maanden 2010 + 6 laatste maanden 2009) / (6 eerste maanden 2009 + 6 laatste maanden 2008)				
(3) September 2010 = (9 eerste maanden 2010 + 3 laatste maanden 2009) / (9 eerste maanden 2009 + 3 laatste maanden 2008)				
(4) December 2010 = (12 maanden 2010) / (12 maanden 2009)				

8^e Deel
Bibliografie



Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2006-2011¹

Redacteurs: J. Put en V. Verdeyen

Het organiseren van dergelijke cycli-studiedagen, die telkens terugblikken op de voorbije periode van vijf jaar, kan als één van de tradities worden beschouwd van het Instituut voor Sociaal Recht van de K.U.Leuven: de eerste cyclus werd in 1965 georganiseerd. Samen genomen wordt nu een periode van maar liefst een halve eeuw bestreken. Zo is het grondigste handboek over sociale zekerheid ontstaan, gezien in het perspectief dat het meest eigen is aan dit domein: dat van de voortdurende evolutie.

Dit boek betreft de periode 2006-2010/11: de materie verschenen in het Belgisch Staatsblad of, wat de rechtspraak en rechtsleer betreft, in de juridische tijdschriften tussen 1 januari 2006 en 1 januari 2011.

De auteurs, allen tezamen een vijftiental, werden ook ditmaal met zorg geslecteerd uit diverse werksferen: de overheid, de magistratuur, de balie en de universitaire kringen.

Na een “transversale” bijdrage over het Europese socialezekerheidsrecht, volgt het boek een vrij traditionele indelingswijze, zij het met belangrijke nuances. De eerste drie bijdragen behandelen (in hoofdzaak) het toepassingsgebied en bijdrageregeling van de drie grote professionele socialezekerheidsstelsels: werknemers, zelfstandigen en overheidspersoneel. Vervolgens komen de diverse socialezekerheidsprestaties (sectoren) aan bod: arbeidsongevallen, beroepsziekten, ziekteverzekering (geneeskundige verzorging en uitkeringen), werkloosheid, pensioenen, gezinsbijslagen, tegemoetkomingen aan personen met een handicap en tot slot maatschappelijke integratie en OCMW-dienstverlening. Deze sectorgewijze benadering staat garant voor volledigheid en hanteerbaarheid. Wel werd de integratiebeweging die tijdens de vorige cyclus werd ingezet, nu volledig doorgetrokken: in de sectoren worden telkens de diverse stelsels behandeld (althans deze van de werknemers en zelfstandigen, en ook de residuaire stelsels), en komt op geïntegreerde wijze zowel wetgeving als rechtspraak aan bod.

Opnieuw is gepoogd de omvang van het boek enigszins te beperken. Het is nog steeds de bedoeling dat het boek en de bijdragen daarin een hoge en blijvende documentaire en doctrinaire waarde hebben. Het uitgangspunt blijft daarom de behandeling van alle relevante ontwikkeling in de diverse sectoren. Toch blijkt een ‘encyclopedische’ benadering, met de behandeling van alle relevante wetswijzingen en rechtspraak, in de huidige rechtsontwikkeling praktisch niet meer mogelijk, noch wenselijk. De nadruk komt te liggen op een verantwoorde selectie en een meer thematische benadering, waarbij technische details plaats ruimen voor de belangrijkste ontwikkelingen en hun onderlinge verhouding.

1. Die Keure, Kleine Pathoekeweg 3, 8000 Brugge – Tel.: 050/47 12 72 – Fax: 050/33 51 54 – E-mail: juridische.uitgaven@diekeure.be – Internet: www.diekeure.be – ISBN 978 90 4861 087 7.