



**RAAD VAN
DE EUROPESE UNIE**

**Brussel, 4 mei 2004 (05.05)
(OR. fr)**

9055/04

**STAT 46
FIN 226**

VOORSTEL

van:	de Europese Commissie
d.d.:	3 mei 2004
Betreft:	Voorstel voor een gemeenschappelijke regeling voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen ongevallen en beroepsziekten

Hierbij gaat voor de delegaties het voorstel van de Commissie dat bij brief van mevrouw Patricia Bugnot aan de heer Javier SOLANA, secretaris-generaal/hoge vertegenwoordiger, is toegezonden.

Bijlage: SEC(2004) 414/2



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 7.4.2004
SEC(2004) 414/2

Voorstel voor een

GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING

**voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen
ongevallen en beroepsziekten**

(door de Commissie ingediend)

TOELICHTING

1. Wijzigingen die uit de bepalingen van het nieuwe statuut voortvloeien

Als gevolg van het nieuwe statuut dat op 1.5.2004 in werking zal treden, moeten de volgende wijzigingen worden aangebracht:

- 1.1. Vervanging van het woord « ambtenaar » door « verzekerde » om rekening te houden met het feit dat het nieuwe statuut in de artikelen 28 en 93 van de Regeling welke van toepassing is op de andere personeelsleden van de Europese Gemeenschappen (RAP) voorziet in de toepassing van artikel 73 op zowel tijdelijke functionarissen als arbeidscontractanten.
- 1.2. Wijziging van artikel 5, eerste streepje, om het in overeenstemming te brengen met de nieuwe formulering van artikel 40 van het statuut en artikel 17 van de RAP.
- 1.3. Schrapping van de eerste en tweede alinea van artikel 8 ingevolge de goedkeuring van artikel 85 bis van het statuut.
- 1.4. Schrapping van artikel 9 dat als gevolg van artikel 85 bis van het statuut komt te vervallen.
- 1.5. Wijziging van artikel 27 met het oog op de betaling van de uitkeringen in euros.
- 1.6. Artikel 30 met betrekking tot de intrekking van de bestaande regeling wordt toegevoegd en in de tweede alinea worden de regels gepreciseerd voor de toepassing ervan met betrekking tot de datum van kennisgeving van het ontwerp-besluit, indien deze voorafgaat aan de datum van inwerkingtreding van de nieuwe regeling. Dankzij de keuze van het criterium van de datum van de in artikel 20, eerste alinea, bedoelde kennisgeving kan de overgangsperiode waarin de oude bepalingen nog van toepassing blijven, ongetwijfeld worden beperkt. De nieuwe regeling zal dus gelden voor elk ongevals- of beroepsziektedossier waarin na de datum van inwerkingtreding van deze regeling een ontwerp-besluit is genomen, en ook in geval van heropening van het dossier.

2. Noodzakelijke aanpassingen als gevolg van de rechtspraak van het Hof van Justitie

Andere wijzigingen zijn noodzakelijk geworden ingevolge de rechtspraak van het Hof van Justitie in de afgelopen jaren.

- 2.1. De schrapping van artikel 4, lid 1, onder b), tweede streepje, overeenkomstig het beginsel van rechtszekerheid dat is vastgesteld bij arrest van 20 september 2001, Spruyt/Commissie in zaak T-171/00. Aangezien het met name onmogelijk is om op basis van objectieve risicocriteria een lijst van gevaarlijke sporten op te stellen en rekening houdend met het feit dat deze uitsluiting in de meeste ongevallenverzekeringscontracten niet meer voorkomt, werd de uitsluiting voor het beoefenen van notoir gevaarlijke sporten geschrapt. Om dezelfde reden zijn ook de punten c) en d) geschrapt.
- 2.2. Artikel 20 (ex artikel 21) wordt onderverdeeld in leden en bepaalt dat het verzoek tot inschakeling van de medische commissie de naam moet vermelden van de arts die de

verzekerde vertegenwoordigt en dat deze arts de medische kwesties waarover betwisting bestaat, aan de arts van de instelling moet meedelen. Doel van deze wijziging is een duidelijker beschrijving te geven van de procedure met inachtneming van de rechtspraak (zie het arrest van 15 juli 1997, R/Commissie zaak T-187/95, JurAmbt. blz. II-729) en van Verordening (EG) nr. 45/2001 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens door de communautaire instellingen en organen.

- 2.3. Artikel 22 (ex artikel 23), lid 1, voorziet in de noodzaak tot aanwijzing van een deskundige op het gebied van de beoordeling en het herstel van lichamelijke schade als derde arts om een objectieve, coherente en voldoende onderbouwde beoordeling van de gevallen te waarborgen. Het doel ervan is de uitvoering van de expertise met inachtneming van de krachtens artikel 73 van het statuut door de verzekering tegen ongevallen en beroepsziekten geboden dekking, alsmede de coherentie, zoals door een vaste rechtspraak wordt gepreciseerd, tussen het rapport van de medische commissie en de conclusies van die expertise te waarborgen (zie het arrest van 15 december 1999, Latino/Commissie zaak T-300/97, JurAmbt. blz. II-1263, alsook het arrest van 15 december 1999, Nardone/Commissie zaak T-27/98, JurAmbt. blz. II-1293).

3. De vereenvoudiging en modernisering van de verzekeringsregeling

De derde groep wijzigingen is bedoeld ter vereenvoudiging en modernisering van de verzekeringsregeling en omvat onder meer:

- 3.1. De bepalingen van artikel 2, lid 1, verduidelijken de definitie van het ongeval en de drie voorwaarden voor dekking door de verzekering.
- 3.2. Zelfdoding wordt toegevoegd aan artikel 2, lid 2, ter vervanging van het begrip ‘onopzettelijke zelfmoord’, dat reeds onder artikel 7, lid 2, derde streepje, valt. Artikel 7 in zijn huidige versie dekt immers de onopzettelijke zelfmoord en de poging tot onopzettelijke zelfmoord in of bij de uitoefening van de functie dan wel op de weg van en naar het werk of tijdens de nasleep dan wel als gevolg van een ongeval of beroepsziekte die reeds door artikel 73 van het statuut is gedekt. Omdat een nauwkeurige definitie van onopzettelijke zelfmoord op zowel juridisch als medisch gebied ontbreekt en aangezien het begrip ‘zelfmoord in of bij de uitoefening van de functie dan wel op de weg van en naar het werk’ niet verschilt van zelfmoord die elders wordt gepleegd, valt de dekking van dit ongeval nu onder artikel 73 van het statuut. Dat wordt ook gerechtvaardigd door het feit dat zelfdoding in extreme gevallen het resultaat kan zijn van negatieve stress in verband met psychisch leed als gevolg van mobbing en/of ontheemding. Omdat het uit medisch oogpunt niet makkelijk is om de beweegredenen voor zelfdoding op te sporen, is de dekking van zelfdoding het enige middel om de verschillende motieven te verzekeren.
- 3.3. De nauwkeurigere definitie van onderkoeling, bevriezing, zonnesteek en alle andere temperatuureffecten opdat deze krachtens artikel 73 van het statuut worden gedekt.
- 3.4. De vervanging in artikel 4, lid 1, van het vage begrip ‘dronkenschap’ door concrete verwijzingen naar het bloedalcoholgehalte overeenkomstig de aanbeveling van de Commissie van 17 januari 2001 betreffende de maximaal toegestane alcoholconcentratie in het bloed bij bestuurders van motorvoertuigen [C(2000)4397].

Voor de dekking van andere ongevallen bedraagt het maximale bloedalcoholgehalte 1,4 mg/ml. Dit gehalte levert immers een ongevalsrisico op dat ongeveer tweemaal zo hoog is als dat van een bestuurder met een bloedalcoholgehalte nul.

- 3.5. Aan artikel 4 wordt lid 2 toegevoegd om erop te wijzen dat de uitsluitingsgevallen in rechtstreeks verband dienen te staan met de vergroting van het risico van een ongeval of beroepsziekte. Deze bepaling is overgenomen uit de interpretatievoorschriften die tijdens de 82e zitting van het Comité voor het statuut op 28 september 1984 te Brussel zijn goedgekeurd.
- 3.6. Artikel 7, lid 2, derde streepje, wordt geschrapt, omdat zelfdoding al onder de nieuwe bepaling in artikel 2, lid 2, valt en aangezien onvrijwillige zelfverminking of -verwonding zoals aangegeven in de oude tekst, ongevallen zijn volgens de definitie in artikel 2.
- 3.7. Artikel 10 (ex artikel 11), lid 2, is anders geformuleerd om elk misverstand over het uit te keren kapitaal bij overlijden van de verzekerde aan de gevolgen van een ongeval of beroepsziekte waarvoor reeds kapitaal is uitgekeerd, te vermijden. Het is immers zo dat alleen het positieve verschil tussen het kapitaal bij overlijden en het voor de gedeeltelijke invaliditeit reeds uitbetaalde kapitaal wordt uitgekeerd. Elke andere interpretatie zou een ongelijke behandeling van de verzekerden tot gevolg hebben.
- 3.8. Artikel 11 wijzigt ex artikel 12 inhoudelijk door de aan de regeling gehechte schaal te schrappen. Dit was absoluut noodzakelijk gezien de ontwikkeling van de geneeskunde en de noodzaak van een enkele referentieschaal in plaats van de huidige twee (de aan de regeling gehechte schaal van de percentages van blijvende gedeeltelijke invaliditeit en de officiële Belgische invaliditeitsschaal – OBIS – die volgens de derde alinea van diezelfde bijlage als referentieschaal geldt).

De reden daarvoor is onder meer de gebrekkige kennis van de OBIS (die alleen in het Frans bestaat) voor niet-Belgische artsen en het gebrek aan samenhang voor bepaalde aandoeningen tussen beide schalen. Bovendien is de OBIS zo oud dat zij de artsen moeilijkheden oplevert bij het gebruik en de interpretatie ervan, wat tot gevolg kan hebben dat twee door het tot aanstelling bevoegde gezag aangewezen artsen voor gelijkaardige situaties verschillende beslissingen nemen.

De voorgestelde nieuwe schaal is de «Europese schaal ter beoordeling van lichamelijke en geestelijke invaliditeit» als bijlage bij de ontwerp-aanbeveling van de Raad, die eerstdaags door het Europees Parlement zal worden goedgekeurd. Het is een moderne schaal die het resultaat is van meer dan drie jaar werk van een groep juristen en artsen uit de verschillende lidstaten in opdracht van de juridische commissie van het Europees Parlement. De praktische regels voor het gebruik ervan in bijlage B zijn bedoeld om de coherente toepassing van de schaal bij de beoordeling van niet-economische schade in het kader van een verzekeringscontract te waarborgen.

In principe zal het niveau van de dekkingsprestaties niet worden gewijzigd, ook al houdt de coherenter organisatie van de schaal enkele aanpassingen in van de invaliditeitsbeoordelingspercentages in vergelijking met het bestaande systeem. Deze aanpassingen zijn over het algemeen evenwichtig en zijn ook noodzakelijk voor een

beoordeling waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van de geneeskunde en met de functionele eisen van de hedendaagse activiteiten.

Lid 1 stelt derhalve dat de blijvende invaliditeit wordt bepaald aan de hand van de aantasting van de fysieke en psychische integriteit zoals vastgesteld door de Europese schaal ter beoordeling van lichamelijke en geestelijke invaliditeit, met uitzondering van de preambule. Het hele artikel wordt gewijzigd door de verwijzingen naar de nieuwe schaal en door toevoeging van de leden 4, 5 en 6 worden bepalingen uit de thans geldende bijlage overgenomen. Belangrijk is dat de in lid 5 overgenomen bepaling uit de bijlage bij de huidige regeling ter wille van de duidelijkheid en nauwkeurigheid is herzien. Een uitbreiding van de dekking tot het volledige of gedeeltelijke functieverlies van synergetisch werkende ledematen of organen is mogelijk naar analogie van de dekking van het arbeidsongevallenrisico in de lidstaten.

- 3.9. In artikel 12 (ex artikel 13) wordt nu de wijze van betaling van de rente vermeld. Dit is het resultaat van de huidige administratieve praktijk waarbij de uitgestelde rente als gevolg van de jaarlijkse betaling wordt berekend.
- 3.10. In artikel 13 (ex artikel 14) is 'de raadgevende artsen' vervangen door 'de door de instellingen aangewezen artsen' ten behoeve van de samenhang van de tekst en om verwarring met de artsen van het Gemeenschappelijk stelsel van ziektekostenverzekering (GSZV) te vermijden.

In de voor de aanvullende vergoeding gebruikte formulering zijn ook de schadegevallen opgenomen waarvoor volgens de nieuwe Europese schaal een afzonderlijke beoordeling kan worden verricht. De nieuwe definitie is dus ruimer want zij omvat ook andere dan alleen maar fysieke en psychische schade en is coherent met de in artikel 11 bedoelde schaal.

Artikel 13 is bedoeld ter erkenning van een invaliditeit voor esthetische schade, seksuele schade (voortplanting uitgezonderd), niet objectiveerbare doch uit medisch oogpunt plausibele uitzonderlijke pijn, en minder of geen vermogen meer om recreatieve activiteiten te beoefenen die specifiek zijn voor de verzekerde. De beoordeling van deze aanvullende vergoeding vindt plaats aan de hand van een specifieke schaal in bijlage C bij de regeling. Het is een schaal van 1 tot 7 met percentages van 0,5 tot 7%. Deze wijziging maakt een einde aan de analogie met de invaliditeitsschaal van artikel 11 (ex artikel 12), die uit medisch oogpunt onmogelijk kan worden toegepast.

- 3.11. Artikel 15 (ex artikel 16) wijst erop dat de verzekerde verplicht is aangifte te doen van het ongeval. Laattijdige aangifte kan worden geaccepteerd in geval van overmacht of om iedere andere gegronde reden, mits een medische verklaring of een onweerlegbaar bewijs van het ongeval wordt verstrekt.
- 3.12. Artikel 16 (ex artikel 17) preciseert de datum die in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de basissalarissen overeenkomstig artikel 73 wat beroepsziekten betreft. Voor ongevallen is de datum duidelijk vastgesteld; voor beroepsziekten daarentegen moet die datum aan de hand van een medische beoordeling worden vastgesteld (arrest van 4 januari 1993, F/Commissie zaak T-88/91, Jurispr. blz. II-13, punten 35-39). Ontbreekt echter een dergelijk medisch

advies, dan geldt de datum van aangifte als referentie voor de berekening van het basissalaris.

- 3.13. Artikel 17 (ex artikel 18) bepaalt dat, als de verzekerde geen gevolg geeft aan de oproep van de aangewezen arts, behalve dan in geval van overmacht of om iedere andere gegronde reden, het dossier wordt gesloten met inachtneming van de evenredigheidsbeginselen en rekening houdend met de mogelijkheid dat het dossier overeenkomstig artikel 21 (ex artikel 22) opnieuw wordt geopend. Dit is een extra verduidelijking met het oog op een goed administratief beheer.
- 3.14. Artikel 19 (ex artikel 20) is onderverdeeld in leden, licht de procedure inzake de stabilisatie van letsels toe en houdt vooral de verplichting in om de administratie van de ontwikkeling van de gezondheidstoestand op de hoogte te houden.

Dat bij gebrek aan informatie gedurende meer dan zes maanden het dossier wordt gesloten, is een verduidelijking met het oog op een goed administratief beheer en neemt niet weg dat het dossier krachtens artikel 21 (ex artikel 22) opnieuw kan worden geopend.

Lid 3 bevat een definitie van de stabilisatie van letsels, die is overgenomen uit de interpretatievoorschriften die tijdens de 82e zitting van het Comité voor het statuut op 28 september 1984 te Brussel zijn goedgekeurd.

Er wordt op gewezen dat de door de instelling aangewezen arts zich over de stabilisatie kan uitspreken om aan de medische eisen te voldoen.

Lid 4 biedt de mogelijkheid tot uitkering van een voorlopige invaliditeitsvergoeding in geval van een beroepsziekte, aangezien het begrip stabilisatie niet van toepassing is.

Lid 5 neemt, voor besluiten betreffende ongevallen, de bepaling van ex artikel 20 over tot betaling van een voorlopige invaliditeitsvergoeding indien de graad van invaliditeit ten minste 20% bedraagt.

- 3.15. In artikel 22 (ex artikel 23), lid 1, wordt de volgorde van aanwijzing van de artsen omgekeerd om elk misverstand over het feit dat de instelling haar arts aanwijst na die van de verzekerde die om inschakeling van de medische commissie verzoekt, te vermijden. Voor een goed administratief beheer en om buitensporige honoraria van de artsen te vermijden, bepaalt hetzelfde artikel dat die artsen een gedetailleerde opgave van hun honoraria en onkosten moeten voorleggen voordat ze worden aangewezen.

Het nieuwe lid 2 betreft het mandaat van de medische commissie in verband met de medische vraagstukken die door de arts van de verzekerde worden opgeworpen, zulks met inachtneming van de rechtspraak (zie het arrest van 15 juli 1997, R/Commissie zaak T-187/95). Met dit lid wordt ook het toezicht door het tot aanstelling bevoegde gezag op buitensporige honoraria van artsen ingevoerd, hetgeen absoluut noodzakelijk is aangezien de door artsen verlangde honoraria steeds moeilijker te voorspellen zijn (tot 18 000 euro voor één zitting van de medische commissie).

Lid 3 geeft een duidelijker beschrijving van het verloop van de procedure, van de organisatie van de werkzaamheden van de medische commissie en van de taken van de derde arts, rekening houdend met de rechtspraak van het Hof van Justitie (zie het arrest van 15 december 1999, Nardone/Commissie zaak T-27/98, JurAmbt. blz. II-1293, punten 68-69). De toezending van het rapport van de medische commissie aan de ambtenaar is geschrapt, omdat deze procedure in strijd is met artikel 20 van de regeling (ex artikel 21). De toezending van het rapport van de medische commissie op verzoek van de ambtenaar of zijn rechtverkrijgenden completeert de procedure van toezending door de medische commissie overeenkomstig Verordening (EG) nr. 45/2001 van het Europees Parlement en de Raad betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens door de communautaire instellingen en organen.

Lid 4 is bedoeld om de tekst te vereenvoudigen en coherenter te maken. Naar analogie van artikel 23 (ex artikel 24) worden de kosten van de medische commissie vergoed volgens een en dezelfde procedure, ongeacht het soort ongeval (op het werk of privé) en zonder, zoals in de geldende tekst, onderscheid te maken tussen een arbeidsongeval en een beroepsziekte.

- 3.16. Artikel 24 met betrekking tot het medisch beroepsgeheim wordt ingevoegd. Zoals bij de gemeenschappelijke regeling « Ziekteverzekering » is de invoering van het medisch beroepsgeheim voor de met het beheer van de regeling ongevallen en beroepsziekten belaste functionarissen noodzakelijk.

Voorstel voor een

GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING

voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen ongevallen en beroepsziekten

DE INSTELLING ¹,

Gelet op het statuut van de ambtenaren van de Europese Gemeenschappen en de regeling welke van toepassing is op de andere personeelsleden van deze Gemeenschappen, vastgesteld bij Verordening (EEG, Euratom, EGKS) nr. 259/68² en laatstelijk gewijzigd bij Verordening (EEG, Euratom) nr. XXXX/XX³, en met name op artikel 73 van genoemd statuut en artikel 28 van genoemde regeling,

Gelet op de gemeenschappelijke regeling voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen ongevallen en beroepsziekten, laatstelijk gewijzigd op 18 juli 1997,

Gezien het advies van het comité voor het statuut,

Gezien de onderlinge overeenstemming van de instellingen van de Europese Gemeenschappen⁴,

Overwegende dat de instellingen van de Europese Gemeenschappen in onderlinge overeenstemming een regeling dienen vast te stellen voor de verzekering tegen ongevallen en beroepsziekten die op de ambtenaren van deze Gemeenschappen van toepassing is,

¹ Iedere instelling van de Gemeenschappen voor wat haar betreft:
Raad: 22 november 1976
Economisch en Sociaal Comité: 5 oktober 1976
Parlement: 27 januari 1977
Commissie: 18 april 1975
Hof van Justitie: 9 juli 1975

² PB nr. L 56 van 4.3.1968, blz. 1.

³ PB nr. L XXX van XXXX.2004, blz. XX.

⁴ Deze regeling is vastgesteld door alle instellingen, wier gemeenschappelijk akkoord op XXXX 2004 werd vastgesteld door de president van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen.

STELT DE VOLGENDE REGELING VAST:

HOOFDSTUK I

ALGEMENE BEPALINGEN

Artikel 1

Doel

Ter uitvoering van artikel 73 van het statuut van de ambtenaren van de Europese Gemeenschappen stelt deze regeling de voorwaarden vast waaronder de verzekerde overal ter wereld tegen ongevallen en beroepsziekten verzekerd is.

Uit hoofde van deze regeling verzekerd is:

- de ambtenaar;
- de tijdelijk functionaris;
- de arbeidscontractant.

Artikel 2

Ongeval

1. Onder voorbehoud van artikel 7 wordt als ongeval beschouwd elke plotselinge gebeurtenis die de verzekerde lichamelijk en/of geestelijk letsel heeft toegebracht en waarvan de oorzaak of een van de oorzaken buiten het organisme van het slachtoffer gelegen is. Worden onder meer als ongeval beschouwd:
 - vergiftiging;
 - infecties, ziekten en verwondingen en alle andere gevolgen van dierenbeten of insectensteken;
 - verstuingen, verrekkingen en scheuringen van spieren en pezen als gevolg van een inspanning;
 - de onopgehelderde verdwijning van de verzekerde, indien na verloop van een jaar en na een onderzoek van de omstandigheden van de verdwijning aangenomen wordt dat de verzekerde is overleden, tenzij aannemelijk is dat het overlijden niet door een ongeval is veroorzaakt.

Artikel 3

Beroepsziekten

1. Als beroepsziekten worden beschouwd de ziekten vermeld in de “Europese lijst van beroepsziekten”, gehecht aan de aanbeveling van de Commissie van 19 september

2003⁵, en in de eventuele aanvullingen daarop, voor zover de verzekerde in zijn beroepswerkzaamheden bij de Europese Gemeenschappen aan het risico deze ziekten op te doen heeft blootgestaan.

2. Wordt eveneens als beroepsziekte beschouwd elke ziekte of verergering van een reeds bestaande ziekte, niet vermeld in de in lid 1 bedoelde lijst, wanneer met voldoende zekerheid komt vast te staan dat zij is ontstaan in of bij de uitoefening van werkzaamheden in dienst van de Gemeenschappen.

Artikel 4 *Uitgesloten risico's*

1. Niet door artikel 73 van het statuut gedekt zijn ongevallen, voortvloeiende uit:
 - (a) de vrijwillige deelneming van de verzekerde aan vechtpartijen, behoudens het bepaalde in lid 3;
 - (b) klaarblijkelijk roekeloze handelingen van de verzekerde of zijn deelneming, met gemotoriseerde voer-, vaar- of vliegtuigen, aan sportwedstrijden, snelheidswedstrijden en officiële proeven;
 - (c) een bloedalcoholgehalte bij de door het ongeval getroffen verzekerde van meer dan 0,5 mg/ml bij ongevallen in verband met het besturen van een motorvoertuig, en een bloedalcoholgehalte van meer dan 1,4 mg/ml bij alle andere ongevallen;
 - (d) het gebruik door de verzekerde van niet door een arts voorgeschreven verdovende middelen, tenzij bij vergissing;
 - (e) het door de verzekerde buiten noodzaak welbewust hanteren van oorlogstuig of munitie.
2. De in lid 1 bedoelde uitsluitingsgevallen dienen in rechtstreeks verband te staan met de vergroting van het risico of de risico's welke zij meebrengen.
3. De ongevallen als bedoeld in lid 1, onder a), zijn gedekt wanneer zij plaatsvinden in of bij de uitoefening van de functie dan wel op de weg van en naar het werk, behoudens onverschoonbare fout van de verzekerde.

Artikel 5 *Schorsing van de dekking*

De dekking van de in artikel 73 van het statuut bedoelde risico's wordt geschorst in de gevallen, bedoeld in artikel 40 van het statuut en artikel 17 van de regeling welke van toepassing is op de andere personeelsleden.

⁵ PB L 238 van 25.9.2003, blz. 28.

Artikel 6
Korting van de uitkeringen

Indien de verzekerde door een ongeval of een ziekte wordt getroffen gedurende de tijd waarin hij op grond van artikel 41, respectievelijk artikel 42 van het statuut ter beschikking is gesteld of wegens militaire dienst met verlof is, worden door derden verrichte uitkeringen van dezelfde aard in mindering gebracht op die welke ingevolge deze regeling verschuldigd zijn.

Artikel 7
Uitsluitingen

1. De in artikel 73 van het statuut bedoelde uitkeringen zijn niet verschuldigd wanneer het ongeval of de ziekte door de verzekerde opzettelijk is teweeggebracht.

Geen uitkering is verschuldigd aan diegene van de rechtverkrijgenden die opzettelijk het overlijden van de verzekerde heeft teweeggebracht.

2. Als ongevallen in de zin van deze regeling worden evenwel beschouwd:
 - zelfdoding,
 - lichamelijk of geestelijk letsel, ontstaan in geval van nood of noodweer dan wel bij het redden van personen en goederen;
 - gevolgen van aanranding van of aanslag op de persoon van de verzekerde, ook tijdens stakingen of oproer, tenzij komt vast te staan dat de verzekerde vrijwillig heeft deelgenomen aan de gewelddadigheden waarvan hij het slachtoffer is geworden, behoudens in geval van noodweer.

Artikel 8
Subrogatie

De verzekerde of zijn rechtverkrijgenden moeten de instelling waartoe de verzekerde behoort, de inlichtingen en bewijzen verschaffen waarover zij beschikken, opdat deze zich eventueel op de aansprakelijke derde kan verhalen, en de instelling daartoe alle noodzakelijke medewerking verlenen. De verzekerde of zijn rechtverkrijgenden kunnen alleen met toestemming van de instelling waartoe de verzekerde behoort, met de aansprakelijke derde een minnelijke schikking treffen of een dading aangaan.

HOOFDSTUK II

UITKERINGEN

Artikel 9
Kostenvergoeding

1. De verzekerde die door een ongeval of beroepsziekte wordt getroffen, heeft recht op vergoeding van alle kosten die noodzakelijk zijn voor een zo volledig mogelijk lichamelijk en/of geestelijk herstel, voor de gehele verzorging en behandeling van de

gevolgen van het opgelopen letsel en de uitingen daarvan, en zo nodig voor zijn functionele en beroepsrevalidatie.

Indien echter het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling waartoe de verzekerde behoort, bepaalde kosten als buitensporig of niet noodzakelijk beschouwt, kan het, op advies van de door dit gezag aangewezen arts, deze kosten tot een redelijk geacht bedrag beperken of eventueel vergoeding weigeren.

De in de voorgaande alinea's bedoelde kosten worden de verzekerde uit hoofde van deze regeling vergoed door het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling waartoe hij of zij behoort, nadat de in artikel 72 van het statuut bedoelde ziektekostenverzekering het gedeelte dat overeenkomstig de voor haar geldende bepalingen te haren laste komt, op zich heeft genomen.

2. Het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling kan de verzekerde, op diens verzoek en na advies van de door dit gezag aangewezen arts, een reiskostenvergoeding toekennen wanneer het noodzakelijk blijkt dat de verzekerde zich in zijn land van herkomst laat behandelen of aldaar zijn herstelperiode of kuurtijd doorbrengt.

Wanneer de gezondheidstoestand van de verzekerde zulks noodzakelijk maakt, kan het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling hem in uitzonderlijke gevallen en op advies van de door dit gezag aangewezen arts een reiskostenvergoeding toekennen teneinde hem in staat te stellen in een ander land dan zijn land van herkomst de door zijn toestand vereiste behandelingen te ondergaan.

De vergoeding van deze reiskosten geschiedt overeenkomstig artikel 12 van bijlage VII bij het statuut.

Artikel 10 *Kapitaaluitkering*

1. Bij overlijden van een verzekerde als gevolg van een ongeval of een beroepsziekte betaalt de instelling waartoe de verzekerde behoorde, het in artikel 73, lid 2, onder a), van het statuut bedoelde kapitaal aan de daar genoemde rechtverkrijgenden.

Indien in het geval, bedoeld in artikel 2, lid 2, laatste streepje, na gehele of gedeeltelijke uitbetaling van dit kapitaal aan de rechtverkrijgenden de verzekerde nog in leven blijkt te zijn, moet het gehele uitgekeerde bedrag door de rechtverkrijgenden worden terugbetaald. Terugbetaling in termijnen kan worden toegestaan.

2. Ingeval na uitbetaling van het in artikel 11 bedoelde kapitaal de verzekerde aan de gevolgen van hetzelfde ongeval of dezelfde beroepsziekte komt te overlijden, kan slechts aanspraak worden gemaakt op uitkering van het positieve verschil tussen het krachtens lid 1 en het krachtens artikel 11 uitgekeerde kapitaal.

Artikel 11
Blijvende invaliditeit

1. De algehele of gedeeltelijke blijvende invaliditeit wordt bepaald aan de hand van de Europese schaal ter beoordeling van lichamelijke en geestelijke invaliditeit in bijlage A bij deze regeling.

De in bijlage B opgenomen praktische regels voor het gebruik van de schaal zijn van toepassing.

De aanbeveling van de Raad betreffende de vaststelling van een Europese schaal ter beoordeling van lichamelijke en geestelijke invaliditeit en de eventuele aanvullingen daarop, met uitzondering van de preambule, vervangt bijlage A bij deze regeling vanaf de dag van haar bekendmaking in het Publicatieblad van de Europese Unie.

2. Bij algehele blijvende invaliditeit van de verzekerde als gevolg van een ongeval of een beroepsziekte bedraagt de invaliditeit 100% en wordt hem het in artikel 73, lid 2, onder b), van het statuut bedoelde kapitaal uitgekeerd.
3. Bij gedeeltelijke blijvende invaliditeit van de verzekerde als gevolg van een ongeval of een beroepsziekte wordt hem het in artikel 73, lid 2, onder c), van het statuut bedoelde kapitaal uitgekeerd, dat wordt berekend aan de hand van de percentages in de in lid 1 bedoelde schaal.
4. Bij de vergoeding van letsel aan ledematen of organen die reeds vóór het ongeval waren beschadigd of gedeeltelijk hun functie hadden verloren, wordt rekening gehouden met het verschil tussen de toestand vóór en na het ongeval.
5. Bij de beoordeling van het letsel aan door het ongeval beschadigde gezonde ledematen of organen moet rekening worden gehouden met de mate waarin andere, niet door het ongeval beschadigde, ledematen of organen reeds beschadigd waren of gedeeltelijk hun functie hadden verloren, voor zover deze ledematen of organen synergetisch werken met die welke door het ongeval beschadigd zijn geraakt. In dat geval wordt het totale of gedeeltelijke verlies van de functie vergoed.
6. Leidt een zelfde ongeval tot meervoudige invaliditeit, dan wordt de totale vergoeding verkregen door samentelling, zonder dat het volledige verzekerde bedrag voor algehele blijvende invaliditeit of het verzekerde deelbedrag voor het totale verlies of het volledige functieverlies van het beschadigde lichaamsdeel of orgaan kan worden overschreden.

Artikel 12
Lijfrente

Op verzoek van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden worden de in de artikelen 10 en 11 bedoelde betalingen door een lijfrente vervangen.

Dit verzoek moet worden gedaan binnen drie maanden na mededeling van het in artikel 18 bedoelde besluit.

De omzetting in een lijfrente, voor terstond of later, geschiedt op grond van de tabellen, bedoeld in artikel 8 van bijlage VIII bij het statuut, betreffende de pensioenen. De rente wordt jaarlijks achteraf betaald.

Artikel 13 *Aanvullende vergoeding*

In geval van schade die specifiek is voor de betrokken persoon, zoals esthetische schade, seksuele schade (voortplanting uitgezonderd), niet objectiveerbare doch uit medisch oogpunt plausibele uitzonderlijke pijn, minder of geen vermogen meer om bepaalde sport- of recreatieve activiteiten te beoefenen, wordt op advies van de door de instellingen aangewezen artsen of van de in artikel 22 bedoelde medische commissie aan de verzekerde een aanvullende vergoeding boven op het voor gedeeltelijke blijvende invaliditeit uit te keren bedrag toegekend.

Deze vergoeding wordt vastgesteld aan de hand van de schaal ter beoordeling van specifieke bijzondere schade in bijlage C.

Artikel 14 *Vaste vergoeding*

Wanneer de verzekerde als gevolg van een ongeval of een beroepsziekte zodanig invalide is geworden dat hij permanent is aangewezen op de hulp van een andere persoon, kan het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling, op advies van de door dit gezag aangewezen arts of van de in artikel 22 bedoelde medische commissie, hem een vaste maandelijkse vergoeding toekennen, gelijk aan de gerechtvaardigde onkosten, doch tot een maximum van 150% van het minimum voor levensonderhoud als bedoeld in artikel 6 van bijlage VIII bij het statuut, hierbij rekening houdend met de in artikel 64 van het statuut bedoelde aanpassingscoëfficiënt.

Deze vaste vergoeding wordt pas uitgekeerd na en in aanvulling op de ingevolge artikel 72 van het statuut eventueel verschuldigde vergoedingen.

Het besluit tot toekenning van deze vergoeding wordt op door de instelling gezette tijden, doch ten minste elke drie jaar, opnieuw bezien.

HOOFDSTUK III **PROCEDURE**

Artikel 15 *Aangifte van een ongeval*

1. De verzekerde die door een ongeval wordt getroffen, of zijn rechtverkrijgenden moeten bij de administratie van de instelling waartoe de verzekerde behoort, aangifte doen van het ongeval.

Wanneer het ongeval de dood tot gevolg heeft, alsmede in alle gevallen waarin de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden in de onmogelijkheid verkeren het ongeval aan

te geven, kan deze aangifte geschieden door ieder gezinslid of iedere persoon die van het ongeval kennis heeft gekregen.

De aangifte moet een nauwkeurige opgave inhouden van de dag en het uur, de oorzaken en de omstandigheden van het ongeval, alsmede van de namen van getuigen en eventuele aansprakelijke derden. De aangifte dient vergezeld te gaan van een medische verklaring betreffende de aard van het letsel en de vermoedelijke gevolgen van het ongeval.

2. De aangifte dient te geschieden uiterlijk op de tiende werkdag na de datum van het ongeval. Deze termijn kan echter worden overschreden in geval van overmacht of om iedere andere gegronde reden, mits de verzekerde het ongeval en het oorzakelijk verband tussen dit ongeval en de invaliditeit kan aantonen.
3. De administratie kan een onderzoek instellen.

Artikel 16 *Aangifte van een beroepsziekte*

1. Bij een verzoek om toepassing van deze regeling wegens een beroepsziekte moet de verzekerde binnen een redelijke termijn na het begin van de ziekte of de datum waarop zij voor het eerst medisch is geconstateerd, aangifte doen bij de administratie van de instelling waartoe hij behoort. Deze aangifte kan geschieden door de verzekerde of de voormalige verzekerde indien de vermeende beroepsziekte zich openbaart na de datum waarop hij de dienst definitief heeft verlaten; wanneer de verzekerde aan een vermeende beroepsziekte is overleden, kan de aangifte ook door zijn rechtverkrijgenden geschieden.

De aangifte moet de aard van de aandoening vermelden en vergezeld gaan van medische verklaringen of van enig ander bewijsstuk.

In het geval van een erkende beroepsziekte worden de op grond van artikel 73, lid 2, te betalen uitkeringen berekend op grond van het maandsalaris in de twaalf maanden voorafgaande aan de datum waarop de ziekte voor het eerst werd vastgesteld, of anders de datum waarop de arbeidsongeschiktheid in verband met de ziekte voor het eerst is ingetreden, of de datum van aangifte.

2. De administratie stelt een onderzoek in teneinde alle gegevens te verzamelen aan de hand waarvan de aard van de aandoening, alsmede het verband tussen ziekte en beroep en de omstandigheden waaronder zij zich heeft voorgedaan, kunnen worden vastgesteld.

Dit onderzoek kan ambtshalve worden ingesteld wanneer een verzekerde die bij de uitoefening van zijn functies heeft blootgestaan aan de werking van schadelijke stoffen of aan uitzonderlijke ziekteverwekkers, een ziekte of letsel heeft opgelopen.

Na inzage van het onderzoeksrapport stellen de door de instellingen aangewezen arts of artsen de in artikel 18 bedoelde conclusies op.

Artikel 17
Medisch deskundigenonderzoek

De administratie kan elk medisch deskundigenonderzoek doen instellen dat voor de toepassing van deze regeling noodzakelijk is.

Het geen gevolg geven aan een oproep van de door de instelling aangewezen arts leidt tot sluiting van het dossier, behalve in geval van overmacht of om iedere andere gegronde reden en onder voorbehoud van de toepassing van artikel 21.

Artikel 18
Besluiten

De besluiten waarbij een voorval wordt gekwalificeerd, alsmede die betreffende de toeschrijving daarvan aan arbeids- of particuliere risico's, of waarbij een ziekte als beroepsziekte wordt gekwalificeerd, alsmede die betreffende de vaststelling van de graad van blijvende invaliditeit, worden overeenkomstig de procedure van artikel 20 genomen door het tot aanstelling bevoegde gezag:

- op grond van de conclusies van de door de instellingen aangewezen arts of artsen,
- en, indien de verzekerde zulks verlangt, na raadpleging van de in artikel 22 bedoelde medische commissie.

Artikel 19
Stabilisatie van het letsel

1. De verzekerde is verplicht de administratie uit eigen beweging op de hoogte te houden van de ontwikkeling van zijn gezondheidstoestand door overlegging van medische verklaringen.
2. Indien de verzekerde gedurende meer dan zes maanden geen enkele informatie uit hoofde van het eerste lid verstrekt, wordt hij geacht genezen te zijn en wordt zijn dossier gesloten onder voorbehoud van de toepassing van artikel 21.
3. Het besluit tot vaststelling van de graad van invaliditeit wordt genomen na de stabilisatie van het door de verzekerde opgelopen letsel. De gevolgen van het ongeval of de beroepsziekte worden als blijvend beschouwd wanneer zij gestabiliseerd zijn of slechts zeer langzaam en in zeer beperkte mate minder worden. De verzekerde dient daartoe een medisch rapport te overleggen waarin de stabilisatie van zijn toestand wordt vastgesteld en de aard van het letsel wordt omschreven. De door de instelling aangewezen arts of artsen of de in artikel 22 bedoelde medische commissie kunnen zich echter ook bij ontstentenis van dit medisch rapport over de stabilisatie uitspreken.

Wanneer bij beëindiging van de medische behandeling de graad van invaliditeit nog niet definitief kan worden vastgesteld, dient het advies van de in artikel 18 bedoelde arts of artsen of eventueel het rapport van de in artikel 22 bedoelde medische commissie de uiterste datum aan te geven waarop het dossier van de verzekerde aan een hernieuwd onderzoek moet worden onderworpen.

4. In het geval van een erkende beroepsziekte kent het tot aanstelling bevoegde gezag een voorlopige vergoeding toe tot het niet betwiste gedeelte van het percentage blijvende invaliditeit. Deze vergoeding wordt in mindering gebracht op de definitieve uitkeringen.
5. Het bepaalde in lid 4 geldt voor de besluiten betreffende ongevallen indien de graad van invaliditeit ten minste 20% bedraagt.

Artikel 20

Ontwerp-besluit en inschakeling van de medische commissie

1. Alvorens een besluit ingevolge artikel 18 te nemen, brengt het tot aanstelling bevoegde gezag het ontwerp-besluit, tezamen met de conclusies van de door de instelling aangewezen arts of artsen, ter kennis van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden. Dezen kunnen verlangen dat het volledige medische rapport aan een arts hunner keuze wordt toegezonden of aan henzelf wordt medegedeeld.
2. Binnen zestig dagen kunnen de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden verlangen dat het advies van de in artikel 22 bedoelde medische commissie wordt ingewonnen. Het verzoek om inschakeling van de medische commissie moet de naam vermelden van de arts die de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden vertegenwoordigt, en moet vergezeld gaan van het rapport van deze arts waarin de medische kwesties worden vermeld waarover betwisting bestaat met de voor de toepassing van deze regeling door de instelling aangewezen arts of artsen.
3. Indien na het verstrijken van deze termijn geen verzoek om raadpleging van de medische commissie is gedaan, neemt het tot aanstelling bevoegde gezag het besluit conform het medegedeelde ontwerp.

Artikel 21

Heropening van het dossier

Bij verergering van het letsel of de invaliditeit en wanneer het dossier overeenkomstig artikel 17, tweede alinea, en artikel 19, lid 2, is gesloten, kan de verzekerde te allen tijde daarvan aangifte doen onder overlegging van het rapport van de behandelende arts.

Indien de verergering tevens is vastgesteld door de arts, aangewezen door het tot aanstelling bevoegde gezag, neemt dit een besluit overeenkomstig de procedure van de artikelen 18 en 20.

Artikel 22

Medische commissie

1. De medische commissie bestaat uit drie artsen, van wie:
 - de eerste door de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden,
 - de tweede door het tot aanstelling bevoegde gezag,

- de derde in onderlinge overeenstemming door de eerste twee artsen wordt aangewezen.

Indien binnen een termijn van twee maanden na de aanwijzing van de tweede arts geen overeenstemming over de aanwijzing van de derde arts wordt bereikt, wordt deze laatste op initiatief van een der partijen ambtshalve door de president van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen aangewezen.

Ongeacht de wijze waarop hij is aangewezen, moet de derde arts over aangetoonde deskundigheid beschikken op het gebied van de beoordeling en het herstel van lichamelijke schade.

2. De instelling verleent de medische commissie het mandaat. Dit mandaat betreft de medische vraagstukken die worden opgeworpen in het rapport van de arts die de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden vertegenwoordigt, en andere uit hoofde van artikel 20, lid 2, ingediende relevante medische rapporten.

Alvorens met de werkzaamheden te beginnen en binnen 15 werkdagen na de datum waarop de medische commissie mandaat is verleend, moeten de door de ambtenaar aangewezen arts en de derde arts aan de instelling een opgave van hun honoraria en onkosten voorleggen. Het tot aanstelling bevoegde gezag moet toestemming verlenen voor deze honoraria en onkosten. Afhankelijk van de complexiteit van het mandaat kan de instelling verschillende maxima vaststellen. Het honorarium en de onkosten van de derde arts waarvoor de instelling geen toestemming heeft verleend, worden ter goedkeuring aan de verzekerde die om inschakeling van de medische commissie heeft verzocht, of aan zijn rechtverkrijgenden medegedeeld. Indien het honorarium en de onkosten van de derde arts ook niet door de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden worden aanvaard, moet op grond van lid 1 een nieuwe arts worden aangewezen. Indien de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden met het honorarium en de onkostenvergoeding akkoord gaan, ontvangt de arts een bevestiging van zijn mandaat.

Alvorens de artsen een bevestiging van hun mandaat te sturen, deelt de instelling de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden de honoraria en onkosten mede die op grond van lid 4 te hunnen laste kunnen blijven. In geen geval kunnen de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden de derde arts wraken op grond van de hoogte van de door deze verlangde honoraria en onkostenvergoeding. Het staat hun echter vrij op elk moment af te zien van inschakeling van de medische commissie. In dat geval blijven het honorarium en de bijkomende kosten van de door de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden gekozen arts en de helft van het honorarium en de bijkomende kosten van de derde arts voor het gedeelte van de verrichte werkzaamheden te hunnen laste.

De verzekerde of zijn rechtverkrijgenden blijven zijn of hun arts de met hem overeengekomen bedragen verschuldigd, ongeacht hetgeen de instelling bereid is te betalen.

3. De medische commissie onderzoekt op collegiale wijze alle beschikbare documenten die haar bij haar beoordelingen van dienst kunnen zijn, en besluiten worden bij meerderheid van stemmen genomen. De medische commissie regelt haar eigen werkwijze. De derde arts neemt het secretariaat waar en stelt het rapport op. De medische commissie kan aanvullende onderzoeken verlangen en deskundigen

raadplegen om het dossier aan te vullen, of nuttig advies inwinnen om haar opdracht tot een goed einde te brengen.

De medische commissie mag slechts medische adviezen uitbrengen over de feiten die haar ter beoordeling worden voorgelegd of ter kennis worden gebracht.

Indien de medische commissie, waarvan de opdracht zich beperkt tot het louter medisch aspect van het dossier, van oordeel is dat zij te maken heeft met een geschil van juridische aard, verklaart zij zich onbevoegd.

Na beëindiging van haar werkzaamheden legt de medische commissie haar conclusies neer in een rapport dat wordt toegezonden aan het tot aanstelling bevoegde gezag.

Op grond van dit rapport brengt het tot aanstelling bevoegde gezag zijn besluit, tezamen met de conclusies van de medische commissie, ter kennis van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden. Dezen kunnen verlangen dat het volledige rapport van de commissie aan een arts hunner keuze wordt toegezonden of aan henzelf wordt medegedeeld.

4. De kosten van de werkzaamheden van de medische commissie komen voor rekening van de instelling waartoe de verzekerde behoort.

Wanneer echter het advies van de medische commissie overeenstemt met het ontwerp-besluit van het tot aanstelling bevoegde gezag, komen het honorarium en de bijkomende kosten van de arts hunner keuze, alsmede de helft van het honorarium en de bijkomende kosten van de derde arts voor rekening van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden, terwijl de overige kosten voor rekening komen van de instelling.

5. In uitzonderlijke gevallen kan het tot aanstelling bevoegde gezag op advies van de door dit gezag aangewezen arts besluiten dat alle in de voorgaande alinea's bedoelde kosten voor rekening van de instelling komen.

Artikel 23

Raadpleging van een andere arts

1. Wanneer in andere dan de in artikel 18 bedoelde gevallen een besluit moet worden genomen na advies van de arts, aangewezen door het tot aanstelling bevoegde gezag, brengt dit het ontwerp-besluit, tezamen met de conclusies van de arts, vooraf ter kennis van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden. Dezen kunnen binnen dertig dagen verzoeken om raadpleging van een andere arts, in onderlinge overeenstemming te kiezen door de arts, aangewezen door het tot aanstelling bevoegde gezag, en door een arts, aan te wijzen door de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden. Indien na afloop van deze termijn geen verzoek daartoe is ingediend, neemt het tot aanstelling bevoegde gezag het besluit conform het medegedeelde ontwerp.

Het advies van de in de voorgaande alinea bedoelde arts wordt door het tot aanstelling bevoegde gezag toegezonden aan de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden.

2. De kosten van de raadpleging van de in onderlinge overeenstemming gekozen arts komen voor rekening van de instelling waartoe de verzekerde behoort.

Wanneer evenwel het door deze arts uitgebrachte advies overeenstemt met het ontwerp-besluit van het tot aanstelling bevoegde gezag, komen het honorarium en de bijkomende kosten die door deze raadpleging zijn veroorzaakt, voor rekening van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden.

Artikel 24
Medisch beroepsgeheim

De met de uitvoering van deze regeling belaste functionarissen vallen wat de stukken en/of kosten betreft waarvan zij bij de uitoefening van hun werkzaamheden kennis dragen, onder het medisch beroepsgeheim.

Ook na beëindiging van hun werkzaamheden uit hoofde van deze regeling blijven zij hieraan onderworpen.

Artikel 25
Zelfstandigheid van artikel 73

De vaststelling van een algehele of gedeeltelijke blijvende invaliditeit op grond van artikel 73 van het statuut en van deze regeling prejudicieert niet op de toepassing van het bepaalde in artikel 78 van het statuut, en omgekeerd.

HOOFDSTUK IV
BETAALBAARSTELLING VAN RECHTEN EN BETALING
VAN UITKERINGEN

Artikel 26
Betalbaarstelling van rechten

De betaalbaarstelling van de rechten die uit deze regeling kunnen voortvloeien voor de verzekerde die door een ongeval of beroepsziekte is getroffen, of voor zijn rechtverkrijgenden geschiedt door de instelling waartoe de verzekerde ten tijde van het ongeval of de beroepsziekte behoorde. De afrekening van deze betaalbaarstelling wordt ter kennis gebracht van de verzekerde of zijn rechtverkrijgenden en van de Commissie van de Europese Gemeenschappen, die is belast met de afwikkeling van de in deze regeling bedoelde uitkeringen.

Artikel 27
Betaling van de uitkeringen

De in de artikelen 10 en 11 bedoelde sommen en de in artikel 12 bedoelde lijfrente worden uitbetaald in euro's.

HOOFDSTUK V RECHTSMIDDELEN

Artikel 28 Beroep

De verzekerde of zijn rechtverkrijgenden kunnen tegen de krachtens deze regeling genomen besluiten bij het tot aanstelling bevoegde gezag van de instelling waartoe de verzekerde behoort, een klacht indienen in de zin van artikel 90 van het statuut, alsmede, overeenkomstig de bepalingen van de Verdragen tot oprichting van de Gemeenschappen en artikel 91 van het statuut, beroep instellen bij het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen.

HOOFDSTUK VI SLOTBEPALINGEN

Artikel 29 Regelmatig overleg

Het comité voor het statuut pleegt regelmatig overleg over de toepassing van deze regeling.

Artikel 30 Intrekking

De gemeenschappelijke regeling voor de verzekering van ambtenaren van de Europese Gemeenschappen tegen ongevallen en beroepsziekten, laatstelijk gewijzigd op 18 juli 1997, wordt ingetrokken.

Zij blijft echter van toepassing op elk ontwerp-besluit dat krachtens artikel 20, lid 1, vóór 1 XXX 2004 is genomen, behalve in het geval van heropening van het dossier op grond van artikel 21.

Artikel 31 Inwerkingtreding

Deze regeling treedt in werking op de eerste dag van de maand, volgende op die waarin de president van het Hof van Justitie de in artikel 73, lid 1, van het statuut bedoelde onderlinge overeenstemming van de instellingen heeft vastgesteld.

Zij is van toepassing met ingang van dezelfde datum.

BIJLAGE A

**Europese schaal
voor de beoordeling
van aantastingen van
de fysieke en
psychische integriteit**

25 MEI 2003

Externe vertaling



SAMENVATTING

I. Zenuwstelsel

Neurologie _____

Psychiatrie _____

Sensomotorische problemen _____

II. Sensorisch systeem en stomatologie _____

Oftalmologie _____

KNO _____

Stomatologie _____

III. Osteo-articulair systeem _____

Bovenste ledemaat _____

Onderste ledemaat _____

Wervelkolom _____

Bekken _____

IV. Cardio-respiratoir systeem _____

Hart _____

Ademhalingsapparaat _____

V. Vaatstelsel _____

Slagaders _____

Aders _____

Lymfienstelsel _____

Milt _____

VI. Spijsverteringstelsel _____

Hepato-gastro-enterologie _____

VII. Urinair stelsel _____

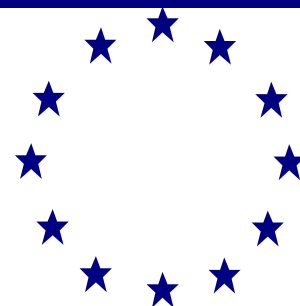
VIII. Voortplantingssysteem _____

IX. Endocrien stelsel _____

X. Huid _____

Diepe brandwonden of pathologische littekenvorming _____

I. ZENUWSTELSEL





I – ZENUWSTELSEL

De niet-beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

Waar de schaal alleen het volledige gebrek beschouwt, dienen de gedeeltelijke naderkingen, rekening houdend met het cijfer van het totale verlies, in functie van het waargenomen gebrek te worden beoordeeld.

NEUROLOGIE

a) Motorische en senso-motorische naderkingen

Volledige tetraplegie, afhankelijk van het niveau • van C2- C6 • minder dan C6	95 % 85 %
Volledige hemiplegie • met afasie • zonder afasie	90 % 75 %
Volledige paraplegie, afhankelijk van het niveau	70 à 75 %
Volledig aangetaste cauda equina, afhankelijk van het niveau	25 à 50 %

b) Cognitieve problemen

De analyse van syndromen met betrekking tot neuropsychologische gebreken moet naar een precieze symptomatologie verwijzen. Het zogenaamd frontaal syndroom stemt in feite overeen met nu goed gedefinieerde entiteiten, waarvan de ermee verband houdende grote of kleine gebreken zeer verscheiden klinische beelden opleveren.

Bij de beoordeling van het onvermogenscijfer moet dus noodzakelijkerwijze worden uitgegaan van precieze en gespecialiseerde medische balansen, die met de aanvankelijke letsels en de gegevens van klinische en paraklinische onderzoeken verband houden.

Echt frontaal syndroom

Zwaarste vorm met apragmatisme en zware problemen op het gebied van sociale en familiale integratie	60 à 85 %
Zware vorm met wijziging van het instinctief gedrag, verlies van initiatief, stemmingsproblemen en moeilijke sociale en familiale integratie	35 à 60 %
Matige vorm met relatieve bradypsychie, geheugenproblemen, stemmingsproblemen en gevolgen voor de sociale en familiale integratie	20 à 35 %
Lichtste vorm met verstrooidheid, traagheid, geheugenproblemen en problemen met het uitwerken van complexe strategieën. Weinig of geen problemen op het gebied van sociale en familiale integratie	10 à 20 %

2) Communicatieproblemen

Zware afasie met jargonafasie, alexie en problemen op het gebied van bevattingsvermogen	70 %
Lichte vorm: problemen op het gebied van benaming, herhaling en parafasie. Bewaard bevattingsvermogen	10 à 30 %

3) Geheugenproblemen

Volledig syndroom van Korsakoff	60 %
Problemen waaronder: regelmatig, in het dagelijks leven hinderlijk vergeten, behoefte aan geheugensteuntjes in het dagelijks leven, valse herkenning, eventueel confabuleren, leerproblemen en herinneringsproblemen	10 à 60 %
Volledig of gedeeltelijk verlies van de aangeleerde kennis: <i>De overeenkomstige cijfers zullen aan de hand van dezelfde schaal als voor geheugenproblemen worden beoordeeld.</i>	

4) Kleine cognitieve problemen

In afwezigheid van echt frontaal syndroom of geïsoleerde aantasting van een cognitieve functie, bepaalde min of meer zware schedelletsels, kunnen objectiveerbare klachten bestaan die een syndroom vormen dat van het postcommotioneel syndroom verschilt, waaronder:

Labiliteit van de aandacht, traagheid van begrip, geheugenproblemen, intellectuele vermoeidheid, overgevoeligheid voor lawaai en wisselvalligheid van stemming, die langer dan 2 jaar aanhouden	5 à 10 %
--	-----------------

5) **Dementie**

Het bestaan van posttraumatische dementie is niet bewezen. Dementie van het Alzheimer-type en seniele dementie is nooit posttraumatisch

c) Gemengde cognitieve en senso-motorische problemen

Deze gemengde problemen zijn kenmerkende nawerkingen van ernstige schedelletsels. Ze verenigen meestal frontale disfuncties met cognitieve problemen, gedragsproblemen, piramidale en/of cerebellaire syndromen, sensoriele problemen (hemianopsiën, oculo-motorische verlamming...) die met door afbeeldingstechnieken gevisualiseerd letsels overeenstemmen.

Deze combinaties tonen een ander klinisch beeld van persoon tot persoon, zodat geen precies cijfer zoals voor perfect geïndividualiseerde nawerkingen kan worden voorgesteld. Deze problemen dienen het voorwerp van een algemene beoordeling te zijn.

In de context van een gerechtelijk geneeskundige beoordeling is het echter mogelijk in functie van het algemene gebrek verschillende niveaus van ernst te herkennen.

Opheffing van elke vrijwillige nuttige activiteit , verlies van elk identificeerbaar relationeel vermogen	100 %
Zware senso-motorische problemen die de autonomie sterk beperken en cognitieve gebreken die met een aannemelijk relationeel leven onverenigbaar zijn	85 à 95 %
Zware cognitieve problemen , in de eerste plaats desinhibitie en zware gedragsproblemen die elke socialisatie bemoeilijken, en senso-motorische problemen die met autonomie met betrekking tot de belangrijkste handelingen van het dagelijks leven verenigbaar zijn	60 à 85 %
Cognitieve problemen met permanente verstoring van de aandacht en het geheugen, relatief of volledig verlies van initiatief en/of zelfkritiek, onvermogen met complexe situaties om te gaan en duidelijke senso-motorische problemen die met autonomie met betrekking tot de handelingen van het dagelijks leven verenigbaar zijn	40 à 60 %
Cognitieve problemen met duidelijke traagheid van begrip, duidelijke geheugenproblemen, moeilijkheden om complexe strategieën uit te werken en kleine senso-motorische problemen	20 à 40 %

d) Epilepsie

Zonder bewijs van de realiteit van het schedel-hersenletsel en de crisissen en voor de onontbeerlijke terugkeer naar de spontane stabilisering van de evolutie van de problemen en de aanpassing aan de behandeling kan geen onvermogencijfer worden voorgesteld.

1) Epilepsieën met bewustzijnsproblemen

(Algemene epilepsieën en complexe gedeeltelijke epilepsieën)

Niet-controleerbare epilepsieën , ondanks een aangepaste en onafgebroken behandeling met erkende, nagenoeg dagelijkse crisissen	35 à 70 %
Moeilijk controleerbare epilepsieën , met regelmatige crisissen (verschillende per maand), en secundaire gevolgen van de behandelingen	15 à 35 %
Goed te beheersen epilepsieën , met een goed verdragen behandeling	10 à 15 %

Epilepsieën zonder bewustzijnsproblemen

Gedeeltelijke epilepsieën , eenvoudig, naar behoren erkend, overeenkomstig type en frequentie van de crisissen en de secundaire gevolgen van de behandelingen	10 à 30 %
--	------------------

Losstaande anomalieën van het EEG laten bij ontbreken van erkende crisissen niet toe de diagnose posttraumatische epilepsie te stellen

e) **Postcommotioneel syndroom**

Niet geobjectiveerde klachten tengevolge van erkend bewustzijnsverlies	2 %
--	------------

f) **Deafferentatiepijn:**

Pijn in verband met een letsel van het perifeer zenuwstelsel, gevoeld bij afwezigheid van elke nociceptieve stimulatie die verschillende klinische types kan treffen:

pijnlijke anesthesie, pijnscheuten, hyperpathieën (bijvoorbeeld stomppijn van het type fantoompijn bij amputaties of trigeminale neuralgieën)

Uitzonderlijke pijnen die geen deel uitmaken van het gewone beeld van de nawerkingen, en dus niet in het AFPI-cijfer zijn opgenomen. Ze bonden extra schade in.

Het lijkt dan ook gerechtvaardigd het AFPI-cijfer van het betrokken probleem te verhogen met **5 à 10 %**

PSYCHIATRIE

(Met verwijzing naar classificaties ICD X en DSM IV)

a) Aanhoudende stemmingsproblemen

In het geval van fysieke posttraumatische letsels die een complexe en langdurige behandeling met zware nawerkingen vereisen, kan zich een psychische toestand van permanente droefheid met aanhoudende stemmingsproblemen voordoen (*depressieve toestand*) :

Frequente medische follow-up door een specialist, grote behandelingsdruk met of zonder opname in het ziekenhuis	10 à 20 %
Regelmatige medische follow-up door een specialist met sporadische specifieke behandeling	3 à 10 %
Een onregelmatige medische follow-up vergend, met periodieke behandeling	Tot 3 %

b) Traumatische neuroses (posttraumatische stress, angstneurose)

Zijn het gevolg van door het plots en onvoorziën optreden van een traumatiserende gebeurtenis die het verdedigingsmechanisme van het individu in werking doet treden, uitgelokte psychische evenementen.

De factor stress moet intens en/of langdurig zijn.

De gebeurtenis moet in het geheugen geprent zijn.

De symptomatologie houdt problemen in als angstproblemen van het fobische type, ontwijkend gedrag, een herhalingsyndroom en karakterproblemen. Zeer vroegtijdig behandeld kan de beoordeling ervan niet vroeger dan na ongeveer twee jaar van ontwikkeling plaatsvinden.

Groot fobisch syndroom	12 à 20 %
Fobische angst met paniekaanvallen , ontwijkend gedrag en herhalingsyndroom	8 à 12 %
Fobische angstmanifestaties met ontwijkend gedrag en herhalingsyndroom	3 à 8 %

Kleine fobische angstmanifestaties	Tot 3 %
------------------------------------	---------

c) Psychotische problemen

Deze problemen zijn in deze schaal niet opgenomen omdat hun toerekenbaarheid aan een letsel nooit is aangetoond.

C) SENSOMOTORISCHE PROBLEMEN

Zenuwaantasting leidt tot verlamming (volledige laesie) of parese, die naar zijn objectieve klinische en technische gevolgen dient te worden beoordeeld

a) Aangezicht

Verlamming van de nervus trigeminus • unilateraal • bilateraal	15 % 30 %
Verlamming van de nervus facialis • unilateraal • bilateraal	20 % 45 %
Verlamming van de nervus glossopharyngeus • unilateraal	8 %
Verlamming van de nervus hypoglossus • unilateraal	10 %

b) Bovenste ledemaat

	D	ND
Volledige verlamming (volledige laesie van de plexus brachialis)	65 %	60 %
Medio-ulnaire verlamming	45 %	40 %
Verlamming van de nervus radialis • boven de tricipitale tak • onder de tricipitale tak	40 % 30 %	35 % 25 %
Verlamming van de nervus medianus • aan de arm • aan de pols	35 % 25 %	30 % 20 %
Verlamming van de nervus ulnaris	20 %	15 %
Verlamming van de nervus axillaris	15 %	12 %

Verlamming van de nervus musculo-cutaneus	10 %	8 %
---	------	-----

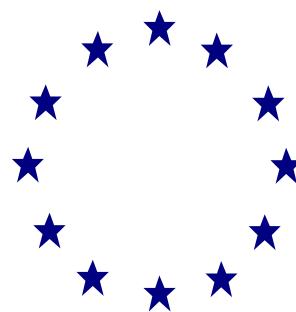
Rekening houdend met hun gevolgen voor de bovenste ledemaat, werden de volgende aantastingen in dit hoofdstuk opgenomen:

	D	ND
Verlamming van de nervus spinalis	12 %	10 %
Verlamming van de nervus thoracalis superior	5 %	4 %

c) Onderste ledemaat

Volledige verlamming van de nervus ischiaticus (volledige laesie)	
- Hoge tronculaire vorm (met verlamming van de bilspieren) - lage vorm, onder de knie	45 % 35 %
Verlamming van de nervus femoralis	35 %
Verlamming van de nervus fibularis	22 %
Verlamming van de nervus tibialis	22 %
Verlamming van de nervus obturatorius	5 %

II.
SENSORISCH
SYSTEEM
en
STOMATOLOGIE



II. SENSORISCH SYSTEEM EN STOMATOLOGIE

1 - OFTALMOLOGIE

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

A) GEZICHTSSCHERPTE

a) Volledig verlies van het gezichtsvermogen

Verlies van het gezichtsvermogen aan beide ogen (blindheid)	85 %
Verlies van het gezichtsvermogen aan één oog	25 %

b) Verlies van het gezichtsvermogen aan beide ogen, bij- en verziendheid

	10/10	9/10	8/10	7/10	6/10	5/10	4/10	3/10	2/10	1/10	1/20	<1/20	Blindheid
10/10	0	0	0	1	2	3	4	7	12	16	20	23	25
9/10	0	0	0	2	3	4	5	8	14	18	21	24	26

8/10	0	0	0	3	4	5	6	9	15	20	23	25	28
7/10	1	2	3	4	5	6	7	10	16	22	25	28	30
6/10	2	3	4	5	6	7	9	12	18	25	29	32	35
5/10	3	4	5	6	7	8	10	15	20	30	33	35	40
4/10	4	5	6	7	9	10	11	18	23	35	38	40	45
3/10	7	8	9	10	12	15	18	20	30	40	45	50	55
2/10	12	14	15	16	18	20	23	30	40	50	55	60	65
1/10	16	18	20	22	25	30	35	40	50	65	68	70	78
1/20	20	21	23	25	29	33	38	45	55	68	75	78	80
<1/20	23	24	25	28	32	35	40	50	60	70	78	80	82
Blind- heid	25	26	28	30	35	40	45	55	65	78	80	82	85

Tabel I: verziendheid.

	P 1,5	P2	P3	P4	P5	P6	P8	P10	P14	P20	< P20	Blind- heid
P 1,5	0	0	2	3	6	8	10	13	16	20	23	25
P 2	0	0	4	5	8	10	14	16	18	22	25	28
P 3	2	4	8	9	12	16	20	22	25	28	32	35
P 4	3	5	9	11	15	20	25	27	30	36	40	42
P 5	6	8	12	15	20	26	30	33	36	42	46	50
P 6	8	10	16	20	26	30	32	37	42	46	50	55
P 8	10	14	20	25	30	32	40	46	52	58	62	65
P 10	13	16	22	27	33	37	46	50	58	64	67	70
P 14	16	18	25	30	36	42	52	58	65	70	72	76
P 20	20	22	28	36	42	46	58	64	70	75	78	80
< P 20	23	25	32	40	46	50	62	67	72	78	80	82
Blind- heid	25	28	35	42	50	55	65	70	76	80	82	85

Tabel II: bijziendheid.

Tabel II dient alleen te worden gebruikt bij een groot verschil tussen het gezichtsvermogen dichtbij en het gezichtsvermogen veraf. In dat geval dient het rekenkundig gemiddelde van de twee cijfers te worden genomen.

B) GEZICHTSVELD

Hemianopsie afhankelijk van het type, de mate en de aantasting van het centrale beeld	tot 85 %
Quadrantopsie afhankelijk van het type	tot 30 %
Centraal scotoom - bilateraal - unilateraal	tot 70 % tot 20 %
Juxtacentrale of paracentrale scotomen afhankelijk van het uni- of bilaterale karakter met bewaarde gezichtsscherpte	tot 15 %

C) OCULO-MOTORIEK

Diplopie afhankelijk van de posities van de blik, het al dan niet permanente karakter en de noodzaak voortdurend een oog te bedekken	tot 25 %
Oculo-motorische verlamming afhankelijk van het type	tot 15 %
Intrinsieke motoriek afhankelijk van het type (maximaal volledige aniridie)	tot 10 %
Heteroforie; volledige verlamming van de convergentie	5 %

D) OOGLENS

Verlies (afakie), gecorrigeerd door een extern optisch instrument - bilateraal - unilateraal <i>Waarvan het cijfer dient te worden toegevoegd dat overeenstemt met het verlies van de gecorrigeerde gezichtsscherpte, zonder 25% voor unilaterale en 85% voor bilaterale schade</i>	20 % 10 %
--	----------------------------

te overstijgen.

Door een lensimplantaat gecorrigeerd verlies (pseudofakie):

- *per pseudofaak oog 5% toevoegen aan het cijfer dat met het verlies van de gezichtscherpte overeenstemt*

E) ADNEXA VAN HET OOG

Afhankelijk van de aantasting, waarvan de zwaarste ptosis is met campimetrisch gebrek en bilaterale alacrymie

tot 10 %

2 - KNO

De niet-beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

A) GEHOOR

a) Gehoorscherpthe

1) Volledige doofheid

Bilateraal	60 %
Unilateraal	14 %

2) Gedeeltelijke doofheid

De beoordeling vindt plaats in 2 fasen:

- Gemiddeld gehoorverlies

In verhouding tot het tonaal gebrek bij geleiding door de lucht, gemeten in decibels op 500, 1000, 2000 en 4000 hertz met wegingscoëfficiënten van respectievelijk 2,4,3 en 1.

De som wordt gedeeld door 10. Zie onderstaande tabel

Gemiddeld gehoorverlies in dB	0 - 19	20 – 29	30 -39	40 – 49	50 - 59	60 - 69	70 - 79	80 en +
0 - 19	0	2	4	6	8	10	12	14
20 - 29	2	4	6	8	10	12	14	18
30 - 39	4	6	8	10	12	15	20	25
40 - 49	6	8	10	12	15	20	25	30
50 - 59	8	10	12	15	20	25	30	35
60 - 69	10	12	15	20	25	30	40	45
70 - 79	12	14	20	25	30	40	50	55
80 en +	14	18	25	30	35	45	55	60

- **Auditive vervorming**

Beoordeling dient plaats te vinden door vergelijking van het ruwe cijfer met de resultaten van een vocale gehoormeting om eventuele auditieve vervormingen (in het bijzonder recruterings) te beoordelen die de functionele hinder verergeren.

De volgende tabel geeft de met betrekking tot de resultaten van de liminaire tonale gehoormeting eventueel te bespreken verhogingscijfers weer:

% onderscheid	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	< 50 %
100 %	0	0	1	2	3	4
90 %	0	0	1	2	3	4
80 %	1	1	2	3	4	5
70 %	2	2	3	4	5	6
60 %	3	3	4	5	6	7
< 50 %	4	4	5	6	7	8

In geval van een prothese zal de verbetering worden bepaald door de vergelijking van auditieve curven zonder en met prothese; dat maakt het mogelijk het cijfer te beperken, waarbij echter de door de prothese veroorzaakte hinder, in het bijzonder in een lawaaierige omgeving, in acht dient te worden genomen.

b) Geïsoleerde oorsuizingen

Als de toerekenbaarheid aan een letsel erkend is	tot 3 %
--	----------------

B) EVENWICHTSZIN

Bilaterale aantasting van het evenwichtsorgaan, met geobjectiveerde destructieve problemen, afhankelijk van de omvang	10 à 25 %
Unilaterale aantasting van het evenwichtsorgaan	4 à 10 %
Benigne paroxismale duizeligheid	tot 4 %

C) NEUSVENTILATIE

<i>Niet voor behandeling toegankelijke obstructie</i> • <i>bilateraal</i> • unilateraal	tot 8 % tot 3 %
--	--------------------------------------

D) REUKZIN

met inbegrip van wijziging van smaakwaarneming

Anosmie	8 %
Hyposmie	tot 3 %

E) KLANKVORMING

Afonie	30 %
Geïsoleerde dysfonie	Tot 10 %

3 - STOMATOLOGIE

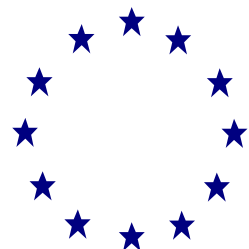
*De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.
In geval van een losse prothese beperken tot 1/2; in geval van een vaste prothese beperken tot 3/4.*

De plaatsing van een implantaat schrapt het AFPI.

Volledige tandeloosheid waarbij een prothese onmogelijk is <i>rekening houdend met de gevolgen voor de algemene toestand</i>	28 %
Verlies van een tand waarbij een prothese onmogelijk is • snijtand of hoektand • voorkies of kies	1% 1,5 %
Disfuncties van de onderkaak • beperking van de mondopening gelijk aan of kleiner dan 10 mm • beperking van de mondopening tussen 10 mm en 30 mm	25 à 28 % 5 à 25 %
Posttraumatische articulatieproblemen, <i>afhankelijk van de gevolgen voor het kauwvermogen</i>	2 à 10 %
Amputatie van het beweeglijke deel van de tong, <i>rekening houdend met de gevolgen voor de spraak, het kauwen en het slikken, afhankelijk van de grootte van de problemen.</i>	3 à 30 %

III.

OSTEO-ARTICULAIR SYSTEEM





III – OSTEO-ARTICULAIR SYSTEEM

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

Of het gaat om een gewricht of de ledemaat zelf, het algemene cijfer is niet de som van de afzonderlijke cijfers maar het resultaat van hun synergisme, en de waarde van de som van de cijfers die overeenkomen met de ankylose in goede positie van alle gewrichten van de ledemaat kan niet groter zijn dan zijn totale anatomische of functionele verlies.

De door niet op systematische wijze beschouwde, zeer ernstige stijfheid gerechtvaardigde cijfers dienen op het cijfer van de ankylose van het betrokken gewricht te worden gebaseerd.

Met betrekking tot endoprotheses van grote gewrichten dient te worden erkend dat geen enkel ervan de proprioceptie herstelt en dat ze voor de patiënt allemaal bepaalde beperkingen met zich meebrengen. Daarom rechtvaardigt de aanwezigheid van een endoprothese een principieel cijfer van 5 %.

Als het functioneel resultaat niet bevredigend is, worden de principiële ongemakken van de endoprothese altijd door de met het functioneel gebrek verbonden ongemakken omvat, en is het extra cijfer niet gerechtvaardigd.

A) BOVENSTE LEDEMAAT

(behalve hand en vingers)

a) Amputaties

De prothetische mogelijkheden op het niveau van de bovenste ledematen zijn vandaag over het algemeen niet van die aard dat ze de patiënt een werkelijke functie teruggeven, omdat de gevoeligheid ontbreekt. Als er sprake is van verbetering, zal de deskundige daarmee in concreto rekening houden om het hieronder voorgestelde cijfer op redelijke wijze te beperken

	D	ND
Volledige amputatie van de bovenste ledemaat	65 %	60 %
Amputatie van de arm (beweeglijke schouder)	60 %	55 %
Amputatie van de voorarm	50 %	45 %

b) Ankylose en stijfheid

1) Schouder

Er zijn 6 basisbewegingen van de schouder, die samen de werking ervan garanderen. Elk van deze bewegingen heeft een relatief belang in de handelingen van het dagelijks leven.

De 3 belangrijkste bewegingen zijn flexie, abductie en endorotatie, gevolgd door exorotatie, extensie en adductie. Schade aan extensie en adductie rechtvaardigt slechts te lage cijfers om in onderstaande tabel te worden opgenomen. Ze leiden ertoe het voor de beperking van de andere bewegingen berekende cijfer in evenwicht te houden.

- Ankylose

	D	ND
Arthrodese of ankylose in werkingspositie		
• vast schouderblad • beweeglijk schouderblad	30 % 25 %	25 % 20 %

- Stijfheid

	D	ND
Beperking van flexie en abductie tot 60°	22 %	20 %
• met volledig verlies van rotatie • met volledige andere bewegingen	18 %	16 %
Beperking van flexie en abductie tot 90°	16 %	14 %
• met volledig verlies van rotatie • met volledige andere bewegingen	10 %	8 %
Beperking van flexie en abductie tot 130°	3 %	2 %
• met volledige andere bewegingen		
Geïsoleerd verlies van endorotatie	6 %	5 %
Geïsoleerd verlies van exorotatie	3 %	2 %

2) Elleboog

Alleen de beweeglijkheid tussen 20 en 120 graden buiging heeft praktisch nut. De bewegingen buiten die nuttige sector hebben slechts zeer weinig gevolgen voor het dagelijks leven.

De hieronder vermelde cijfers betreffen dan ook alleen gebreken in de nuttige sector.

De deskundige zal rekening houden met het gebrek aan extensie en flexie. De daarmee verband houdende cijfers dienen verplicht te worden opgenomen, maar niet opgeteld. Daarbij komt eventueel het cijfer van een gebrek aan pro- en supinatie.

- Ankylose

	D	ND
Arthrodese of ankylose in werkingspositie		
• bewaarde pro- en supinatie • verloren pro- en supinatie	24 % 34 %	20 % 30 %

- Stijfheid

	D	ND
Volledige flexie en extensie		
• beperkt tot meer dan 90° • beperkt tot 90° • beperkt tot 20°	15 % 12 % 2 %	12 % 10 % 1 %
Volledige flexie en extensie		
• tot 120° • tot 90° • meer	2 % 12 % 15 %	1 % 10 % 12 %

3) Geïsoleerde aantasting van de pro- en supinatie

- Ankylose

	D	ND
Ankylose in werkingspositie	10 %	8 %

- Stijfheid

	D	ND
Stijfheid in de sector van de pronatie	0 à 6 %	0 à 5 %
Stijfheid in de sector van de supinatie	0 à 4 %	0 à 3 %

4) Pols

De nuttige sector strekt zich uit van 0 tot 45 graden voor de flexie en van 0 tot 45 graden voor de extensie. De bewegingen buiten die nuttige sector hebben slechts een zeer kleine weerslag op het dagelijks leven. Hetzelfde geldt voor de radiale deviatie.

- Ankylose

	D	ND
Arthrodesse of ankylose in werkingspositie		
• bewaarde pro- en supinatie • verloren pro- en supinatie	10 % 20 %	8 % 16 %

- Stijfheid

	D	ND
Stijfheid in de nuttige sector		
• gebrek aan flexie • gebrek aan extensie	0 à 4 % 0 à 6 %	0 à 3 % 0 à 5 %
Verlies van cubitale deviatie	1,5 %	1 %

B HAND

De belangrijkste functie van de hand is de grijpfunctie, die een voorwaarde voor de doeltreffende verwezenlijking van grepen en knepen is. Grepen en knepen veronderstellen het behoud van voldoende lengte, beweeglijkheid en gevoeligheid van de vingers.

De deskundige zal in de eerste plaats een analytisch onderzoek van de hand uitvoeren.

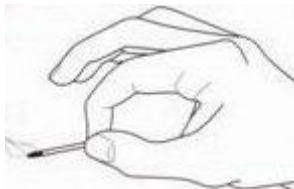
Vervolgens dient hij na te gaan of de gegevens van zijn onderzoek worden bevestigd door de mogelijkheid de zes basisgrepen en -knepen uit te voeren (zie figuur).

Tegenstrijdigheid vergt een aandachtig onderzoek van haar oorzaken en een eventuele correctie van het beoogde AFPI-cijfer, waarbij de absolute grens het verlies van de waarden van de betrokken vingers is.

BELANGRIJKSTE KNEPEN EN GREPEN



Cilindergreep



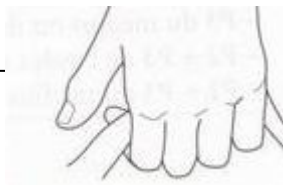
Pincetgreep



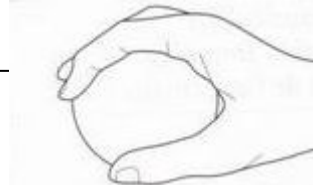
Sleutelgreep



Pengreep



Haakgreep



Bolgreep

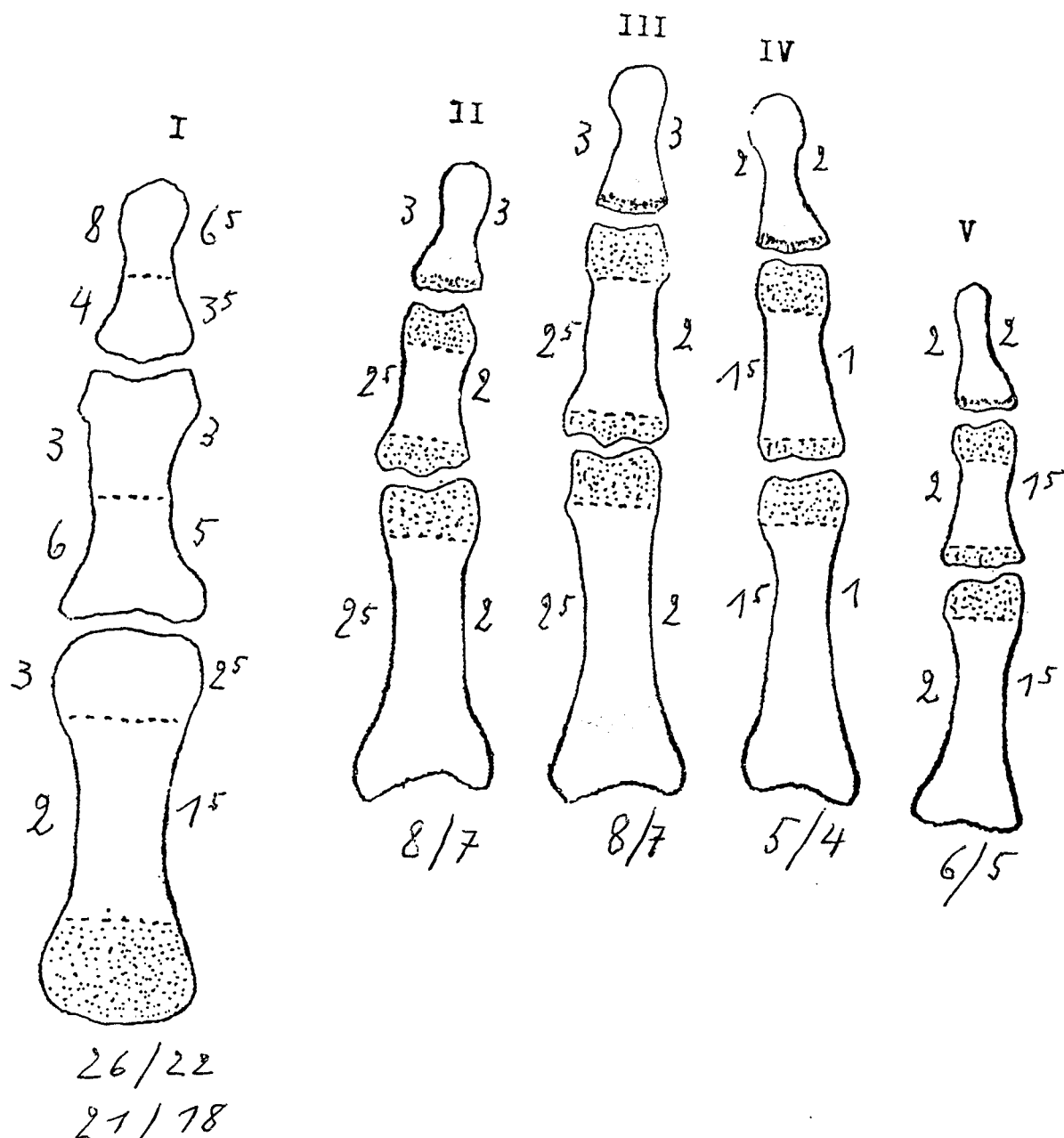
a) Amputaties

1) Amputatie van de volledige hand

	D	ND
Amputatie van de volledige hand	50 %	45 %

2) Amputatie van de vingers

zur Genehmigung der im Interesse der Europäischen Gemeinschaft durch die Mitgliedstaaten erfolgten Unterzeichnung oder Ratifizierung oder des Beitritts zum Protokoll von 2003 zum Internationalen Übereinkommen von 1992 über die Errichtung eines internationalen Fonds zur Entschädigung für Ölverschmutzungsschäden und zur Genehmigung des im Interesse der Gemeinschaft erfolgten Beitritts durch Österreich und Luxemburg zu den zugrundeliegenden Instrumenten



In het schema:

- de delen in stippellijn hebben geen waarde
 - het aan elke segment toegekende cijfer betreft het geheel ervan
 - het gedeeltelijk verlies van een segment wordt berekend naar rata van het totale verlies
 - de cijfers houden rekening met gevoeligheids-, vaat- en lichte trofische problemen
- waarvan de arts weet dat ze gewoonlijk met de amputatie van een vinger gepaard gaan

- Amputatie van de **duim (en zijn middelhandsbeentje)** of de vingers: *zie schema van de hand*
- Amputatie van een **vinger of een deel ervan**: zie cijfer op schema.
- Amputatie van **verschillende vingers** (gecombineerd verlies): *de gewone optelling van de per vinger berekende cijfers houdt geen rekening met het synergisme tussen de vingers. Dat synergisme verschilt naargelang het aantal betrokken vingers:*
 - *aantasting van 2 vingers: de gewone optelling verhogen met 45 % van het berekende cijfer*
 - *aantasting van 3 vingers: de gewone optelling verhogen met 65 % van het berekende cijfer*
 - *aantasting van 4 vingers: de gewone optelling verhogen met 45 % van het berekende cijfer*
- Amputatie van de **duim**:

	D	ND
verlies van MC + P1 + P2	26 %	22 %
verlies van P1 + P2	21 %	18 %
verlies van P2	12 %	10 %

- Amputatie van de duim en één of meerdere vinger(s): hier is de term ‘duim’ uitsluitend van toepassing op P1 + P2.

De gewone optelling van de cijfers van respectievelijk de duim en alle aangetaste vingers (dat laatste cijfer wordt rekening houdend met het synergisme tussen de vingers berekend) leidt tot een te hoog cijfer. De in het schema van de hand aan de duim toegekende waarde is slechts geldig tegenover intacte vingers. Als de vingers niet meer intact zijn, beperkt dat de synergistische actie van de duim.

Op het met gewone optelling berekende cijfer (cijfer van de duim + cijfer van de vingers, verhoogd met het oog op synergisme) dient daarom een verminderingscoëfficiënt te worden toegepast:

- *verlies van de duim en 1 vinger: 0% (te kleine vermindering om er in de berekening rekening mee te houden)*
- *verlies van de duim en 2 vingers: -5 %*
- *verlies van de duim en 3 vingers: -10 %*
- *verlies van de duim en 4 vingers: -20 %*

In geval van bijkomend verlies van het 1e middelhandsbeentje zal het definitieve cijfer weinig worden beïnvloed: het eerste middelhandsbeentje heeft op zich weinig waarde.

De invloed van de andere middelhandsbeentjes op het algemene cijfer is zwak maar variabel, verwijdering ervan is, afhankelijk van het geval, wenselijk of licht ongunstig.

b) Ankylose, arthrodese en stijfheid

Bij gecombineerde aantasting van verschillende vingers dienen de coëfficiënten voor het synergisme van de vingers en voor de aantasting van de duim en één of meerdere vinger(s) te worden toegepast: zie hoger.

1) Ankylose

Bij afspraak noemen wij A0 het trapezo-metacarpaal gewricht van de duim; voor alle vingers: A1 betekent metacarpo-phalangeaal gewricht, A2 proximale interphalangeaal gewricht, A3 interphalangeaal distaal gewricht.

Voor de vingers is de werkingspositie een flexie van 20 tot 30°.

Voor de duim is de werkingspositie een abductie en antepulsie van A0 en een lichte flexie van A1 en A2.

- Ankylose van de **duim in werkingspositie**

Ankylose van A0, A1 en A2 geeft een cijfer lager dan 75 % van de waarde van de betroffen vinger voor ankylose van de vingers, rekening houdend met de bijzondere functie van de duim. Deze ankylose laat nog een zekere oppositie toe.

	D	ND
A0 + A1 + A2	16 %	14 %
A0	8 %	7 %
A1	4 %	3,5 %
A2	4 %	3,5 %
A1 + A2	8 %	7 %

- Ankylose van **alle gewrichten van een vinger**

In werkingspositie: gelijk aan 75% van de waarde van het verlies van de vinger, gegeven het behoud van de gevoeligheid en de mogelijkheid van beperkt gebruik van de vinger

	D	ND
Wijsvinger	6 %	5 %
Middelvinger	6 %	5 %
Ringvinger	4 %	3 %
Pink	4,5 %	4 %

In *ongunstige positie*

te veel gebogen	D	ND
Wijsvinger	8 %	7 %
Middelvinger	8 %	7 %
Ringvinger	5 %	4 %
Pink	6 %	5 %

te veel gestrekt	D	ND
Wijsvinger	7 %	6 %
Middelvinger	7 %	6 %
Ringvinger	4,5 %	3,5 %
Pink	5 %	4%

- Ankylose van één of twee gewrichten van een vinger

De deskundige dient te verwijzen naar het cijfer voor volledige ankylose van de betrokken vinger, verminderd met 1/3 of 2/3.

2) Stijfheid

Het voor stijfheid toegekende cijfer is naar rata van het cijfer voor ankylose, rekening houdend met de sector van nuttige beweeglijkheid van elk gewricht.

De sector van nuttige beweeglijkheid is voor de vingers:

- *A1 en A2 : wijsvinger en middelvinger: 20 tot 80 ; ringvinger en pink: 30 tot 90°*
- *A3: 20 tot 70°*

Voor de gewrichten van de duim bevindt de sector van nuttige beweeglijkheid zich rondom hun werkingspositie.

c) Problemen met betrekking tot de gevoeligheid van de handpalm

Problemen met betrekking tot de gevoeligheid van de rug van de hand hebben geen functionele gevolgen en rechtvaardigen een AFPI-cijfer dus niet.

De cijfers omvatten lichte paresthesieën en onopvallende trofische problemen waarvan de arts weet dat ze normaal met het kleine neuroom na een zenuwsectie gepaard gaan.

Bij gecombineerde aantasting van verschillende vingers dienen de coëfficiënten voor het synergisme van de vingers en de aantasting van de duim en één of meerdere vinger(s) te worden toegepast: zie boven.

1) Anesthesie: het toegekende cijfer komt overeen met 75% van het cijfer voor het anatomische verlies van het of de segment(en) van de betrokken vinger(s).

2) Hypo-esthesie: het toegekende cijfer komt overeen met 50% à 75% van het cijfer voor het anatomische verlies van het of de segment(en) van de betrokken vinger(s), afhankelijk van het belang en de plaats van de hypo-esthesie en de aangetaste vinger (uitvoering van knepen).

B) ONDERSTE LEDEMAAT

a) Amputaties

Een amputatie op het niveau van de onderste ledemaat maakt het, behalve als ze op het niveau van de voet plaatsvindt, de patiënt onmogelijk te stappen of te staan. De voorgestelde cijfers zijn voor een correct van een prothese voorzien persoon. Als de prothese niet voldoet, dient de deskundige het cijfer in functie van de tolerantie van de prothese en het resultaat ervan te beoordelen. Het cijfer kan niet groter zijn dan dat van de onderliggende

Exarticulatie van de heup of amputatie van het bovenbeen waarbij een prothese onmogelijk is	65 %
Unilaterale exarticulatie van de heup of amputatie van het bovenbeen zonder ischiadicussteun	60 %
Amputatie van het bovenbeen	50 %
Exarticulatie van de knie	40 %
Amputatie van het been	30 %
Tibiotarsale amputatie	25 %
Medio- of trans-metatarsale amputatie	20 %
Amputatie van de 5 tenen en de 1 ^e metatarsaal	12 %
Amputatie van de 1 ^e teen en de 1 ^e metatarsaal	10 %
Amputatie van de twee falanxen van de 1 ^e teen	6 %

amputatie.

b) Ankylose en stijfheid

1) Heup

Flexie: 90° laat de grote meerderheid van de handelingen van het dagelijks leven toe; 70° laat zitten en traplopen toe; 30° laat stappen toe.

Abductie: 20° laat bijna alle handelingen van het dagelijks leven toe.

Adductie: heeft zeer weinig praktisch belang.

Exorotatie: alleen de eerste 30 graden zijn nuttig.

Endorotatie: 10° is voldoende voor de meeste handelingen van het dagelijks leven.

Extensie: 20° is nuttig voor stappen en traplopen

Pijn is een zeer belangrijk element voor het gebruik van de heup in het dagelijks leven (stappen en staan): de voorgestelde cijfers houden daarmee rekening.

- **Ankylose**

Heup	
• in goede positie	30 %

- **Stijfheid**

Erge stijfheid bij verschillende bewegingen

met begeleidende verschijnselen (radiologische verschijnselen, amyotrofie...) gaat het om een ernstiger situatie dan een ankylose	tot 40 %
---	----------

In de veronderstelling dat de andere bewegingen volledig zijn

Volledig verlies van flexie	17 %
Flexie • beperkt tot 30° • beperkt tot 70° • beperkt tot 90°	13 % 7 % 4 %
Volledig verlies van extensie	2 %
Irreponibele flessie van 20°	4 %
Volledig verlies van abductie	6 %
Volledig verlies van adductie	1 %
Volledig verlies van exorotatie	3 %
Volledig verlies van endorotatie	1 %

2) Knie

Flexie: 90° laat de helft van en vooral de belangrijkste handelingen van het dagelijks leven toe (stappen, zitten, traplopen...); 110° laat $\frac{3}{4}$ van de en 135° alle handelingen van het dagelijks leven toe.

Extensie: een gebrek aan extensie kleiner dan 10° maakt $\frac{3}{4}$ van de handelingen van het dagelijks leven mogelijk.

- Ankylose

Knie • in goede positie	25 %
--	-------------

- **Stijfheid**

Flexie • beperkt tot 30° • beperkt tot 50° • beperkt tot 70° • beperkt tot 90° • beperkt tot 110°	20 % 15 % 10 % 5 % 2 %
Gebrek aan extensie • minder dan 10° • van 10° • van 15° • van 20° • van 30°	0 % 3 % 5 % 10 % 20 %

- **Slapheid (niet van een prothese voorzien)**

Lateraal • minder dan 10° • meer dan 10°	0 à 5 %
--	----------------

	5 à 10 %
Anterieur - geïsoleerd - rotatoir	2 à 5 % 5 à 10 %
Posterieur - geïsoleerd - rotatoir	3 à 7 % 7 à 12 %
Complex rotatoir	10 à 17 %

- Axiale deviaties**

Genu valgum - minder dan 10° 10 à 20° - meer dan 20°	0 à 3 % 3 à 10 % 10 à 20 %
Genu varum - minder dan 10° 10 à 20° - meer dan 20°	0 à 4 % 4 à 10 % 10 à 20 %

- femoro-patellaire syndromen**

Femoro-patellaire syndromen	0 à 8 %
-----------------------------	---------

- Nawerkingen van meniscusletsels

Nawerkingen van meniscusletsels	0 à 5 %
---------------------------------	---------

3) Enkel en voet

- Tibio-talair gewricht

Met 20° plantaire flexie zijn meer dan de helft van de en met 35° alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.

Met 10° dorsale flexie zijn bijna alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.

Het verlies van enkele graden dorsale flexie is hinderlijker dan dezelfde mate van verlies van plantaire flexie, gegeven de zwakke beweging in dorsale flexie

○ Ankylose

• in werkingspositie met soepele voorvoet	10 %
---	------

○ Stijfheid

Volledig verlies van de plantaire flexie	5 %
Volledig verlies van de dorsale flexie	5 %
Plantaire flexie • van 0 tot 10° • van 0 tot 20° • van 0 tot 30°	5 % 4 % 2 %
Dorsale flexie • van 0 tot 5° • van 0 tot 10° • van 0 tot 15°	5 % 3 % 1 %
Irreponibele spitsvoet	Tot 15 %

○ Slapheid

Slapheid	2 à 6 %
----------	---------

• Subtalair gewricht

Valgus: met 5° zijn bijna alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk;

Varus: met 5° zijn meer dan de helft van de en met 15° alle handelingen van het dagelijks leven mogelijk.

Het verlies van de valgus vormt een grotere handicap dan het verlies van de varus, omdat ankylose in de varus minder goed wordt verdragen dan in de valgus.

○ Ankylose

• in goede positie	7 %
• in de varus	9%
• in de valgus	8%

○ Stijfheid

Beperking met de helft	3 %
Beperking met een derde	2 %

- **Medio-tarsale (CHOPART) en tarsometatarsale (LISFRANC) gewrichten**

- **Ankylose**

Medio-tarsaal (Chopart)	2%
Tarsometatarsaal (Lisfranc)	4%

- **Stijfheid**

Beperking met de helft	3 %
------------------------	-----

- **Metatarso-phalangeale gewrichten - tenen**

- **Ankylose**

Metatarso-phalangeale gewricht van de 1e teen, afhankelijk van de positie	2 à 3%
Ankylose van tenen 2 tot 5, in goede positie	0 à 2%

- **Stijfheid**

Om het cijfer van de stijfheid te bepalen, dient de expert van het voor de ankylose voorgestelde cijfer uit te gaan.

4) Gecombineerde ankylose

Gecombineerde ankylose	
tibio-talaire en subtalaire, medio-tarsale gewrichten en voorvoet soepel	17%
tibio-talaire en subtalaire gewrichten met beperkte beweeglijkheid van het medio-tarsale gewricht en de voorvoet	20%
subtalaire en medio-tarsale gewrichten in goede positie, andere gewrichten vrij	9%
tibio-talaire, subtalaire en medio-tarsale gewrichten, voorvoet soepel	19%
tibio-talaire, subtalaire, medio-tarsale en tarsometatarsale gewrichten	23%
idem met ankylose van de tenen	25%

5) Niet-gecompenseerde verkortingen

Tot 5 cm	8 %
Tot 4 cm	6 %
Tot 2 cm	2 %
Tot 1cm	0 %

D) WERVELKOLOM

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

a) Cervicale wervelkolom

1) Zonder neurologische complicatie

- Zonder aangetoond bot-, discus- of ligamentair letsel

Periodieke pijn tengevolge van steeds dezelfde, precieze oorzaken, die het nemen van analgetische en/of anti-inflammatoire geneesmiddelen vereist, met minieme beperking van de bewegingen	tot 3 %
--	----------------

- Met aangetoond bot-, discus- of ligamentair letsel

Zeer frequente pijn met voortdurende functionele hinder die bij alle bewegingen voorzichtigheid vergt, erkende duizeligheid en daarmee verband houdende posterieure cefalea, • met zeer grote stijfheid op verschillende niveaus, naargelang het aantal niveaus • waarbij enkele bewegingen van de nek mogelijk blijven	15 à 25 % 10 à 15 %
Frequente pijn met klinisch objectiveerbare beperking van de bewegingen, reële maar periodieke behandelingsdruk	3 à 10 %
Arthrodesse of ankylose zonder begeleidende symptomen, afhankelijk van het aantal niveaus	3 à 10 %

2) Met neurologische of vasculaire complicaties

Zie het betrokken hoofdstuk (zenuwstelsel)

b) Thoracale en lumbale wervelkolom en lumbo-sacraal gewricht

1) Zonder neurologische complicaties

- Zonder aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel

Periodieke pijn tengevolge van precieze oorzaken die een gepaste behandeling en het schrappen van grote en/of langdurige inspanningen vereist, en een lichte segmentale stijfheid	Tot 3%
---	---------------

- Met aangetoond bot-, discus- of ligamenteair letsel

<i>Thoracale wervelkolom:</i> • actieve stijfheid en pijnlijke hinder bij alle bewegingen in alle posities, die regelmatige behandeling vereisen • permanente hinder met interscapulaire pijn, evenwichtsproblemen, holle rug, verlies van de radiologische thoracale kyfose, behandelingsdruk	3 à 10 % 10 à 15 %
<i>Lumbale wervelkolom en thoracolumbale en lumbo-sacrale gewrichten :</i> • actieve stijfheid en pijnlijke hinder bij alle bewegingen en alle posities, die een regelmatige behandeling vereisen • zeer frequente pijn met permanente hinder die bij alle bewegingen voorzichtigheid vereist, erge segmentale stijfheid van de bewegingen, klinisch objectieveerbare beperking • uitzonderlijk ernstige klinische en radiologische situaties	3 à 10 % 10 à 15 % tot 25 %

2) Met neurologische complicatie

Zie betrokken hoofdstuk (medullaïre aantasting)

c) Coccyx

Coccygodynie	tot 3%
--------------	--------

E) Bekken

Pijn na een breuk van een ischio-pubische tak	tot 2%
Pijn en/of instabiliteit van de symfyso-pubis	2 à 5%
Pijn na disjunctie of sacro-iliacale fractuur	2 à 5%
Pijn en instabiliteit van de symfyso-pubis en de sacro-iliacale gewrichten • zonder positiewijziging van het bekken of aantasting van het stappen • met positiewijziging van het bekken en aantasting van het stappen	5 à 8% 8 à 18%

IV.

**CARDIO-
RESPIRATOIR
SYSTEEM**



IV –CARDIO-RESPIRATOIR SYSTEEM

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

I - HART

Met verwijzing naar onderstaande, op die van de New York Heart Association (NYHA) geïnspireerde classificatie, baseert de deskundige zich bij zijn klinisch onderzoek en bij de verschillende aanvullende onderzoeken (ECG, echo-doppler, belastingsproef, trans-oesofagische echografie, catheterisering...) op door de patiënt uitgedrukte functionele manifestaties.

Onder de technische gegevens is de ejectiefractie voor de objectieve kwantificatie van de nawerkingen van zeer groot belang.

De deskundige moet bovendien rekening houden met de behandelingsdruk en het nodige toezicht.

a) Cardiologische nawerkingen

Functionele symptomatologie zelfs bij rust , bevestigd door klinische (uitkleden, klinisch onderzoek) en paraklinische gegevens. Grote behandelingsdruk, frequente ziekenhuisopname Ejectiefractie < 20 %	55 % en meer
Functionele beperking voor bescheiden inspanningen met manifestaties van myocardische incompetentie (pulmonair oedeem) of verbonden met perifere vasculaire complicaties of complexe ritmeproblemen met hoge behandelingsdruk en nauw toezicht Ejectiefractie 20 % à 25 %	45 à 55 %

Idem met grote behandelingsdruk en/of in geval van verbonden ritmeproblemen Ejectiefractie 25 % à 30 %	40 à 45 %
Functionele beperking die de gewone activiteit in de weg staat (snel stappen), duidelijke verslechtering van de echografische parameters of echo-doppler. Overgevoeligheid voor inspanningen met anomalieën van het inspannings-ECG en behandelingsdruk. Ejectiefractie 30 % à 35 %	35 à 40 %
Aangevoerde functionele beperking voor gewone inspanningen (2 niveaus), bevestigd door het inspannings-ECG of tekenen van myocardische disfunctie. Tegenindicatie van fysiek zware inspanningen en behandelingsdruk met snel opeenvolgend cardiologisch toezicht Ejectiefractie 35 % à 40 %	25 à 35 %
Aangevoerde functionele beperking voor duidelijke (kenmerkende) inspanningen met tekenen van myocardische disfunctie (echo-doppler, catheterisering...), behandelingsdruk en snel opeenvolgend toezicht Ejectiefractie 40 % à 50 %	15 à 25 %
Aangevoerde functionele beperking voor grote inspanningen (sport) zonder tekenen van myocardische disfunctie of ischemie, therapeutische beperkingen en regelmatig toezicht Ejectiefractie 50 % à 60 %	8 à 15 %
Geen functionele beperking. Goede tolerantie van inspanningen; afhankelijk van behandelingsdruk en/of regelmatig toezicht Ejectiefractie > 60 %	tot 8 %

b) Transplantaat

Bij een eventueel transplantaat wordt met de zware behandelingsdruk en het bijzonder nauwe toezicht op deze patiënten rekening gehouden

Afhankelijk van het functioneel resultaat en tolerantie van immunosuppressoren	25 à 30 %
--	------------------

II) ADEMHALINGSAPPARAAT

Wat ook de oorzaak van de pulmonaire aantasting is, de beoordeling dient gebaseerd te zijn op de omvang van de chronische respiratoire insufficiëntie, die later zal worden beoordeeld:

- Omvang van de dyspneu, gegradueerd met verwijzing naar de klinische schaal voor dyspneu van Sadoul:

STADIUM of KLASSE	BESCHRIJVING
1	Dyspneu bij grote inspanningen boven het 2e niveau
2	Dyspneu bij stappen op een lichte helling, snel stappen of inspanningen van het 1e niveau
3	Dyspneu bij gewoon stappen op vlak terrein
4	Dyspneu bij traag stappen
5	Dyspneu bij de kleinste inspanning

- door een pneumoloog uitgevoerd klinisch onderzoek,
- reeds uitgevoerd of in het kader van de expertise gevraagd aanvullend onderzoek, waarbij het laatste niet invasief mag zijn.

Het gaat om bijvoorbeeld afbeeldingstechnieken, endoscopie, gazometrie, spirometrie, functionele respiratoire test en bloedafnames zoals FEV1/VC, DEM, SaO₂, TLC, CV, TLCO/VA, Pa O₂, Pa CO₂:

VC: vitale capaciteit; **TLC**: totale longcapaciteit; **FEV1**: geforceerd uitademingsvolume in een seconde; **GUD**: gemiddeld uitademingsdebiet; **PaO₂**: arteriële zuurstofdruk; **PaCO₂**: arteriële koolstofdioxidedruk; **SaO₂**: saturatie in zuurstof van de hemoglobine in het arterieel bloed; **TLCO/AV**: Maat van de capaciteit van overdracht van koolmonoxide in vergelijking met het alveolaire volume.

a) Volledig of gedeeltelijk anatomisch verlies van een long

Volledig verlies	15 %
Lobair verlies	5 %

Deze cijfers zijn cumuleerbaar met het met de eventuele verbonden respiratoire insufficiëntie overeenstemmende AFPI-cijfer.

b) Chronische respiratoire insufficiëntie

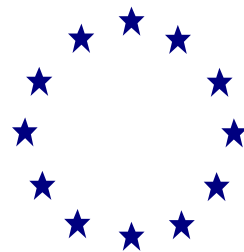
Dyspneu bij de kleinste inspanning (uitkleden) met ▪ VC of TLC kleiner dan 50 % ▪ FEV1 kleiner dan 40 % ▪ hypoxemie in rust (PaO₂) lager dan 60 mm Hg, al dan niet verbonden met een capnieprobleem (PaCO₂) en eventuele behoefte aan langdurige oxygenotherapie (> 16 u/d), tracheotomie of periodieke ventilatoire ondersteuning	50 % en meer
Dyspneu bij stappen op vlak terrein en op eigen ritme met ▪ VC of TLC tussen 50 en 60 % ▪ FEV1 tussen 40 en 60 % ▪ hypoxemie in rust (PaO₂) tussen 60 en 70 mm Hg	30 à 50 %
Dyspneu bij normaal stappen op vlak terrein met	15 à 30 %

▪ VC of TLC tussen 60 en 70 % ▪ FEV1 tussen 60 en 70 % ▪ TLCO/VA kleiner dan 60 %	
Dyspneu bij het opklimmen van een trap, snel stappen of op een lichte helling met ▪ VC of TLC tussen 70 en 80 % ▪ FEV1 tussen 70 en 80 % ▪ TLCO/VA tussen 60 en 70 %	5 à 15 %
Dyspneu bij grote inspanningen met kleine verslechtering van de functionele tests	2 à 5 %

c) Aanhoudende pijnlijke nawerkingen van een thoracotomie

Tot 5 %

V.
VAATSTELSEL



V - VAATSTELSEL

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

A. Arteriële, veneuze en lymfatische naverkingen

Het cijfer dient rekening te houden met eventuele behandelingsdruk en/of medisch toezicht, bijvoorbeeld in geval van een prothese die op zich geen AFPI-cijfer rechtvaardigt.

a) Slagaders

Onderste ledemaat ▪ Klachten bij inspanning (aangetoonde claudicatio intermittans) ▪ Klachten in rust (aangetoonde spontane ischemische pijn) ▪ Idem met weefselnecrose die tot amputatie kan leiden	5 à 15 % 15 à 25 % 25 % en meer
Bovenste ledemaat <i>Afhankelijk van functionele problemen (bijvoorbeeld verlies van kracht, hypothermie...)</i>	5 à 10 %

b) Aders

Onbetwistbare naverkingen van flebitis die rekening houdend met een eventuele voorafgaande toestand dienen te worden beoordeeld

Hinder bij langdurig stappen, meetbaar permanent oedeem dat het definitief dragen van een steunkous vereist; okerdermatitis en recidiverende zweren	10 à 15 %
Hinder bij langdurig stappen, meetbaar permanent oedeem dat het definitief dragen van een steunkous vereist; okerdermatitis	4 à 10 %
Gevoel van een zwaar been, 's avonds verifieerbaar oedeem	Tot 4 %

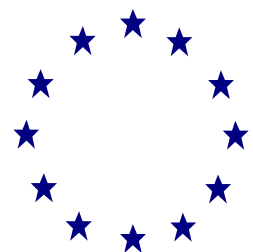
c) Lymfenvaten (lymfoedeem)

Bovenste ledemaat	Tot 10 %
Onderste ledemaat	<i>Zie veneuze nawerkingen</i>

B. Volledige splenectomie

Met zware behandelingsdruk	15 %
Asymptotisch	5 %

VI.
**SPIJSVERTERINGS-
STELSEL**





VI- SPIJSVERTERINGSSTELSEL

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

A) DEFINITIEVE HUIDSTOMIEËN EN VOLLEDIGE INCONTINENTIE

a) Van een prothese voorziene stomie

Colostomie, ileostomie	30 %
------------------------	------

b) Fecale incontinentie

Zonder controlemogelijkheid	45 %
-----------------------------	------

B) GEMEENSCHAPPELIJKE PROBLEMEN BIJ VERSCHILLENDE VORMEN VAN AANTASTING VAN HET SPIJSVERTERINGSSTELSEL

Het cijfer houdt dat in wat aan organisch verlies inherent is.

Malabsorptiesyndroom	60 %
Toestand die een frequente medische follow-up, constante behandeling en strikte diëtische beperkingen met gevolgen voor de algemene toestand vereist	30 %
Toestand die een regelmatige medische follow-up, nagenoeg constante behandeling en strikte diëtische beperkingen met sociale gevolgen vereist	20 %
Toestand die een periodieke medische follow-up, periodieke behandeling en diëtische voorzorgen zonder gevolgen voor de algemene toestand vereist	10 %

C) HEPATITIS

a) Zonder cirrose.

De cijfers zijn gebaseerd op de METAVIR-score, die het voordeel biedt specifiek voor hepatitis te zijn uitgewerkt.

Ze wordt berekend aan de hand van 2 parameters, namelijk de activiteitsscore en de fibrorescore:

Activiteitsscore	Fibrorescore
A0 : geen activiteit	F0 : geen fibrose
A1 : minieme activiteit	F1 : portale fibrose zonder septum
A2 : gemiddelde activiteit	F2 : portale fibrose met enkele septa
A3 : grote activiteit	F3 : portale fibrose met vele septa zonder cirrose
	F4 : cirrose

De voorgestelde cijfers zijn

Blijvende hepatitis (chronisch actief)	20 %
Metavir-score hoger dan A1 F1, lager dan F4	10 %
Metavir-score gelijk aan of lager dan A1 F1	5 %

b) Met cirrose (*metavir-score hoger dan F4*)

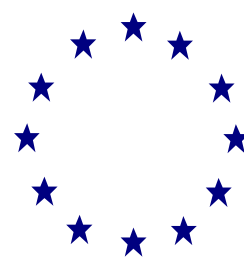
De cijfers zijn gebaseerd op de index van Child-Pugh:

<i>Aanduiding van de groep</i>	<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
Serum-bilirubine (μmol/l)	Minder dan 34,2	Van 34,2 tot 51,3	Meer dan 51,3
Serum-albumine (g/l)	Meer dan 35	Van 30 tot 35	Minder dan 30
Ascites	Geen	Gemakkelijk beheersbaar	Moeilijk beheersbaar
Neurologische problemen	Geen	Minim	Gevorderde coma
Nutritionele toestand	Uitstekend	Goed	Middelmatig, verlies van spiermassa

De voorgestelde cijfers zijn:

Klasse 3: ernstige leverinsufficiëntie Child C	70 % en meer
Klasse 2: Child B	40 %
Klasse 1: Child A	20 %

VII.
URINAIR
STELSEL



VII- URINAIR STELSEL

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

a) Verlies van een nier, niet vervangen, normale of op het voorafgaande niveau gebleven nierfunctie

Cijfer voor het verlies van een intern orgaan in zijn bijzondere psychologische en culturele context	15 %
--	------

b) Nierinsufficiëntie

Creatinineclearance minder dan 10 ml/mn. Noodzaak van centrumdialyse of autodialyse; afhankelijk van de complicaties	35 à 65 %
Creatinineclearance tussen 10 en 30 ml/mn. Wijziging van de algemene toestand. Zeer streng dieet en zware behandelingsdruk	25 à 35 %
Creatinineclearance tussen 30 en 60 ml/mn. TA minima minder dan 12. Asthenie, streng dieet en stipte medische behandeling noodzakelijk	15 à 25 %
Creatinineclearance tussen 60 en 80 ml/mn met TA < of = 16/9, In functie van dieet, wijziging van de algemene toestand en behandeling	5 à 15 %

In het bijzondere geval waar de nierfunctie is gewijzigd bij een patiënt die een unilaterale nefrectomie heeft ondergaan, is het cijfer van het anatomisch verlies niet cumuleerbaar, maar is het voorgestelde minimumcijfer voor wijziging van de nierfunctie 15 %.

c) Transplantatie

Afhankelijk van de tolerantie van behandelingen met corticoiden en	
--	--

immunodepressoren	10 à 20 %
<i>In geval van toerekenbare bijkomstige nierinsufficiëntie, zie onderstaande tabel</i>	

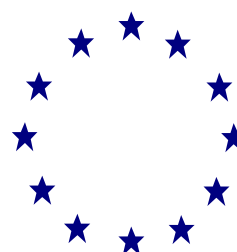
d) Incontinentie

Zonder controlemogelijkheid	30 %
-----------------------------	------

d) Stomie

Van een prothese voorzien	15 %
---------------------------	------

VIII. VOORTPLANTINGS- STELSEL





VIII - VOORTPLANTINGSTELSEL

De niet-beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

De eventuele endocriene gevolgen zijn niet in de cijfers opgenomen.

De cijfers omvatten niet de gevolgen voor de seksuele differentiatie als de aantasting voor de puberteit plaatsvindt.

Sommige cijfers kenmerken het verlies van het orgaan in zijn sociaal-culturele context.

I- VROUW

a) Verlies van een orgaan

Hysterectomie	6 %
Ovariëctomie • bilateraal • unilateraal	12 % 6 %
Mammectomie • bilateraal • unilateraal	25 % 10 %

b) Steriliteit

Definitief ontoegankelijk voor alle medische technieken voor de ondersteuning van de voortplanting bij een persoon die tot voortplanting in staat was; het cijfer omvat het verlies van organen	25 %
---	------

II- MAN

a) Verlies van een orgaan

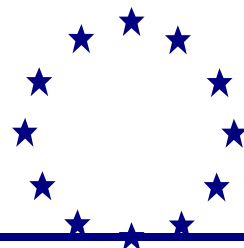
Orchidectomie • bilateraal • unilateraal	15 % 6 %
Verlies van de penis	40 %

b) Steriliteit

Bij een persoon die tot voortplanting in staat was; het cijfer omvat het verlies van de testikels	25 %
---	------

Als bovendien de penis is verloren, is het gecombineerde cijfer van het verlies van de organen en de steriliteit 45%

IX.
ENDOCRIEN
STELSEL





IX. ENDOCRIEN STELSEL

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

De problemen met betrekking tot toerekenbaarheid op dit gebied behoren tot moeilijkste. Bij de beoordeling is lichamelijke schade die uitsluitend uit een geïsoleerd endocrien gebrek bestaat zeer zeldzaam.

Nog meer dan in de andere hoofdstukken dient hier in functie van klinische onderzoeken en door een specialist uitgevoerde bijkomende tests te worden beslist.

De beoordeling dient in functie van de aanpassing aan en de controle en doeltreffendheid van de behandeling te geschieden.

a) Hypofyse

Panhypopituitarisme (een volledig gebrek aan anterieure en posterieure hypofysefuncties) die een substitutiebehandeling en regelmatig klinisch en biologisch toezicht vereist, afhankelijk van de doeltreffendheid van de behandeling	20 à 45 %
Diabetes insipidus , beoordeeld in functie van de controle van de polyurie door de behandeling en de doeltreffendheid ervan	5 à 20 %

b) Thyroïde

Hyperthyroïdie met wijziging van de biologische constanten, tremor, exoftalmie zonder gevolgen voor het zicht.	5 à 8 %
Idem, met gevolgen voor andere organen en/of functies.	8 à 30 %
Hypothyroïdie (uitzonderlijk posttraumatisch)	Tot 5 %

c) Parathyroïde

Hypoparathyroïdie , essentieel, afhankelijk van ontregeling van de biologische doseringen (calcemie, fosforemie, parathormone) en de door het aanhouden van de klinische tekenen veroorzaakte hinder	5 à 15 %
---	-----------------

c) Pancreas – diabetes

Niet insuline-afhankelijke diabetes Nooit rechtstreeks posttraumatisch. Als toerekenbaarheid is vastgesteld in functie van de aard van de klinische tekens, de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk	5 à 10 %
--	-----------------

Insuline-afhankelijke diabetes <i>Dit type diabetes stelt vaak problemen met betrekking tot toerekenbaarheid, behalve als het een gevolg is van zwaar pancreasletsel.</i> <i>Het cijfer dient in functie van zijn stabiliteit, de gevolgen voor het sociaal leven, de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk te worden beoordeeld</i> - Onevenwichtige diabetes, met onpasselijkheid, gevolgen voor de algemene toestand en behoefte aan nauw biologisch toezicht - Evenwichtige diabetes met eenvoudige insulinebehandeling, in functie van de behoefte aan toezicht <i>In geval van complicaties met definitieve gevolgen naar de betrokken specialiteiten verwijzen.</i>	20 à 40 % 15 à 20 %
--	---

d) Bijniere

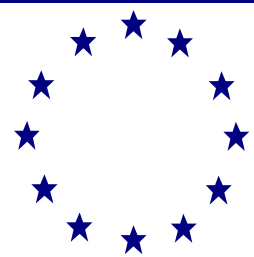
Bijnierinsufficiëntie: in functie van de behoefte aan toezicht en de behandelingsdruk	10 à 25 %
---	-------------------------

e) Gonaden

--	--

Afhankelijk van het resultaat van de substitutiebehandeling	10 à 25 %
---	-----------

X.
HUID





X. DIEPE BRANDWONDEN OF PATHOLOGISCHE LITTEKENS

De niet beschreven situaties worden in vergelijking met beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

De voorgestelde cijfers houden in wezen rekening met de nawerkingen voor de huid, en niet met esthetische gevolgen en bewegingsbeperking.

Afhankelijk van het percentage van het lichaamsoppervlak van de letstels

Minder dan 10 %	5 %
Van 10 tot 20 %	10 %
Van 20 tot 60 %	10 à 25 %
Meer dan 60 %	25 à 50 %

BIJLAGE B
PRAKTISCHE REGELS VOOR HET GEBRUIK VAN DE EUROPESE SCHAAL
VOOR DE BEOORDELING VAN BLIJVENDE INVALIDITEIT

Beginnelsen

De beoordelende arts kwantificeert de invaliditeit, dat wil zeggen de medisch vast te stellen en dus meetbare aantasting van de lichamelijke en/of geestelijke integriteit, aan de hand van de Europese schaal.

Voor de beoordeling van bepaalde soorten blijvende letsels (bijvoorbeeld oftalmologische, KNO- of stomatologische letsels) is een specialist op het betreffende vakgebied nodig. Het rapport van de geraadpleegde specialist moet alle technische gegevens en relevante elementen bevatten op grond waarvan de beoordelende arts een uitspraak kan doen over de oorzaken en de kwantificering van het blijvend letsel.

Ongeacht om welke functie het gaat (lopen, horen, zien enz.), wordt bij de beoordeling van functiestoornissen rekening gehouden met de bereikte functiewinst als verstrekking van een prothese, orthese of van technische hulp de functiestoornis verbetert.

Definities

Voor de toepassing van de Europese schaal wordt blijvende invaliditeit als volgt omschreven:

de definitieve, medisch vast te stellen of medisch te verklaren beperking van de lichamelijke en/of geestelijke capaciteit, alsmede de pijn en de psychische effecten waarvan de arts weet dat deze gewoonlijk met het letsel samengaan en de gevolgen voor het dagelijkse leven waarmee dit letsel gewoonlijk en objectief gepaard gaat.

De invaliditeitsgraad is:

de mate van moeite, op een theoretisch maximum van 100%, die eenieder met aldus gekwantificeerd letsel ondervindt om de gewone dagelijkse bewegingen en handelingen uit te voeren.

Algemeen

De in de schaal voorgestelde percentages hebben betrekking op het individu in zijn geheel, en niet op de mate van gebrek ten opzichte van de volledige functie of het volledige orgaan (ingeschaald als 0%).

De percentages betreffen afzonderlijk beschouwde blijvende letsels.

Volledig functieverlies wordt gelijkgesteld met het anatomisch verlies van het lichaamsdeel of orgaan in kwestie.

Niet-beschreven situaties worden in vergelijking met en naar analogie van beschreven en gekwantificeerde klinische situaties beoordeeld.

Dwingend karakter van de schaal

De toepassing van de Europese schaal is verplicht.

De schaal is dwingend waar een vooraf vastgesteld percentage wordt vermeld; als de schaal in een marge voorziet, is de deskundige aan het minimum- en het maximumpercentage gebonden.

Gedeeltelijke anatomische en/of functieverliezen moeten worden beoordeeld naar het waargenomen functieverlies, in verhouding tot het percentage voor totaal functieverlies, in de gevallen waarin de schaal geen vast percentage voorschrijft.

De toepassing van de voor bepaalde hoofdstukken van de schaal beschreven gebruiksregels (bijvoorbeeld voor de berekening van synergetisch letsel aan de vingers van een zelfde hand) is eveneens verplicht.

Voor linkshandigen worden de percentages met betrekking tot het rechter bovenste lidmaat toegepast op het linker, en omgekeerd.

Meervoudige blijvende letsels

In het geval van meervoudige blijvende letsels als gevolg van hetzelfde ongeval wordt het totaalpercentage verkregen door samentelling,

- zonder dat het percentage voor het totale verlies van het lichaamsdeel of orgaan in het geval van meervoudige letsels van dit lichaamsdeel of orgaan kan worden overschreden;
- zonder dat de 100% kan worden overschreden.

Bijzondere gevallen

Polymorfe symptomatologie

De schaal geeft bijvoorbeeld geen percentage voor een laryngectomie: de gevolgen voor het dagelijks leven van dyspneu plus afonie of dysfonie moeten globaal worden gekwantificeerd (de schaal geeft een percentage voor elke stoornis).

Eerder bestaande gezondheidstoestand

De eerder bestaande gezondheidstoestand wordt omschreven als een erkende toestand die vóór het ongeval in kwestie klinische gevolgen heeft gehad en die in het dagelijkse leven van de betrokkene merkbaar is geweest.

Latente of gepredisponeerde eerder bestaande gezondheidstoestand

Een latente eerder bestaande gezondheidstoestand zonder merkbare klinische verschijnselen en zonder gevolgen voor het dagelijkse leven van de betrokkene, wordt gelijkgesteld met pathologische predispositie of ontvankelijkheid.

In beide gevallen blijft de eerder bestaande gezondheidstoestand van de betrokkene buiten beschouwing en kan van de eindbeoordeling niets worden afgetrokken.

BIJLAGE C
BEOORDELINGSTABEL
Aanvullende vergoeding – artikel 13

Kwalitatieve schaal	Zeer licht	Licht	Matig	Gemid- deld	Vrij aan- zienlijk	Aanzien- lijk	Zeer aan- zienlijk
Cijferschaal	1	2	3	4	5	6	7
Percentage voor de aanvullende vergoeding	0,5%	1%	1,5%	2%	2,5%	4%	7%