

1^e Deel

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



3^{de} trimester 2022

1. Wet

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.07.2022	23.06.2022	Wet houdende budgettaire bepalingen inzake gezondheid

Samenvatting van de wijzigingen

Rekening houdende met de huidige forse inflatie en met het feit dat het systeem van “de afgevlakte gezondheidsindex juni/juni” daarop pas met een zekere vertraging antwoordt, heeft de wet tot doel in 2022 een eenmalige bijkomende vergoeding toe te kennen aan de zorgverleners die verstrekkingen verlenen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Het bedrag van die bijkomende vergoeding belooft 207 miljoen EUR, dat is 2 % van de tarieven voor de volledige groep van zorgverleners van de sectoren binnen de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, beperkt tot de periode van 1 juni 2022 tot 31 december 2022. De vergoeding wordt beperkt tot de bedragen die gelinkt zijn aan het indexeringsmechanisme, beoogd in artikel 207*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, uitgevoerd door het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.07.2022	14.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- in artikel 252 wordt tussen het achtste en negende lid een lid ingevoegd, luidende als volgt: “Wanneer een rechthebbende reeds ingeschreven is in de hoedanigheid van persoon ten laste bij een verzekeringsinstelling en deze over de in het vijfde lid bedoelde gegevens beschikt, wordt zijn instemming om daar als gerechtigde te worden ingeschreven verondersteld indien hij niet uiterlijk op de laatste dag van de maand volgend op het verzoek van zijn verzekeringsinstelling zijn weigering meedeelt om als gerechtigde te worden ingeschreven. Het verzoek van de verzekeringsinstelling wordt binnen 60 kalenderdagen na ontvangst van de gegevens bedoeld in het vijfde lid naar de rechthebbende gestuurd. Dit lid is eveneens van toepassing op de personen in behoud van recht bedoeld in artikel 127. Dit lid is niet van toepassing op de werknemers en de rechthebbenden van de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail. Het is evenmin van toepassing op de situaties die binnen het toepassingsgebied vallen van de rechtstreeks toepasselijke regels van Europees recht ter zake.”

- artikel 259, a) wordt aangevuld met de volgende zin: “Bij een inschrijving als bedoeld in artikel 252, negende lid, geldt de termijn van twaalf maanden evenwel niet en vindt de mutatie plaats op de eerste dag van het kalenderkwartaal volgend op de aanvraag.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.07.2022	14.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot uitvoering van hoofdstuk IIIbis van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot uitvoering van hoofdstuk IIIbis van Titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- in artikel 16 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het 1^e lid worden de woorden “450 EUR bereiken” vervangen door de woorden “250 EUR bereiken”;
 - => in het 1^e lid en in het 2^e lid worden de woorden, “behalve wanneer het gezin bedoeld in artikel 37decies, § 1, van de wet enkel is samengesteld uit de personen bedoeld in artikel 37octies, § 1, 1^e lid van de wet” opgeheven.
- artikel 17 wordt opgeheven
- artikel 22 wordt vervangen als volgt: “Art. 22. De rechthebbenden van wie het gezinsinkomen sinds het jaar waarop de informatie van de FOD Financiën betrekking heeft, is gedaald tot onder een van de eerste drie inkomensgrensbedragen, bedoeld in artikel 37undecies, § 1 van de wet, bevinden zich in een behartigenswaardige situatie.”
- artikel 23 wordt vervangen als volgt: “Art. 23. De in artikel 22 bedoelde rechthebbenden kunnen aan de verzekeringsinstelling waarbij ze zijn ingeschreven of aangesloten vragen dat hun recht op de maximumfactuur opnieuw wordt onderzocht. In dat geval ondertekenen ze een verklaring op erewoord conform het model dat als bijlage I gaat. Bij de verklaring op erewoord worden alle bewijsdocumenten betreffende de in aanmerking te nemen inkomsten gevoegd.
Om vast te stellen dat het inkomen van dat gezin lager is dan een van de eerste drie inkomensgrensbedragen, bedoeld in artikel 37undecies, § 1 van de wet, wordt rekening gehouden met de in artikel 18 bedoelde inkomsten van dat gezin tijdens een referentieperiode van zes maanden die voorafgaat aan de indiening van de verklaring op erewoord.

Wat betreft beroeps- en vervangingsinkomens wordt rekening gehouden met de bedragen van elke maand van die referentieperiode, vermeerderd met het bedrag vermenigvuldigd met 6 van de laatste maand van die periode en verhoogd met het bedrag van alle andere voordelen die daaraan zijn verbonden.
Wanneer de verklaring op erewoord is ingediend tijdens het jaar dat volgt op het jaar van toekenning van de maximumfactuur, worden alle inkomsten van het jaar van toekenning van de maximumfactuur in aanmerking genomen.
De minister bevoegd voor Sociale Zaken kan wijzigingen aanbrengen in het model van de verklaring op erewoord, gevoegd in bijlage I.”
- in artikel 25, 1^e lid, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de woorden “het tweede referentiebedrag” worden vervangen door de woorden “een ander referentiebedrag”;
 - => het lid wordt aangevuld met de volgende zin: “De informatie met betrekking tot hun recht op de maximumfactuur op grond van een ander referentiebedrag kan op elektronische wijze ter beschikking worden gesteld.”

- in bijlage I worden de woorden “huidige maand” vervangen door de woorden “zes maanden”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2022	03.07.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Om te zorgen voor een betere rechtszekerheid inzake de evaluatie van de hulp van derden, wordt met het koninklijk besluit in artikel 215*bis*, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de verwijzing geschrapt naar de handleiding voor de evaluatie van de graad van zelfredzaamheid door de wetgeving betreffende de toekenning van een tegemoetkoming aan personen met een handicap.

De toepassing van de evaluatieschaal en van de specifieke bijhorende handleiding, opgesteld door de Hoge commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, wordt in de reglementering ingeschreven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 37*bis*, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- C, 1^o, wordt aangevuld met de woorden “105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.07.2022	12.07.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden aanpassingen aangebracht in het kader van de “Terug naar Werktrajecten”: er worden een aantal concepten in verduidelijkt en het heeft tot doel de human resources (adviserend artsen en terug naar werk-coördinatoren) op een efficiëntere manier in te zetten. Door die aanpassingen moet het traject sneller kunnen worden opgestart (preciseringen betreffende het moment waarop het medisch onderzoek door de adviserend arts of het eerste contactmoment door de terug naar werk-coördinator moet plaatsvinden).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2022	23.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de implementatie van de Europese richtlijn (EU) 2019/1158 (richtlijn evenwicht werk en privéleven) en met het oog op de overeenstemming van de huidige Belgische reglementering met de “Europese richtlijn inzake moederschap” 92/85/EEG, worden met dit koninklijk besluit de volgende wijzigingen aangebracht voor alle risico’s van de moederschapsverzekering van de werknemers:

- de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers volbrengen hun wachttijd indien zij over een periode van zes maanden honderddrieëndertig arbeidsuren of gelijkgestelde uren presteren op voorwaarde dat zij zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden om vierhonderd arbeidsuren te presteren tijdens deze zes maanden (art. 1)
- in het kader van de verminderde wachttijd van drie maanden, van toepassing op de gerechtigden die zich niet langer in een van de toestanden bevinden als bedoeld in artikel 86, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, na de wachttijd van zes maanden te hebben volbracht of daarvan te zijn vrijgesteld, die opnieuw onderworpen zijn aan de RSZ-wet van 27 juni 1969 als seizoenarbeiders, arbeiders bij tussenpozen of deeltijdse werknemers en die intussen voortdurend als vrijwillig verzekerde voortdurend effectief lid of persoon ten laste zijn geweest van een ziekenfonds voor de verstrekkingen inzake moederschap, volbrengen de verminderde wachttijd indien zij over een periode van drie maanden zevenenzestig arbeidsuren of gelijkgestelde uren presteren op voorwaarde dat zij zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden om tweehonderd arbeidsuren te presteren tijdens deze drie maanden (art. 2)
- een vrijstelling van wachttijd voor een werknemer die voorheen zelfstandige was, op voorwaarde dat:
 - => de betrokkene de wachttijd van zes maanden in het stelsel van de zelfstandigen heeft volbracht of van de vervulling van de wachttijd was vrijgesteld;
 - => de betrokkene de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de werknemers verkrijgt uiterlijk de dertigste dag na het verlies van de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen (art. 3).
- een vermindering van de wachttijd voor de werknemer die slechts één kwartaal als zelfstandige zou hebben gewerkt, op voorwaarde dat er geen termijn van meer dan dertig dagen verstreken is tussen het verlies van de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen en het verwerven van de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de werknemers. Het gaat meer bepaald om een verminderde wachttijd van drie maanden met minstens zestig werkdagen of daarmee gelijkgestelde dagen, of tweehonderd arbeidsuren of daarmee gelijkgestelde uren voor de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers. De seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers volbrengen bovendien hun wachttijd indien zij over een periode van drie maanden zevenenzestig arbeidsuren of gelijkgestelde uren presteren op voorwaarde dat zij zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden om tweehonderd arbeidsuren te presteren tijdens deze drie maanden (art. 4)
- een formele aanpassing ten gevolge van de nieuwe vermindering van de wachttijd (art. 5) en een formele aanpassing die bestaat uit de vervanging, in de Franse tekst, van het woord “stage” door de woorden “stage d’attente” in hoofdstuk III van titel III van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 en in artikel 292 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (artn. 6 en 7).

Het koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 2 augustus 2022 en is van toepassing op de periodes van moederschapsbescherming, omgezet moederschapsverlof, vaderschaps- of geboorteverlof, adoptieverlof en pleegouderverlof die ten vroegste op deze datum aanvatten.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.07.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een § 3^{ter} ingevoegd in artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, luidende als volgt:

“Onder “Verstrekkingen verricht bij de rechthebbende thuis” wordt verstaan alle verstrekkingen die aan de rechthebbende worden verleend in zijn wettelijke woonplaats of op elke andere plaats waar hij tijdelijk verblijft of woont.

Worden niet als woonplaats in de zin van deze paragraaf beschouwd: alle andere plaatsen van verstrekking die in § 1 van dit artikel zijn opgenomen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, betreffende de wervelkolompathologieën
01.08.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, betreffende de wervelkolompathologieën - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2 de volgende wijzigingen aangebracht:

- de toepassingsregel na de verstrekking 102491 wordt vervangen
- er wordt een B/1 ingevoegd.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 14, b) de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 230591-230602 worden de woorden, “van hydromyelië of van syringomyelië” opgeheven
- de omschrijving van de verstrekking 230694-230705 wordt aangevuld met het woord “craniale”
- de omschrijving van de verstrekking 232551-232562 wordt vervangen
- de verstrekkingen 230731-230742, 232750-232761, 232772-232783 en 232794-232805 worden opgeheven.

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 14, k):

- in l:
 - => in § 1, A, 1^o,
 1. worden in de omschrijvingen van de verstrekkingen 280011-280022, 280033-280044, 280055-280066, 280070-280081 en 280092-280103 de woorden “synthesematerieel” telkens vervangen door de woorden “osteosynthesemateriaal”;
 2. worden de omschrijvingen van de verstrekkingen 280055-280066, 280070-280081 en 280092-280103 telkens aangevuld met de woorden “, met uitzondering van het osteosynthesemateriaal ter hoogte van de wervelkolom”;
 3. worden in de omschrijving van de verstrekking 277771-277782 de woorden “dat niet tot de hand of de voet behoort” vervangen door de woorden “dat niet tot de hand, de voet of de wervelkolom behoort”;
 4. worden in de omschrijving van de verstrekking 275015-275026 de woorden “Trepanatie curettage” vervangen door het woord “Curettage”;
 5. in de omschrijving van de verstrekking 275030-275041 worden de woorden “Trepanatie curettage” vervangen door het woord “Curettage” en wordt het woord “wervel-” opgeheven;
 - => in § 1 wordt de bepaling onder B vervangen;
 - => in § 2, in de Nederlandse tekst van de bepaling onder A, 1^o, 4^e lid:
 1. wordt het woord “ogen” vervangen door het woord “mogen”;
 2. wordt het woord “verstrelling” vervangen door het woord “verstrekking”;
 - => in § 2, B:
 1. worden in punt 1^o “Behandelingen van fracturen en luxaties” de verstrekkingen 295013-295024 en 295035-295046 opgeheven;
 2. in de bepalingen onder 2^o wordt de omschrijving van de verstrekking 295352-295363 aangevuld met het woord “(cervico-thoracaal)” en wordt de omschrijving van de verstrekking 295396-295400 vervangen;
 3. worden punt 3^o “Continue tracties” en de verstrekkingen 295610-295621 en 295632-295643 opgeheven;
 4. worden de bepalingen onder punt 5^o “Nemen van afgietsels” vervangen.
 - => in § 3 wordt de omschrijving van de verstrekkingen 288455-288466, 288470-288481 en 288492-288503 vervangen.
- Punt “II. Niet-heelkundige verstrekkingen” en de verstrekking 299972-299983 worden opgeheven.

In de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt een artikel 14, n), ingevoegd.

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 34:

- in § 1, b), de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 589676-589680
- in § 2, 1^e lid:
 - => in de Nederlandse tekst worden de woorden “geneesheren-specialisten” telkens vervangen door de woorden “artsen-specialisten”;
 - => wordt het lid aangevuld met de woorden “, tenzij anders vermeld bij de verstrekking zelf”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 2, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt artikel 25, § 2, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen als volgt:

“2° Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een heelkundige ingreep ondergaat, wordt gedurende vijf dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald.

Deze immunitetsperiode van vijf dagen gaat in de dag waarop de heelkundige behandeling wordt verricht.

Deze immunitetsperiode is evenwel niet van toepassing voor de heelkundige ingrepen met een waarde hoger dan K 180, N 300, I 300, indien het toezicht wordt uitgeoefend door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, neurologie, neuropsychiatrie, pediatrie, reumatologie of fysische geneeskunde en revalidatie, medische oncologie, geriatrie, die de heelkundige bewerking niet heeft uitgevoerd en die tot een ander medisch specialisme behoort dan de arts die de heelkundige bewerking heeft verricht.

Deze immunitetsperiode is evenmin van toepassing voor de verstrekkingen inzake:

- neurochirurgie voorzien in artikel 14, b), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 400 is
- heelkunde op de thorax voorzien in artikel 14, e), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is
- heelkunde op het abdomen voorzien in artikel 14, d), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan N 350 is
- bloedvatenheelkunde voorzien in artikel 14, f), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is
- urologie voorzien in artikel 14, j), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 300 is
- orthopedie: bloedige behandelingen, hals en romp, ledematen, voorzien in artikel 14, k), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is
- gynaecologie voorzien in artikel 14, g), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 225 is
- otorhinolaryngologie voorzien in artikel 14, i), waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 400 is, alsook voor de verstrekkingen nrs. 256771-256782 en 257191-257202
- transplantaties voorzien in artikel 14, m)
- neurochirurgie en orthopedie voorzien in artikel 14, n), waarvan de betrekkelijke waarde hoger of gelijk is aan K 410
- verloskunde nrs. 424056-424060, 424174-424185, 424196-424200 en alle verstrekkingen vermeld in artikel 9, a), behalve de nrs. 422225, 422671 en 423673

- percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole waarvan de waarde gelijk aan of hoger dan I 800 is
- stomatologie waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 225 is.

Deze immuniteitsperiode is evenmin van toepassing voor de verstrekkingen bij patiënten die verblijven in een erkende dienst NIC of een erkende G-dienst”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2022	26.06.2022	Koninklijk besluit tot invoeging van een hoofdstuk XI in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en tot opheffing van bepaalde tijdelijke maatregelen van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt een hoofdstuk XI betreffende zorg op afstand, ingevoegd. Dat nieuwe kader vervangt het systeem dat is gecreëerd bij het begin van de COVID-19-crisis.

Er geldt geen beperking voor het aantal raadplegingen via telefoon of video dat kan worden vergoed.

Om te kunnen worden vergoed, dient een raadpleging op afstand te voldoen aan de volgende voorwaarden:

- zij moet plaatsvinden:
 - => Bij een arts met wie de patiënt reeds een therapeutische relatie heeft, met name: de arts die zijn globaal medisch dossier beheert (of een andere arts van dezelfde praktijk); ofwel een arts bij wie de patiënt in het lopende kalenderjaar of in een van de twee kalenderjaren voorafgaand aan de raadpleging op afstand een fysieke raadpleging heeft gehad;
 - => Bij een arts-specialist naar wie een andere arts de patiënt heeft doorverwezen. De arts-specialist moet de doorverwijzende arts vermelden in het verslag van de raadpleging;
 - => Bij een huisartsenwachtdienst.
- een raadpleging op afstand kan enkel gebeuren op aanvraag van de patiënt en na akkoord van de arts
- de arts moet tijdens de raadpleging op afstand toegang hebben tot het patiëntendossier
- het platform dat voor videoraadplegingen wordt gebruikt, moet voldoen aan de volgende minimale voorwaarden:
 - => de communicatie verloopt via een tool met “end-to-end” encryptie;
 - => de communicatie wordt niet op het gebruikte platform opgeslagen;
 - => indien de tool andere functies bevat, naast de mogelijkheid tot video- of audiocommunicatie, waaronder de uitwisseling van documenten, worden die aangeboden op zodanige wijze dat de gebruikers in de mogelijkheid worden gesteld om de wettelijke bepalingen die op de eHealth-website worden beschreven, na te leven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.08.2022	17.07.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 1 <i>bis</i> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 25, § 1*bis*, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijvingen van de verstrekkingen 597310 en 597332 worden de woorden “ATC L01XC” telkens vervangen door de woorden “ATC L01F”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.09.2022	31.08.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt het derde lid onder 2.3.1. van artikel 31, II, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen als volgt: “2. Op het moment van de aflevering van de monofonische toerusting voldeed de rechthebbende niet aan de condities om in aanmerking te komen voor een verzekeringstegevoetkoming voor een stereofonische toerusting, of was er aan één van beide oren een tijdelijke medische tegenindicatie voor een stereofonische toerusting. De voorschrijvende arts-specialist voor otorhinolaryngologie heeft deze tijdelijke medische tegenindicatie op een document dat bij het oorspronkelijke voorschrift gevoegd werd vermeld en documenteerde dit in het medisch dossier van rechthebbende. Wanneer deze tijdelijke medische tegenindicatie niet langer van toepassing is en rechthebbende een contralaterale toerusting voorgeschreven krijgt, dient dit door de voorschrijvende arts-specialist voor otorhinolaryngologie vermeld te worden op een document dat bij het voorschrift gevoegd wordt en wordt dit gedocumenteerd in het medisch dossier.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.09.2022 – Editie 1	23.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 4, 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in artikel 4 wordt een paragraaf 5 ingevoegd
- in artikel 5 worden wijzigingen aangebracht in de §§ 1 en 2

- in artikel 6:
 - => wordt § 18 gewijzigd;
 - => na § 18 wordt een nieuwe § 18^{bis} ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2022 – Editie 1	31.08.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, 17 ^{ter} , 18 en 19 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in artikel 17:
 - => in paragraaf 1, 7^o, wordt de vierde toepassingsregel die volgt op de verstrekking 455895-455906 vervangen door het volgende;
 - => in paragraaf 11 wordt a) vervangen.
- in artikel 17^{ter}:
 - => in A, 7^o, wordt de derde toepassingsregel die volgt op de verstrekking 466616-466620 vervangen.
- in artikel 18:
 - => in paragraaf 2, B wordt d) nonies vervangen.
- in artikel 19, paragraaf 5, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren” telkens vervangen door het woord “artsen”;
 - => in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”;
 - => in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;
 - => het vierde lid wordt vervangen;
 - => in het zesde lid wordt 1^o vervangen.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.07.2022 – Editie 1	20.05.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers:

- in artikel 5 wordt een paragraaf 2/5 ingevoegd, luidende: “§ 2/5 Voor het premiejaar 2021 zijn de bepalingen van § 2/2 van toepassing, waarbij 2018 moet worden vervangen door 2021.”
- in artikel 5, §§ 3, 3/1 en 3/2 van de Franstalige tekst worden de woorden “depuis 5 années ou plus” verwijderd
- een artikel 8/2 wordt ingevoegd, luidende: “Art. 8/2. Het bedrag van de tegemoetkoming voor 2021 is identiek aan de bedragen die voor 2019 zijn vastgesteld.”
- in artikel 9 worden de woorden “2018, 2019 en 2020” vervangen door de woorden “, 2018, 2019, 2020 en 2021”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.07.2022	23.06.2022	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 42, eerste lid, van de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de kwestie geregeld van de vergoeding van de apotheker voor de verdeling in de rustoorden van Molnupiravir, een oraal antiviraal geneesmiddel voor de behandeling van COVID-19 bij volwassenen die geen bijkomende zuurstof behoeven en die een verhoogd risico lopen om een ernstige vorm van de ziekte te ontwikkelen.

Het honorarium voor de aflevering van het geneesmiddel bedraagt EUR 390/cluster. Het honorarium is met terugwerkende kracht van toepassing op elke aflevering van die geneesmiddelen sinds 18 februari 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.07.2022	17.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 4 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen:

- de bepaling onder 1^o wordt aangevuld met de woorden “, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195”

- artikel 4 wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: “Geen enkele rechthebbende is een persoonlijk aandeel verschuldigd in de honoraria voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 105291 - 105302, 105313 - 105324, 105335 - 105346 en 105350 - 105361, bedoeld in artikel 2, B/1, van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2022	26.06.2022	Koninklijk besluit tot invoeging van een artikel <i>4quater</i> in het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een artikel *4quater* ingevoegd in het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria van de raadplegingen op afstand voorzien in artikel 37 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt als volgt vastgesteld:

- 4 EUR voor een videoraadpleging door een huisarts of arts-specialist
- 3,5 EUR voor een videoraadpleging door een huisarts op basis van verworven rechten of een houder van het artsdiploma
- 2 EUR voor een telefonische raadpleging door een arts
- 1 EUR voor de rechthebbende van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.08.2022	20.07.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van iteratie 1 van het project “Mult-eMediatt” (project tot informatisering van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid) wordt met dit koninklijk besluit een wijziging aangebracht in het koninklijk besluit van 20 juli 1971, waarbij de behandelende arts het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid ook langs elektronische weg naar de verzekeringsinstelling kan versturen, als de arbeidsongeschikte gerechtigde daartoe toestemming heeft verleend.

Deze wijze van verzending is echter nog beperkt tot:

- de aangifte van de arbeidsongeschiktheden waarvan de duur veertien dagen overschrijdt
- de aangifte van verlengingen van arbeidsongeschiktheid
- de aangifte van hervallen in arbeidsongeschiktheid.

Het (papieren/elektronisch) getuigschrift van arbeidsongeschiktheid moet de identificatiegegevens van de patiënt en de zorgverlener, de substantiële gegevens en de gegevens die specifiek zijn voor het geval in kwestie, bevatten (gegevens waarvan de lijst door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen is goedgekeurd).

Het besluit is in werking getreden op 1 mei 2022 en is van toepassing op elke aangifte van arbeidsongeschiktheid, met inbegrip van de verlenging van arbeidsongeschiktheid en het hervallen in arbeidsongeschiktheid, die ten vroegste op 1 mei 2022 wordt verricht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.09.2022	11.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en tot wijziging van artikel 122 <i>sexiesdecies</i> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

 - => de bepaling onder 24^o wordt vervangen als volgt: “24^o “koninklijk besluit van 7 april 2019”: het koninklijk besluit van 7 april 2019 tot uitvoering van artikel 35 *septies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994”;
 - => de bepaling onder 38^o, f), wordt aangevuld met de volgende zin: “Met “kwalificaties van de verplegingsinrichting of van het betrokken gespecialiseerd centrum”, kan met name worden bedoeld de naar behoren gemotiveerde toelating van hetzij één enkele kandidatuur per netwerk zoals bedoeld in artikel 2, § 1, van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende ziekenhuizen en andere instellingen voor gezondheidszorg, hetzij een maximum aantal kandidaturen voor hetzelfde netwerk, dat door het beheersorgaan van dit netwerk objectief wordt gemotiveerd, met dien verstande dat het aantal netwerken dat voor kandidaturen in aanmerking wordt genomen, om objectieve redenen ook tot minder dan 25 kan worden beperkt.”;
 - => de bepaling onder 38^o, g), wordt aangevuld met de woorden “of door de rechthebbende”;
 - => het artikel wordt aangevuld met de bepaling onder 51^o, luidende: “51^o “Lichte wijziging van een hulpmiddel dat reeds op een nominatieve lijst opgenomen is”: de wijziging aangebracht aan een vorige versie van een implantaat of invasief medisch hulpmiddel van dezelfde fabrikant dat reeds het voorwerp heeft uitgemaakt van een studie die het toelaat in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming en opgenomen te worden op een nominatieve lijst. De wijziging is licht voor zover deze geen enkel nadelig effect uitoefent op de veiligheid en/of de werkzaamheid en voor zover ze geen wijziging betreft van de functie, het werkingsmechanisme, de implantatieplaats, de plaatsingstechniek of toegangsweg van de vorige versie van het hulpmiddel en mits de doelgroep verbonden aan de terugbetaalde indicaties identiek blijft. De prijs die wordt gevraagd voor de nieuwe versie van het hulpmiddel mag niet hoger zijn dan de prijs van de vorige versie die wordt terugbetaald op de nominatieve lijst.”;
- o in artikel 7 wordt het derde lid vervangen als volgt: “In geval van elektronische handtekening van de aanvragen, gelden de bepalingen met betrekking tot de gekwalificeerde elektronische handtekening in de zin van artikel 3.12. van Verordening (EU) nr. 910/2014 van het Europees Parlement en de Raad van 23 juli 2014 betreffende elektronische identificatie en vertrouwensdiensten voor elektronische transacties in de interne markt en tot intrekking van Richtlijn 1999/93/EG.”

- in artikel 14 worden de woorden “of van de Commissie” vervangen door de woorden “, van de Commissie of van de Dienst, overeenkomstig artikel 35septies/6, vierde lid, van de wet.”
- in artikel 19, § 2, 2^o, worden de woorden “zoals bepaald in artikel 1, 38^o, f),” ingevoegd tussen de woorden “gespecialiseerd centrum” en de woorden “, waarin het hulpmiddel”
- in artikel 23, § 1, tweede lid, worden de woorden “een samenvatting die het hulpmiddel omschrijft en” ingevoegd tussen de woorden “in voorkomend geval” en de woorden “de verstrekking waarop”
- in artikel 141 worden de woorden “of van de Dienst, overeenkomstig artikel 35septies/6, vierde lid, van de wet” ingevoegd tussen de woorden “van de Commissie” en de woorden “door een beslissing”
- artikel 144 wordt aangevuld met een lid, luidende: “De aanvraag tot opname van een hulpmiddel in de nominatieve lijst betreft:
 - 1^o de opname van een hulpmiddel met uitzondering van deze bedoeld in 2^o;
 - 2^o de opname van een hulpmiddel bestaande uit een lichte wijziging van een hulpmiddel dat reeds op de nominatieve lijst opgenomen is zoals gedefinieerd in artikel 1, 51^o;
 - wanneer andere elementen gewijzigd worden, volgt de aanvraag de procedure van inschrijving zoals bedoeld onder 1^o.”
- in artikel 145 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bestaande tekst van het artikel, hetwelke paragraaf 1 zal vormen, worden de woorden “zoals bedoeld in artikel 144, tweede lid, 1^o,” ingevoegd tussen de woorden “aanvraag tot opname” en de woorden “worden de volgende gegevens”;
 - => het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

“§ 2. In geval van een aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144, tweede lid, 2^o, worden de volgende gegevens verstrekt overeenkomstig het aanvraagformulier waarvan het model is vastgesteld overeenkomstig artikel 1, 13^o:

 - 1^o de identificatie van de aanvrager (benaming, hoofdzetel, ondernemingsnummer, juridisch statuut);
 - 2^o de identificatiecode van de vorige versie van het hulpmiddel ingeschreven op de nominatieve lijst;
 - 3^o in voorkomend geval het (de) notificatiecode(s) van het implantaat of het hulpmiddel voor langdurig gebruik;
 - 4^o de naam en de referentienummers van het hulpmiddel;
 - 5^o een omstandige beschrijving van het hulpmiddel en een beschrijving van de wijzigingen ten opzichte van de vorige versie, waaruit blijkt dat het hulpmiddel aan de in artikel 1, 51^o bedoelde definitie voldoet;
 - 6^o een gemotiveerde verklaring dat het hulpmiddel overeenkomt met de verstrekking opgenomen in de lijst en dat voldoende gegevens beschikbaar zijn die de veiligheid van het hulpmiddel bevestigen;
 - 7^o in voorkomend geval, alle elementen voorzien in de vergoedingsmodaliteiten;
 - 8^o de individuele prijs, de verkoopprijs van toepassing in andere lidstaten van de Europese Unie en, in voorkomend geval, een bewijs van prijsvaststelling afgeleverd door de Federale Overheidsdienst Economie, KMO, Middenstand en Energie, of bij ontbreken hiervan een bewijs van indiening van een aanvraag met de verplichting het bewijs van prijsvaststelling aan het dossier toe te voegen van zodra het beschikbaar is;

9° de conformiteitsverklaring en de vereiste certificaten in verband met de CE-markering;

10° de gebruiksaanwijzing.”

- In artikel 146, § 1, eerste lid wordt het woord “aanvraag” vervangen door het woord “aanvragen”
- Er wordt een artikel 146/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 146/1 § 1. Overeenkomstig de bepalingen van het huishoudelijk reglement van de Commissie worden één of meerdere interne deskundigen van de Dienst, of indien de Commissie dit nodig acht, externe deskundigen aangeduid om de aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144, tweede lid, 2° te onderzoeken.

§ 2. In geval van een aanvraag tot opname zoals bedoeld in artikel 144, tweede lid, 2°, kan de voorziene termijn van vijftien dagen bedoeld in artikel 4, § 2, 4°, geschorst worden door de Commissie mits de aanvrager op de hoogte wordt gebracht dat het doel is bijkomende informatie en verduidelijking te vragen aan externe deskundigen om de evaluatie van de aanvraag tot opname door de Commissie te kunnen afronden.

De periode van schorsing bedoeld in het eerste lid loopt tot de ontvangst op het secretariaat van de bijkomende informatie en verduidelijking vanwege de externe deskundigen, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan negentig dagen mag bedragen.”;

- In artikel 154, § 1, 2°, worden de woorden “de desbetreffende identificatiecode(s) en” ingevoegd tussen de woorden “2°” en de woorden “in voorkomend geval”
- Er wordt een artikel 178/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 178/1 De Dienst stelt de aanpassingen aan de lijst of nominatieve lijst voor aan respectievelijk de Minister of het Verzekeringscomité na advies van de Commissie Tegemoetkoming van Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen, onder de vorm van een gemotiveerd definitief voorstel, in geval van initiatieven die een louter administratieve vereenvoudiging en/of een verhoogde coherentie op niveau van de vergoedingsmodaliteiten beogen. De Commissie beslist bij aanvang of het initiatief van de Dienst wordt behandeld en waakt erover dat de bestaande doelgroep en de reeds goedgekeurde indicaties ongewijzigd blijven.”

In artikel 122*sexiesdecies* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- paragraaf 1 wordt aangevuld met de bepaling onder 11°, luidende:

“11° één werkend en één plaatsvervangend lid, vertegenwoordiger van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, voorgedragen door de Administrateur-generaal van dit Federaal Agentschap.”;

b) in paragraaf 2 worden de woorden “ en 10°” vervangen door de woorden “, 10° en 11°”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2022	06.08.2022	Koninklijk besluit houdende toekenning van een dotatie aan het RIZIV voor het jaar 2022 in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus

Samenvatting van de wijzigingen

Een dotatie van 757.196.000 EUR wordt toegekend aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering voor het jaar 2022. Dit bedrag is bestemd voor de financiering van de uitgaven van het RIZIV in de strijd tegen het COVID-19-virus.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2022	06.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 27 januari 2022 tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 6 september 2022 wijzigt artikel 4 van het koninklijk besluit van 27 januari 2022 tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” betreft

In het koninklijk besluit van 27 januari 2022 wordt gepreciseerd dat een vervanger van de “Terug Naar Werk-coördinator” ook in aanmerking komt voor de berekening van de administratiekosten en dat in geval van de niet vervanging van de “Terug Naar Werk-coördinator” de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst gedurende een termijn van drie maanden volgend op de maand waarin de schorsing is aangevat, geen impact heeft op de toegekende administratiekosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.09.2022 – Editie 1	23.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1, 2^o worden de volgende verstrekkingen toegevoegd: “302352-302363, 302374-302385, 302396-302400, 302411-302422, 302433-302444, 302551-302562, 302573-302584, 302595-302606, 302610-302621 en 302632-302643”
- in artikel 5 worden in het eerste lid de volgende verstrekkingen toegevoegd: “372455-372466, 372470-372481, 372352-372363, 372374-372385, 372396-372400, 372411-372422, 372433-372444, 379492-379503 en 309492-309503”.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2022	14.07.2022	9 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2022	13.07.2022	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
05.08.2022	13.07.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.08.2022	13.07.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.08.2022 – Editie 1	16.08.2022	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
19.09.2022	16.08.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II wordt het punt IX.4 toegevoegd, luidende: “Immunosuppressiva gebruikt in de behandeling van refractaire gegeneraliseerde Myasthenia gravis: Fa-18”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2022	12.09.2022	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2022	13.07.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten
22.07.2022	13.07.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk I van bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten:

- in §20009 worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen
- in §20009 worden de radiofarmaceutische producten ingevoegd
- in §20010 worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen
- er wordt een §20011 toegevoegd
- in §20011 worden de radiofarmaceutische producten ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.08.2022 – Editie 1	16.08.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2022	12.09.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2022	15.07.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de "L.1.1 Kyphoplastie en Vertebroplastie" in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- de omschrijving van de verstrekking 162993-163004 wordt vervangen als volgt: "Cement voor kyphoplastie met ballon gebruikt naar aanleiding van de verstrekking 589676-589680 van de nomenclatuur, per niveau, maximum twee niveaus"
- de omschrijving van de verstrekking 171975-171986 wordt vervangen als volgt: "Cement voor vertebroplastie gebruikt naar aanleiding van de verstrekking 589890-589901 van de nomenclatuur, per niveau, maximum 2 niveaus"
- de vergoedingsvoorwaarde L- § 01 gekoppeld aan de verstrekkingen 162971-162982 en 162993-163004 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.09.2022	13.09.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het punt “1. Algemene bepalingen” wordt aangevuld met het punt 1.3, luidende:
 “1.3 De hulpmiddelen opgenomen onder punt “2. Verstrekkingen en vergoedingsmodaliteiten” kunnen in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering na een lichte wijziging te hebben ondergaan zoals gedefinieerd in artikel 1, 51° van het koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, en nadat deze hulpmiddelen de hiervoor bestemde procedure zoals beschreven in artikel 145, § 2 tot en met artikel 152 van datzelfde besluit succesvol hebben doorlopen.”
- In de vergoedingsvoorwaarde B- § 08, in het punt “3.2 Criteria”, wordt de volgende zin opgeheven: “Een hulpmiddel dat een aanpassing is van een hulpmiddel dat reeds op de nominatieve lijst voor dezelfde verdeler ingeschreven is, zonder wijziging van het werkingsmechanisme en zonder negatieve impact op de werkzaamheid, de veiligheid en de kwaliteit, mag ingeschreven worden zonder klinische studies op voorwaarde dat de verdeler de aanpassingen en hun praktische consequenties in detail beschrijft.”
- In de vergoedingsvoorwaarde B- § 09, in het punt “4.2 Criteria”, wordt de volgende zin opgeheven: “Een hulpmiddel dat een aanpassing is van een hulpmiddel dat reeds op de nominatieve lijst voor dezelfde verdeler ingeschreven is, zonder wijziging van het werkingsmechanisme en zonder negatieve impact op de werkzaamheid, de veiligheid en de kwaliteit, kan ingeschreven worden zonder klinische studies op voorwaarde dat de verdeler de aanpassingen en hun praktische consequenties in detail beschrijft.”
- In de vergoedingsvoorwaarde C- § 09, wordt het punt “3.2.2 Wijziging van het te implanteren gedeelte” vervangen als volgt: “3.2.2 Wijziging van het te implanteren gedeelte Een wijziging aan het mechanisme dat trillingen overbrengt op het middenoor wordt nooit als een lichte wijziging aanzien.”;
- In de vergoedingsvoorwaarde E- § 04, wordt het punt “3.2 Criteria” vervangen
- In de vergoedingsvoorwaarde F- § 05, wordt het punt “3.2.1” vervangen
- In de vergoedingsvoorwaarde F- § 09, worden de punten “3.2.2.” en “3.2.3.” opgeheven
- In de vergoedingsvoorwaarde F- § 19, worden de punten “4.2.2.” en “4.2.3.” opgeheven
- In de vergoedingsvoorwaarde F- § 24, worden de punten “3.2.2.” en “3.2.3.” opgeheven
- In de vergoedingsvoorwaarde F- § 26, worden de punten “3.2.2.” en “3.2.3.” opgeheven
- In de vergoedingsvoorwaarde G- § 02, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 => de punten “3.2.2.”, “3.2.3.”, “3.2.5.” en “3.2.6.” worden opgeheven;
 => het vroegere punt 3.2.4 wordt het punt 3.2.2.;
- In de vergoedingsvoorwaarde G- § 05, worden de punten “3.2.2.” en “3.2.3.” opgeheven
- In de vergoedingsvoorwaarde H- § 04, in het punt “3.2. Criteria”, wordt de volgende zin opgeheven: “Een hulpmiddel dat een aanpassing is van een hulpmiddel dat reeds op de nominatieve lijst ingeschreven is voor dezelfde verdeler, zonder negatieve impact op de werkzaamheid, de veiligheid en de kwaliteit, mag zonder klinische studies ingeschreven worden op voorwaarde dat de verdeler de aanpassingen en hun praktische consequenties beschrijft.”
- In de vergoedingsvoorwaarde L- § 02, wordt het punt C. van het punt “3.2. Criteria” opgeheven

- In de vergoedingsvoorwaarde L- § 30, in het punt “3.2 Criteria”, wordt de volgende zin opgeheven: “Een hulpmiddel dat een aanpassing is van een hulpmiddel dat reeds op de nominatieve lijst voor dezelfde verdeler ingeschreven is, zonder wijziging van het werkingsmechanisme en zonder negatieve impact op de werkzaamheid, de veiligheid en de kwaliteit, kan ingeschreven worden zonder klinische studies op voorwaarde dat de verdeler de aanpassingen en hun praktische gevolgen in detail beschrijft.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2022	12.09.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in punt “B.2.5 Neurostimulatoren en toebehoren in geval van obsessieve compulsieve stoornis” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de omschrijving van de verstrekkingen 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173250-173261, 173294-173305, 173316-173320 wordt vervangen;
 - => de vergoedingscategorie van de verstrekkingen 173014-173025, 173036-173040, 173051-173062, 173073-173084, 173095-173106, 173110-173121, 173132-173143, 173176-173180, 173191-173202, 173375-173386, 173390-173401, 173412-173423, 173434-173445, 173456-173460, 173471-173482, 173493-173504, 173515-173526 en 173530-173541 wordt vervangen door “I.A.a”;
 - => de vergoedingscategorie van de verstrekkingen 173250-173261, 173294-173305 en 173316-173320 wordt vervangen door “I.F.a”;
 - => de verstrekkingen 173154-173165, 173213-173224, 173235-173246, 173272-173283, 173331-173342 en 173353-173364 en hun vergoedingsmodaliteiten worden geschrapt;
 - => de verstrekkingen 183654-183665, 183676-183680, 183691-183702, 183713-183724, 183735-183746, 183750-183761, 183772-183783, 183794-183805, 183816-183820, 183831-183842, 183853-183864, 183875-183886, 183890-183901, 183912-183923, 183934-183945, 183956-183960 en 183971-183982 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
- de vergoedingsvoorwaarde B- § 11 wordt vervangen.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt de volgende wijziging in de Nominatieve lijst “Neurostimulatoren en toebehoren in geval van obsessieve compulsieve stoornis” aangebracht:

- de nominatieve lijst 35704 behorende bij de verstrekkingen 173154-173165, 173213-173224 en 173235-173246 wordt geschrapt.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.09.2022	27.06.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt de volgende wijziging aangebracht:

- artikel 9 wordt vervangen als volgt:

“Art. 9. De modellen van aanvraagformulieren tot aanpassing van een nominatieve lijst zoals bedoeld in artikel 1, 13^o van het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen zijn opgenomen in de formulieren T-Temp-II-01, T-Temp-II-02, T-Temp-II-03 en T-Temp-II-04 in bijlage XIII van de huidige Verordening.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.09.2022	27.06.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren B-Form-I-10, B-Form-I-11 en B-Form-II-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurologie” van de lijst, aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.09.2022 – Editie 1	30.05.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 6 wordt een § 3^{ter} ingevoegd met vermelding van:

“ § 3^{ter}. Wanneer een verstrekking van artikel 5 van de nomenclatuur wordt uitgevoerd door een mondhygiënist volgens de modaliteiten van artikel 6, § 18^{bis}, vermeldt de tandheelkundige de zorgen op zijn getuigschrift voor verstrekte hulp met de vermelding, in het gedeelte identificatie van de zorgverlener, van zijn eigen naam en RIZIV-nummer, maar ook de naam en het RIZIV-nummer van de mondhygiënist die de verstrekking heeft uitgevoerd.”

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

19.07.2022

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 12

Vraag

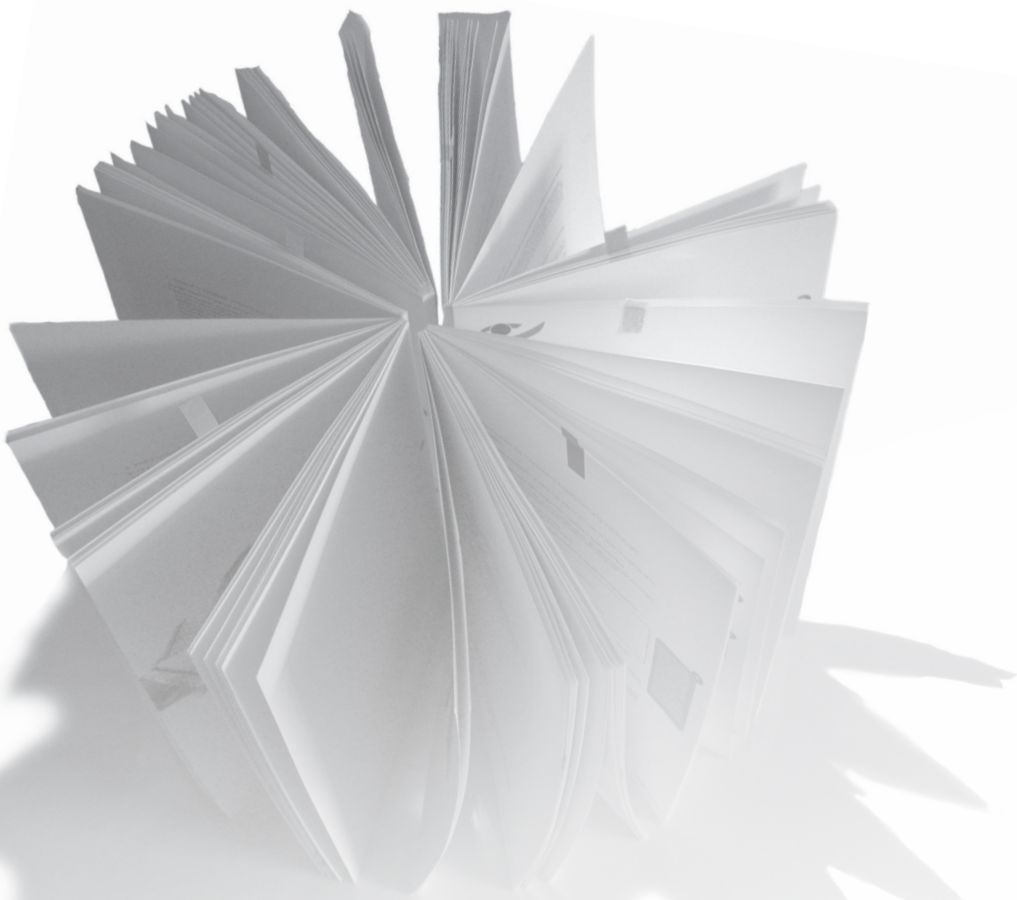
Mag een Holterregistratie aangerekend worden indien de electrocardiografische registratie (gedurende ten minste 24 uur) gebeurt met een draagbaar toestel dat een éénkanaalsregistratie verricht (Bv. Rooti Rx ecg-holtersysteem)?

Antwoord

Nee, de nomenclatuurcodes 476210-476221, 476232-476243 en 476254-476265 zijn niet van toepassing voor éénkanaalsregistratie van het hartritme.

Bovenvermelde interpretatieregels hebben uitwerking met ingang van 30 mei 2022.

2^e Deel
Rechtspraak



Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 6 december 2022

Sociaal verzekerde betwist de regelmatigheid van de kennisgeving per gerechtsbrief doordat de tekst van artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek niet was opgenomen in de gerechtsbrief.

De nietigheid van de kennisgeving (art. 792, 3^e lid Ger. W.) is enkel voorgeschreven in geval van het ontbreken van de vermelding van “de rechtsmiddelen, de termijn binnen welke dit verhaal moet worden ingesteld evenals de benaming en het adres van de rechtsmacht die bevoegd is om er kennis van te nemen.”

Een uitbreiding van deze nietigheidssanctie tot vermeldingen die niet de termijn zelf betreffen, maar wel de aanvang en de berekening ervan, is niet gerechtvaardigd.

In de kennisgeving van de griffier werd melding gemaakt van de mogelijke rechtsmiddelen en de beroepstermijn en waarbij tevens verwezen werd naar de toepasselijke wetsartikelen. Sociaal verzekerde werd dus op een betrouwbare en duidelijke wijze geïnformeerd over de rechtsmiddelen. Het was duidelijk welk gevolg er kon gegeven worden aan het ter kennis gebrachte vonnis. Het feit dat het artikel 792, tweede en derde lid van het Gerechtelijk Wetboek niet tekstueel was opgenomen, doet hieraan geen afbreuk.

A.R. 2022/AH/58

... t./RIZIV

...

1. Ontvankelijkheid van het hoger beroep

Met een verzoekschrift, op 9 april 2022 ontvangen ter griffie van dit arbeidshof, tekent de heer ... hoger beroep aan tegen het vonnis van 23 februari 2022 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren.

Een afschrift van het vonnis werd ter kennis gebracht aan partijen bij gerechtsbrief van 28 februari 2022.

1.1. Toepasselijke reglementering

Artikel 1051 van het Gerechtelijk Wetboek stipuleert dat de termijn om hoger beroep aan te tekenen één maand bedraagt, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of de kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid, van het Gerechtelijk Wetboek.

Deze beroepstermijn is voorgeschreven op straffe van verval¹ en de rechter dient dit ambtshalve op te werpen.² Met conclusie van 24 juni 2022 werpt het RIZIV eveneens de exceptie van niet-ontvankelijkheid op.

Artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, bepaalt dat voor de zaken opgesomd in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek, de griffier binnen de acht dagen bij gerechtsbrief het vonnis ter kennis brengt van de partijen.

1. Art. 860, tweede lid, van het Ger. W.

2. Cass. 12.12.1996, RW 1996-97, 1379.

Artikel 53*bis* van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat wanneer de kennisgeving is gebeurd bij gerechtsbrief of bij een ter post aangetekende brief met ontvangstbewijs, de termijnen beginnen te lopen vanaf de eerste dag die volgt op deze waarop de brief aangeboden wordt op de woonplaats van de geadresseerde of, in voorkomend geval, op zijn verblijfplaats of gekozen woonplaats.

1.2. Toetsing *in concreto*: het hoger beroep is laattijdig

Het voorwerp van huidige vordering³ behoort tot de materie die genoemd wordt in artikel 580, 2^o, van het Gerechtelijk Wetboek, en valt onder de zaken die opgesomd worden in artikel 704, § 2, van het Gerechtelijk Wetboek.

Het bestreden vonnis van 23 februari 2022 diende dan ook in toepassing van artikel 792, tweede lid, van het Gerechtelijk Wetboek, betekend te worden bij gerechtsbrief, hetgeen gebeurde op 28 februari 2022.

In casu werd de gerechtsbrief op 2 maart 2022 op het adres van de heer ... aangeboden en door hem voor ontvangst afgetekend.

In toepassing van artikel 53*bis* en 1051 van het Gerechtelijk Wetboek begon de beroepstermijn van één maand te lopen vanaf de eerste dag die volgde op deze waarop de brief aangeboden werd op de woonplaats van de geadresseerde of, in voorkomend geval, op zijn verblijfplaats of gekozen woonplaats.

Rekening houdend met de beroepstermijn van één maand, die een aanvang nam op **3 maart 2022**, dient vastgesteld te worden dat het verzoekschrift houdende hoger beroep, dat pas op 9 april 2022 ter griffie van dit arbeidshof werd ontvangen, buiten de beroepstermijn werd ingediend en dus laattijdig is.

1.3. Regelmatige kennisgeving

Volgens de heer ... is de gerechtsbrief onvolledig nu op de keerzijde na de bepaling van artikel 792, tweede en derde lid het woord 'Gerechtelijk Wetboek' niet was vermeld. Bovendien voldeed de kennisgeving niet aan alle wettelijke bepalingen aangezien noch de tekst van artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek noch deze van artikel 704 Gerechtelijk Wetboek waren opgenomen in de gerechtsbrief.

Het arbeidshof deelt deze mening niet.

Vooreerst is op de voorzijde van de gerechtsbrief uitdrukkelijk vermeld "KENNISGEVING BIJ GERECHTSBRIEF ARTIKEL 792 Gerechtelijk Wetboek." Het argument dat de vermelding 'Gerechtelijk Wetboek' niet is opgenomen is dan ook onjuist.

Artikel 792 van het Gerechtelijk Wetboek bepaalt bovendien het volgende:

"Binnen vijf dagen te rekenen van de uitspraak van de beslissing geeft de griffier, zowel in burgerlijke als in strafzaken, kennis van een niet ondertekend afschrift van de beslissing aan elke partij of, in voorkomend geval, aan hun advocaten. Die kennisgeving doet de termijn om een rechtsmiddel aan te wenden niet lopen. Zij gebeurt op elektronische wijze aan het professioneel elektronisch adres van de advocaat of, indien het een partij betreft die zonder advocaat is verschenen, aan het gerechtelijk elektronisch adres van die partij, of, bij gebreke daarvan, aan het laatst elektronisch adres dat die partij heeft verstrekt in het kader van de rechtspleging. Indien bij de griffier geen elektronisch adres gekend is, of indien de kennisgeving aan het elektronisch adres kennelijk niet is geslaagd, gebeurt de kennisgeving bij gewone brief. In afwijking van het vorige lid, voor de zaken opgesomd in artikel 704, § 2, alsook inzake adoptie brengt de griffier binnen de acht dagen bij gerechtsbrief het vonnis ter kennis van de partijen. Op straffe van nietigheid vermeldt deze kennisgeving de rechtsmiddelen, de termijn binnen welke dit verhaal moet worden ingesteld evenals de benaming en het adres van de rechtsmacht die bevoegd is om er kennis van te nemen.

In de gevallen, bepaald in het tweede lid, zendt de griffier een niet-ondertekend afschrift van het vonnis, in voorkomend geval, aan de advocaten van de partijen of aan de afgevaardigden bedoeld in artikel 728, § 3."

In de kennisgeving wordt uitdrukkelijk verwezen naar de artikelen 1050 tot 1072^{bis} Gerechtelijk Wetboek, Artikel 1051, eerste lid Gerechtelijk Wetboek vermeldt uitdrukkelijk dat de termijn om beroep aan te tekenen één maand bedraagt, te rekenen vanaf de betekening van het vonnis of kennisgeving ervan overeenkomstig artikel 792, tweede en derde lid Gerechtelijk Wetboek.

De nietigheid van de kennisgeving, zoals opgenomen in het derde lid van artikel 792 Gerechtelijk Wetboek is enkel voorgeschreven in geval van het ontbreken van de vermelding van "de rechtsmiddelen, de termijn binnen welke dit verhaal moet worden ingesteld evenals de benaming en het adres van de rechtsmacht die bevoegd is om er kennis van te nemen".

Een uitbreiding van deze nietigheidssanctie tot vermeldingen die niet de termijn zelf betreffen, maar wel de aanvang en de betekening ervan, is niet gerechtvaardigd.⁴

Bijgevolg werd de heer ... op een betrouwbare en duidelijke wijze geïnformeerd over de rechtsmiddelen, zodanig dat hij kon weten welk gevolg hij kon geven aan het ter kennis gebrachte vonnis.

In de conclusie wordt tenslotte verwezen naar het arrest van het Grondwettelijk Hof van 10 februari 2022.⁵

Het Grondwettelijk Hof oordeelde dat artikel 43 van het Gerechtelijk Wetboek in zoverre het niet erin voorziet dat, bij de betekening van een vonnis, de rechtsmiddelen, de termijn waarbinnen dat rechtsmiddel of die rechtsmiddelen moeten worden aangewend, alsook de benaming en het adres van het rechtcollege dat bevoegd is om daarvan kennis te nemen, moeten worden vermeld, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet schendt, in samenhang gelezen met artikel 6 van het Europees Verdrag voor de rechten van de mens en met de algemene beginselen die het recht op toegang tot de rechter waarborgen.

Door het Grondwettelijk Hof werd nagegaan of de *ontstentenis* van vermeldingen met betrekking tot de rechtsmiddelen, in de gemeenrechtelijke wijze van mededeling die de betekening vormt, de toegang tot de rechter van de betrokken rechtzoekenden niet op discriminerende wijze kan belemmeren.

In onderhavige zaak werden in de kennisgeving aan de heer ... de vermeldingen zoals vereist door artikel 792, derde lid van het Gerechtelijk Wetboek daarentegen wel opgenomen.

Het arbeidshof stelt vast dat in de kennisgeving de griffier onder andere melding gemaakt heeft van de mogelijke rechtsmiddelen (hoger beroep; weergave van art. 1050 van het Ger. W.) en de beroepstermijn (weergave van art. 1051, eerste lid van het Ger. W., mogelijke verlenging van de termijn overeenkomstig de artikelen 55 en 50, tweede lid van het Ger. W.).

Het arbeidshof is van oordeel dat er geen schending is van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet en artikel 6.1 EVRM zodat het niet ingaat op de vraag om een prejudiciële vraag te stellen aan het Grondwettelijk Hof.

Het arbeidshof stelt immers vast dat in de kennisgeving de griffier melding gemaakt heeft van de mogelijke rechtsmiddelen en de beroepstermijn en waarbij tevens verwezen werd naar de toepasselijke wetsartikelen. De heer ... was bijgevolg op de hoogte welk gevolg hij aan het vonnis kon geven. Het feit dat het artikel 792, tweede en derde lid van het Gerechtelijk Wetboek niet tekstueel was opgenomen, doet hieraan geen afbreuk.

4. Vgl. Cass. 29.04.2010, C.09.0146.N.

5. GwH. 10.02.2022, nr. 23/2022.

De verwijzing naar het arrest van het Hof van Cassatie van 29 januari 2016⁶ is niet dienend in huidig geschil aangezien deze rechtspraak van toepassing is op een faillissementsgeschil waarbij de kennisgeving van het verstekvonnis aan een partij dat hem niet verschoonbaar verklaart, noch de mogelijkheid noch de termijn voor beroep had vermeld. Zoals hoger gesteld voldeed de kennisgeving aan de wettelijke vereisten.

In huidig geschil was de heer ... correct geïnformeerd. Het hoger beroep is laattijdig ingediend.

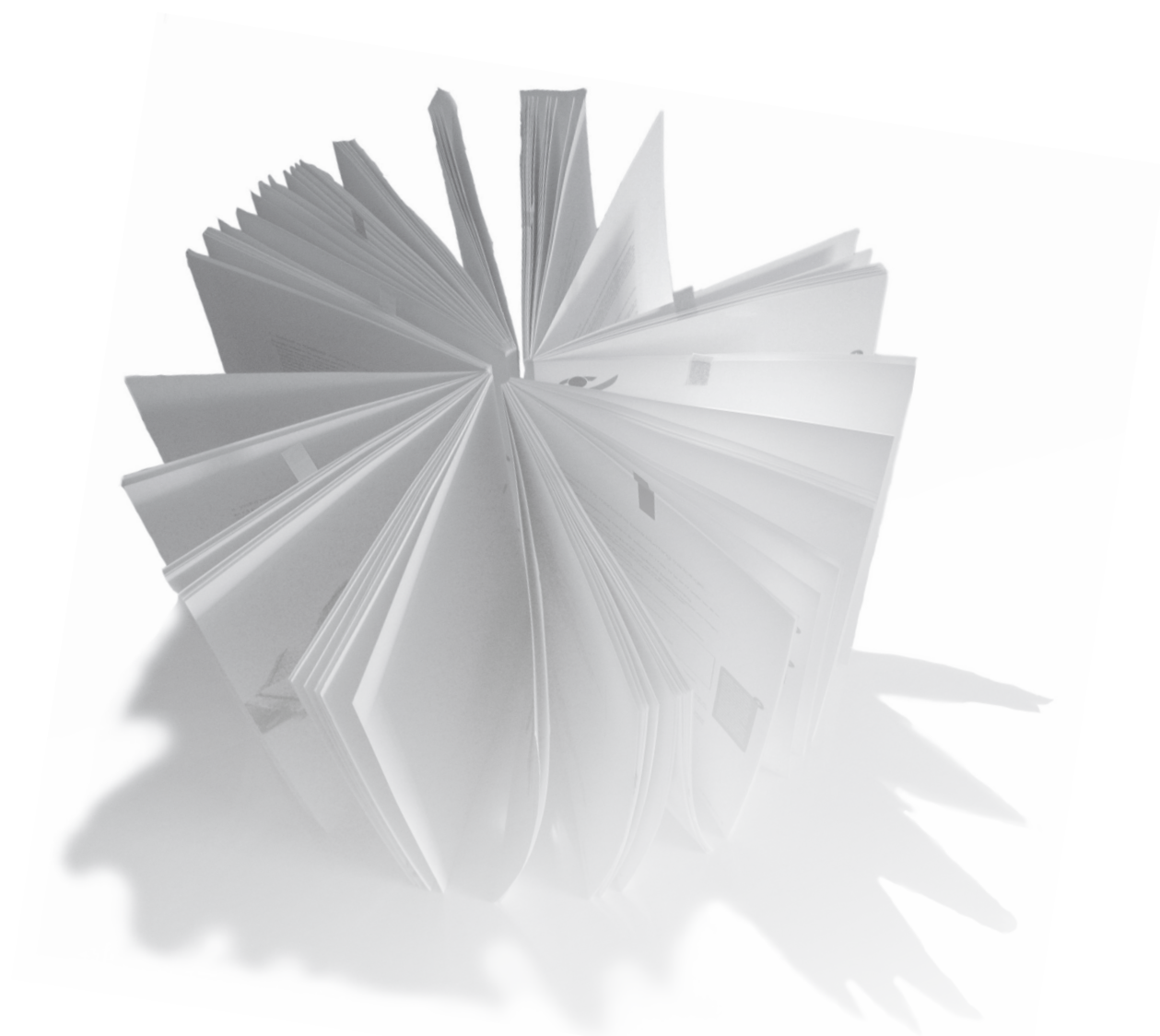
...

BESLISSING
Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep onontvankelijk wegens laattijdigheid.

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



Het Fonds Medische Ongevallen

FMO - Actieplan - De werking van het Fonds verbeteren - Dossiers sneller afsluiten - Onbeantwoorde vragen van slachtoffers en verwanten behandelen - Weigering om de verhoorbladen van de politie bij te voegen - Zorgen voor advocaten aan beide kanten, zo niet: duidelijk belangenconflict - Antwoord binnen één week - De telefonische beschikbaarheid van het FMO is versterkt - Tegensprekelijk karakter van de expertise - Oprichting van een Taskforce

Vraag nr. 1525, gesteld op 1 juni 2022, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DIERICK, volksvertegenwoordigster¹

Vandaag komen er in ons land helaas nog veel mensen te overlijden als gevolg van een medische fout.

De wet van 31 maart 2021 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voorziet in de oprichting van het Fonds voor medische ongevallen (FMO). Wie schade heeft opgelopen als gevolg van gezondheidszorg kan daarover in bepaalde gevallen advies vragen aan het FMO en eventueel een schadevergoeding ontvangen.

In 2021 stelde het FMO een actieplan voor om zijn werking te verbeteren zodat het dossiers sneller kan afronden. Het actieplan bestaat uit een structurele bijsturing van de dossierbehandeling en de oprichting van een tijdelijke taskforce om de achterstand weg te werken.

Vanuit de praktijk vernemen we dat experten of advocaten die voor het FMO optreden in een bepaalde zaak in andere zaken van het FMO niet kunnen optreden als persoonlijk expert of advocaat (niet aangesteld door FMO). Hierdoor wordt het aantal personen dat als persoonlijk expert of gespecialiseerd advocaat kan optreden sterk gereduceerd.

Daarnaast vernemen we dat ondanks het actieplan vragen die door slachtoffers of nabestaanden aan het FMO worden gesteld zeer vaak onbeantwoord blijven.

Ook vernemen we dat het FMO weigert om verslagen van verhoren die de politie heeft uitgevoerd in het kader van een medisch ongeval toe te voegen aan bepaalde dossiers.

1. Klopt het effectief dat een expert of advocaat die optreedt voor het FMO niet meer als persoonlijk expert of advocaat kan optreden in een andere zaak aanhangig bij het FMO?

Zo ja, op basis van welke wetgeving gebeurt dit? Bent u van oordeel dat het hierdoor in bepaalde zaken steeds moeilijker wordt om persoonlijke experten of advocaten te vinden? Dringt een wetswijziging of andere actie zich hier op? Zullen er stappen ondernomen worden om dit probleem te verhelpen?

Zo neen, waarom niet?

2. Waarom blijven bepaalde vragen die naar het FMO gestuurd worden onbeantwoord?

1. Bulletin nr. 092, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 156.

3. Welke stappen worden ondernomen om ervoor te zorgen dat iedereen die het FMO contacteert ook een antwoord ontvangt?
4. Wat is de gemiddelde termijn dat een vraag die aan het FMO wordt gesteld, beantwoord wordt?
5. Bent u van oordeel dat deze termijn te lang is? Zo ja, welke stappen zullen ondernomen worden om dit te verbeteren? Zo nee, waarom niet?
6. Waarom weigert het FMO in bepaalde dossiers om verslagen van verhoren die de politie heeft uitgevoerd in het kader van een medisch ongeval toe te voegen aan het dossier?

Antwoord

1. Voor wat betreft advocaten: het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) werkt samen met een beperkt aantal advocaten. Alleen deze advocaten kunnen aanvragers/zorgverleners niet verdedigen gelet op een manifest belangenconflict. Alle andere advocaten kunnen optreden voor elke patiënt/zorgverlener bij de behandeling van een dossier voor het FMO of in welke juridische procedure ook. Er is dus geen beperking van de keuze van gespecialiseerde advocaten.

Voor wat betreft de experts: alleen de adviserend artsen van het FMO (een FR en een NL) kunnen niet optreden als expert in een procedure voor het FMO of de belangen van de patiënt/zorgverlener behartigen in een procedure voor het FMO of een juridische procedure waarin het FMO betrokken is.

Er bestaat geen verbod voor de experts (van het FMO) om op een punctuele wijze de belangen van een zorgverlener/patiënt te verdedigen in het kader van een procedure bij het FMO. Het spreekt vanzelf dat zowel in het kader van een procedure georganiseerd door het FMO als in elke juridische procedure, experts elke zweem van partijdigheid moeten vermijden.

2. Het FMO antwoordt op alle vragen. Eenvoudige vragen voor inlichtingen worden binnen de week beantwoord. In het kader van het vorig jaar opgestelde actieplan werd de telefonische beschikbaarheid van het FMO verhoogd door een getrappt systeem, waarbij administratieve medewerkers tijdens de kantooruren bereikbaar zijn voor algemene vragen, dus los van een concreet dossier.

3 tot 5. De aanvragen bij het FMO worden zo snel mogelijk behandeld. Voor elke aanvraag wordt binnen de week een ontvangstbewijs verstuurd, waarna de ontvankelijkheid wordt onderzocht. Voor elk ontvankelijk dossier worden indien nodig stukken opgevraagd om het dossier te vervolledigen en een interne medische analyse uit te voeren, die al of niet gevolgd wordt door een expertise, tegensprekelijk of eenzijdig naargelang het dossier.

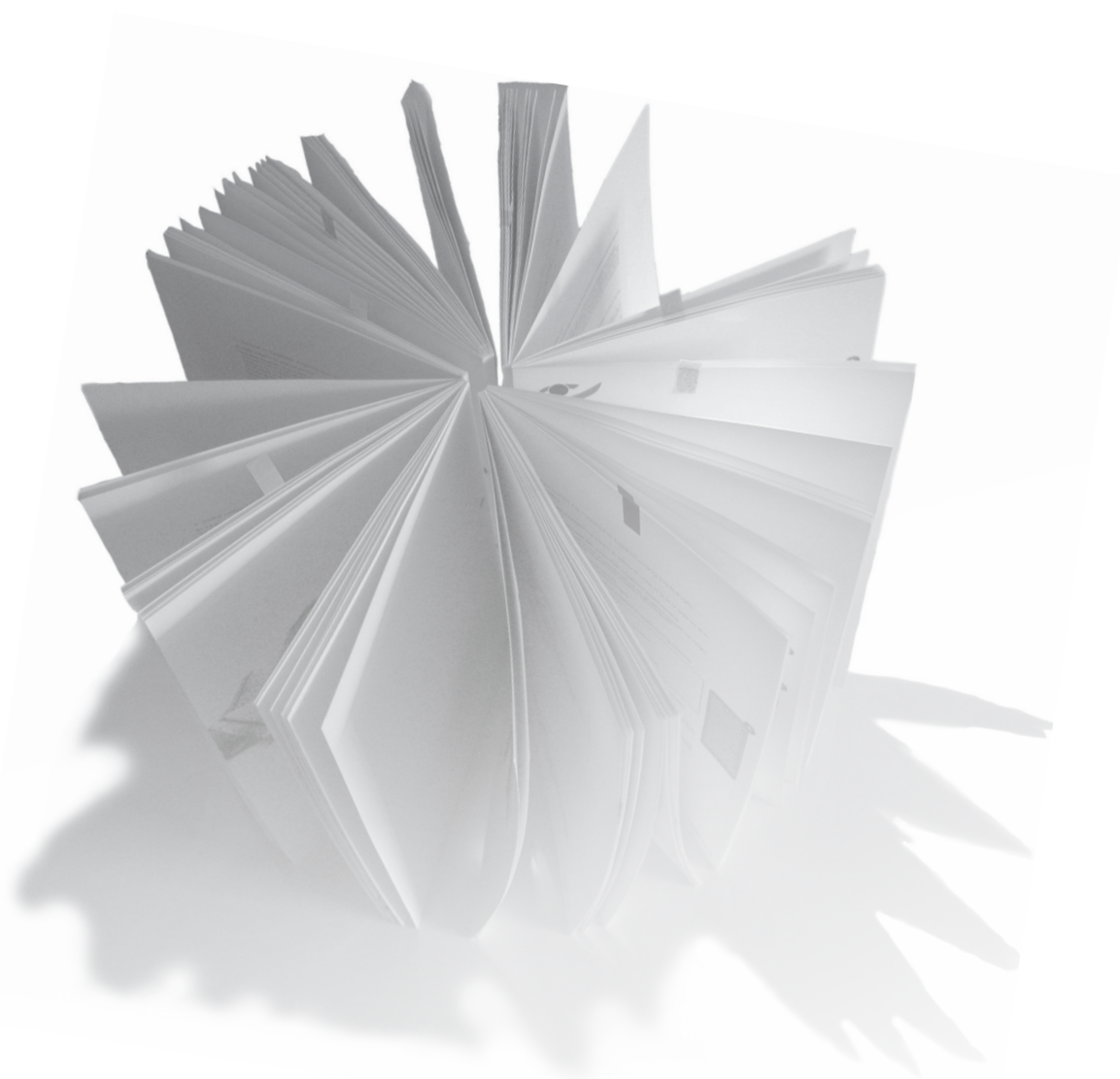
Tot vorig jaar werkte het FMO met een systeem van *first in first out* en dit samen met de moeilijkheden bij de opstart van het FMO (uitvoeringsbesluiten meerdere maanden na de wet, aanvankelijk parastatale en later geïntegreerd in het RIZIV) maakte dat de behandelingstermijn van de dossiers zeer lang is. Veel langer dan de indicatieve termijn die voorzien is in de wet. Het is een feit dat wanneer het FMO een expertise en in het bijzonder een tegensprekelijke expertise nodig acht deze termijn zeker niet gehaald wordt. In deze gevallen moet er immers ook de nodige aandacht besteed worden aan het tegensprekelijk verloop van deze expertise. De agenda van vele experts en adviserend artsen maakt dat deze agendapuzzel moeilijk en tijdrovend is.

Om de opgebouwde achterstand weg te werken werd voor de dossiers tot 2020 eind 2021 een *taskforce* opgericht naast de aangepaste procedures die op hetzelfde moment ingevoerd werden. Dit resulteert zijn effect. De ratio onafgewerkte dossiers ten overstaan van afgewerkte dossiers is inmiddels teruggelopen van 0,4 (1675/4203) naar 0,26 (1261/4949). De *taskforce* verantwoordelijk voor het wegwerken van de achterstand zit op schema, en bijgevolg zou de achterstand op de beloofde termijn van twee jaar, dus tegen eind september 2023 weggewerkt moeten zijn.

Volledigheidshalve is het belangrijk op te merken dat niet elk dossier, ingediend bij het FMO, leidt tot een schadevergoeding.

6. Het FMO neemt alle stukken die haar bezorgd worden op in het dossier.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Medische voorgeschiedenis van ontheemden uit Oekraïne

Naar aanleiding van de massale toestroom van ontheemden uit Oekraïne heeft de Raad van de Europese Unie een tijdelijke bescherming ingevoerd voor bepaalde categorieën personen die sinds 24 februari 2022 ontheemd zijn geraakt als gevolg van de militaire invasie door de Russische strijdkrachten die op die datum begon¹.

Tijdelijk ontheemden uit Oekraïne kunnen zich inschrijven bij een ziekenfonds in overeenstemming met de modaliteiten vervat in omzendbrief V.I. 2022/217 van 8 juni 2022.

Opdat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan tussenkomen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen, dienen de verzekeringsinstellingen na te gaan of de rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden, die in bepaalde gevallen betrekking kunnen hebben op de medische voorgeschiedenis van de rechthebbende.

Dit is bijvoorbeeld het geval voor de terugbetaling van bepaalde geneesmiddelen of een orthodontische behandeling.

Dit houdt in dat personen die tijdelijke bescherming genieten en niet kunnen beschikken over stukken ter staving van hun medische antecedenten of medische voorgeschiedenis, geen tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zouden kunnen genieten.

Wanneer de verzekeringsinstellingen geconfronteerd worden met deze situatie bij personen die bovenvermelde tijdelijke bescherming genieten, dient de situatie in Oekraïne als overmacht beschouwd te worden. In dit geval, zelfs bij het ontbreken van de administratieve gegevens met betrekking tot de medische voorgeschiedenis voorafgaand aan de aankomst in België en indien aan alle andere vergoedingsvoorwaarden is voldaan, kennen de verzekeringsinstellingen verzekeringstegemoetkoming toe.



In geval van onzekerheden of onduidelijkheden staat het de verzekeringsinstellingen uiteraard vrij om bijkomend advies in te winnen bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging (GVSS.SECR-ALGDIRGEN@riziv-inami.fgov.be).



Omzendbrief V.I. nr. 2022/360 – 259/17 van 27 oktober 2022.

1. Uitvoeringsbesluit (EU) 2022/382 van de raad van 04.03.2022 tot vaststelling van het bestaan van een massale toestroom van ontheemden uit Oekraïne in de zin van art. 5 van Richtlijn 2001/55/EG, en tot invoering van tijdelijke bescherming naar aanleiding daarvan.

II. Facturatie van geneeskundige verzorging voor een gedetineerde

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

I. Context

Gedetineerden zijn voor hun geneeskundige verzorging buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie ten laste van de ZIV vanaf 1 januari 2023.

De toepassing van de derdebetalersregeling is verplicht en het remgeld wordt eveneens ten laste genomen door de verplichte ziekteverzekering.

Het detentiestatuut wordt aan de ziekenfondsen meegedeeld via een KSZ flux.

In het kader van deze detentieflex worden de wijzigingen (opsluiting, vrijlating, enz.) meegedeeld tijdens de daaropvolgende dag. Het vergt een aantal dagen tijd opdat de verzekerbaarheidsgegevens in MyCaret geactualiseerd worden.

Voor gedetineerde vreemdelingen zonder toelating of machtiging tot verblijf > 3 maanden die van rechtswege worden aangesloten bij V.I. 600, wordt de inschrijving afgesloten als ze worden vrijgelaten.

Gedetineerden beschikken, als ze de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie verlaten, steeds over een papieren formulier met de inlichtingen over de tenlasteneming van hun geneeskundige verzorging door de verplichte ziekteverzekering.

II. Scenario's

In deze omzendbrief wordt gefocust op de volgende situaties en hun consequenties:

- gedetineerde wordt opgesloten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie
- gedetineerde wordt vrijgelaten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie
- gedetineerde vreemdeling zonder toelating of machtiging tot verblijf > 3 maanden wordt vrijgelaten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie

Afhankelijk van het feit of de zorgverlener al dan niet gebruik maakt van MyCaret, kunnen een aantal scenario's worden opgesteld op vlak van facturatie van een geneeskundige verstrekking voor een gedetineerde:

- a) Gedetineerde wordt opgesloten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging



Bijvoorbeeld: een persoon wordt opgesloten in de gevangenis op 3 februari 2023 en ontvangt op 3 februari 2023 geneeskundige verzorging buiten de gevangenis

=> Zorgverlener maakt geen gebruik van MyCarenet

De gedetineerde overhandigt het papieren formulier aan de zorgverlener met als gevolg dat de zorgverlener verneemt dat hij de ZIV-tegemoetkoming en het remgeld moet aanrekenen aan het ziekenfonds van de gedetineerde.

De zorgverlener vraagt aan de gedetineerde een kleefbriefje om dit aan te brengen op het getuigschrift voor verstrekte hulp die hij in het kader van de derdebetalersregeling naar het ziekenfonds van de gedetineerde stuurt.

De zorgverlener voegt het papieren formulier in bijlage bij het getuigschrift en ontvangt een betaalverbintenis op basis van het papieren formulier.

In geval de gedetineerde op het ogenblik van zijn opsluiting nog niet is ingeschreven bij een ziekenfonds (gedetineerde zonder geldige aansluiting wordt ambtshalve ingeschreven bij V.I. 600 maar V.I. 600 ontvangt pas de dag na de opsluiting het elektronisch bericht), kan de zorgverlener niet anders dan wachten om te factureren.

=> Zorgverlener consulteert MDA maar maakt geen gebruik van eFact

Als de gedetineerde op het ogenblik van zijn opsluiting reeds is ingeschreven bij een ziekenfonds, ontvangt de zorgverlener die de verzekeraar ophaalt via MyCarenet nog niet de informatie dat het remgeld ten laste wordt genomen door de ZIV.

De zorgverlener weet wel op basis van het papieren formulier dat hij de verstrekking in derdebetalers moet aanrekenen met inbegrip van het remgeld.

De zorgverlener stuurt het papieren getuigschrift voor verstrekte hulp naar het ziekenfonds van de patiënt en voegt het papieren formulier in bijlage toe. Hij ontvangt een betaalverbintenis op basis van het papieren formulier.

In geval de zorgverlener de geneeskundige verstrekking aanrekenen aan de gedetineerde en hem hetzij een getuigschrift voor verstrekte hulp uitreikt hetzij eAttest toepast, wordt dit aanvaard door het ziekenfonds van de gedetineerde. De verstrekking wordt terugbetaald aan de gedetineerde met inbegrip van het remgeld.

Als de gedetineerde op het ogenblik van zijn opsluiting nog niet is ingeschreven bij een ziekenfonds (zie supra), zal de zorgverlener de patiënt niet terugvinden in MyCarenet. Hij kan niet anders dan wachten om te factureren.

=> Zorgverlener consulteert MDA en maakt gebruik van eFact

Als de gedetineerde op het ogenblik van zijn opsluiting nog niet is ingeschreven bij een ziekenfonds (zie supra), zal de zorgverlener de patiënt niet terugvinden in MyCarenet. Hij kan niet anders dan wachten om te factureren. Op het ogenblik dat hij gaat factureren, is het detentiestatuut verwerkt in MyCarenet.

Als de gedetineerde op het ogenblik van zijn opsluiting reeds is ingeschreven bij een ziekenfonds, ontvangt de zorgverlener die de verzekeraar ophaalt via MyCarenet nog niet de informatie dat het remgeld ten laste wordt genomen door de ZIV.


De zorgverlener weet wel op basis van het papieren formulier dat hij de verstrekking in derdebetalers moet aanrekenen met inbegrip van het remgeld.

De zorgverlener stuurt het getuigschrift voor verstrekte hulp naar het ziekenfonds van de gedetineerde en voegt het papieren formulier bij. Hij ontvangt een betaalverbintenis op basis van het papieren formulier met als gevolg dat het ziekenfonds de prestatie uitbetaalt aan de zorgverlener met inbegrip van het remgeld.

In geval de zorgverlener geen gebruik wenst te maken van de papieren derdebetalersregeling, moet hij wachten om te factureren tot de gegevens in MyCarenet overeenstemmen met hetgeen vermeld staat op het papieren formulier. Dit staat vermeld op het papieren formulier.

In geval de zorgverlener niet wenst te wachten met factureren en de geneeskundige verstrekking elektronisch aanrekent aan het ziekenfonds met inbegrip van het remgeld overeenkomstig de instructies voor elektronische facturatie (vermelding waarde 9 (“specifieke sociale categorie”) in zone 33 van de recordtypes 30, 40 en 50 van het facturatiebestand), betaalt de verzekeringsinstelling de verstrekking uit aan de zorgverlener met inbegrip van het remgeld.

b) Gedetineerde wordt vrijgelaten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging

 Bijvoorbeeld: een gedetineerde wordt vrijgelaten op 3 februari 2023 en ontvangt op 3 februari 2023 geneeskundige verzorging.

=> Zorgverlener maakt geen gebruik van MyCarenet

De vrijgelaten persoon heeft geen papieren formulier mee met als gevolg dat de zorgverlener, die de verzekeraar ook niet raadpleegt via MyCarenet, geen verkeerde informatie (vrijlating zal pas enkele dagen later verwerkt zijn in MyCarenet) meegedeeld krijgt.

De verzekeringsinstelling ontvangt een papieren getuigschrift zonder papieren formulier en gaat over tot de uitbetaling van de ZIV-tegemoetkoming met inbegrip van het remgeld (omdat de betrokkene nog als gedetineerde staat vermeld in de ziekenfondsgegevens).

Naar aanleiding van een *a posteriori* controle van de uitgaven nadat de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, stelt de verzekeringsinstelling vast dat het remgeld niet ten laste is van de ZIV.

Als de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating niet tijdig heeft verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling een fout begaan. Overeenkomstig artikel 17, § 2 van het Handvest van sociaal verzekerde kan het uitbetaalde remgeld niet gerecupereerd worden bij het lid. Dit bedrag wordt door de verzekeringsinstelling ten laste genomen van haar administratiekosten krachtens artikel 194 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Heeft de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating tijdig verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling geen fout begaan door het remgeld uit te betalen. In toepassing van artikel 17, § 1 en 18 van het Handvest van sociaal verzekerde, kan de verzekeringsinstelling haar oorspronkelijke beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen op basis van de nieuwe elementen. De nieuwe beslissing heeft terugwerkende kracht vanaf de datum van de initiële beslissing binnen de grenzen van de verjaringstermijnen. Dit betekent dat de verzekeringsinstelling het uitbetaalde remgeld kan recupereren bij het lid.

=> Zorgverlener consulteert MDA maar maakt geen gebruik van eFact

De zorgverlener ontvangt geen papieren formulier maar krijgt via het opvragen van de verzekeraar¹ de verkeerde informatie meegedeeld dat het remgeld moet worden aangerekend aan het ziekenfonds.

1. Nog niet op 01.01.2023.

In de mate dat de zorgverlener geen gebruik maakt van eFact/eAttest, is het mogelijk dat de betrokken zorgverlener de vrijgelaten persoon laat betalen en een getuigschrift voor verstrekte hulp uitreikt. In dat geval is er voor de zorgverlener geen probleem. Als de vrijgelaten persoon het getuigschrift voor verstrekte hulp voor terugbetaling binnenbrengt bij het ziekenfonds voor dat het ziekenfonds het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, betaalt het ziekenfonds het getuigschrift terug met inbegrip van het remgeld. Naar aanleiding van een *a posteriori* controle van de uitgaven nadat de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, stelt de verzekeringsinstelling vast dat het remgeld niet ten laste is van de ZIV. Als de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating niet tijdig heeft verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling een fout begaan. Overeenkomstig het artikel 17, § 2 van het Handvest van sociaal verzekerde kan het uitbetaalde remgeld niet gecupereerd worden bij het lid. Dit bedrag wordt door de verzekeringsinstelling ten laste genomen van haar administratiekosten. Heeft de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating tijdig verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling geen fout begaan door het remgeld uit te betalen. In toepassing van artikel 17, § 1 en 18 van het Handvest van sociaal verzekerde, kan de verzekeringsinstelling haar oorspronkelijke beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen op basis van de nieuwe elementen. Dit betekent dat de verzekeringsinstelling het uitbetaalde remgeld kan recupereren bij het lid.

In deze situatie kan de zorgverlener geen toepassing maken van eAttest omdat een eAttest synchroon wordt geweigerd doordat het softwarepakket nog steeds automatisch doorverwijst naar eFact.

Het is natuurlijk wel mogelijk dat de zorgverlener, ingevolge de geraadpleegde verzekerbaarheidsgegevens, de verstrekking in papieren derdebetaler aanreken met inbegrip van het remgeld:

- als de zorgverlener dit getuigschrift overmaakt aan het ziekenfonds en het ziekenfonds dit getuigschrift verwerkt voordat het elektronisch bericht van vrijlating verwerkt is, betaalt het ziekenfonds de zorgverlener uit met inbegrip van het remgeld. Naar aanleiding van een *a posteriori* controle van de uitgaven nadat de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, stelt de verzekeringsinstelling vast dat het remgeld niet ten laste is van de ZIV. Als de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating niet tijdig heeft verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling een fout begaan. Overeenkomstig artikel 17, § 2 van het Handvest van sociaal verzekerde kan het uitbetaalde remgeld niet gecupereerd worden bij het lid. Dit bedrag wordt door de verzekeringsinstelling ten laste genomen van haar administratiekosten. Heeft de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating tijdig verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling geen fout begaan door het remgeld uit te betalen aan de zorgverlener. In toepassing van artikel 17, § 1 en 18 van het Handvest van sociaal verzekerde, kan de verzekeringsinstelling haar oorspronkelijke beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen op basis van de nieuwe elementen. Dit betekent dat de verzekeringsinstelling het uitbetaalde remgeld kan recupereren bij het lid
- als de zorgverlener het getuigschrift overmaakt aan het ziekenfonds of het ziekenfonds het getuigschrift verwerkt nadat het elektronisch bericht van vrijlating verwerkt is, betaalt het ziekenfonds de ZIV-tegemoetkoming uit aan de zorgverlener maar niet het remgeld. Het remgeld moet de zorgverlener achteraf aanrekenen aan de vrijgelaten persoon.

=> Zorgverlener consulteert MDA en maakt gebruik van eFact

De zorgverlener ontvangt geen papieren formulier maar krijgt via het opvragen van de verzekerbaarheid de verkeerde informatie meegedeeld dat het remgeld moet worden aangerekend aan het ziekenfonds.


Hij rekent de ZIV-tegemoetkoming met het remgeld via eFact aan het ziekenfonds aan.

Artikel 5 van het koninklijk besluit derdebetaler van 18 september 2015 bepaalt dat “Het leveren van het elektronisch bewijs van het gebruik van een elektronisch netwerk overeenkomstig een methodologie vastgesteld door het Beheerscomité van het eHealth-platform en de toepassing van de derdebetalersregeling in het kader van een elektronische facturering zoals bedoeld in artikel 53, § 1, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, overeenkomstig de verzekeraarheidsgegevens en, voor wat betreft een algemeen geneeskundige, overeenkomstig de tarieven, verkregen door middel van de raadpleging van het voormelde netwerk, geldt als betalingsverplichting door de verzekeringsinstelling van het gedeelte dat niet ten laste valt van de sociaal verzekerde.”

Er wordt verder gepreciseerd dat “deze betalingsverplichting geldt voor de volledige duur van de kalendermaand waarin het netwerk werd geraadpleegd. Nochtans kan de overeenkomsten- of akkoordencommissie voor elke betrokken categorie van zorgverleners een andere termijn vaststellen”.

Op voorwaarde dat de tenlasteneming van het remgeld omwille van het detentiestatuut wordt aanzien als een “verzekeraarheidsgegeven”, heeft dit artikel tot gevolg dat de zorgverlener die de verzekeraarheid heeft opgehaald (waaruit blijkt dat het remgeld ten laste is van de ZIV) en overeenkomstig deze verzekeraarheidsgegevens voor het einde van de kalendermaand elektronisch heeft gefactureerd, een betalingsverbintenis heeft met als gevolg dat het ziekenfonds hem de ZIV-tegemoetkoming en het remgeld moet uitbetalen. Naar aanleiding van een a posteriori controle van de uitgaven nadat de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, stelt de verzekeringsinstelling vast dat het remgeld niet ten laste is van de ZIV. Als de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating niet tijdig heeft verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling een fout begaan. Overeenkomstig artikel 17, § 2 van het Handvest van sociaal verzekerde kan het uitbetaalde remgeld niet gerecupereerd worden bij het lid. Dit bedrag wordt door de verzekeringsinstelling ten laste genomen van haar administratiekosten. Heeft de verzekeringsinstelling het elektronisch bericht van vrijlating tijdig verwerkt, heeft de verzekeringsinstelling geen fout begaan door het remgeld uit te betalen aan de zorgverlener. In toepassing van artikel 17, § 1 en 18 van het Handvest van sociaal verzekerde, kan de verzekeringsinstelling haar oorspronkelijke beslissing intrekken en een nieuwe beslissing nemen op basis van de nieuwe elementen. Dit betekent dat de verzekeringsinstelling het uitbetaalde remgeld kan recupereren bij het lid.

c) Gedetineerde vreemdeling zonder toelating of machtiging tot verblijf > 3 maanden wordt vrijgelaten en ontvangt meteen geneeskundige verzorging

 Bijvoorbeeld: een gedetineerde vreemdeling zonder toelating of machtiging tot verblijf > 3 maanden wordt vrijgelaten op 3 februari 2023 en ontvangt op 3 februari 2023 geneeskundige verzorging. V.I. 600 ontvangt op 4 februari 2023 het elektronisch bericht van vrijlating. De inschrijving wordt afgesloten op 4 februari 2023.

=> Zorgverlener maakt geen gebruik van MyCarenet

De vrijgelaten persoon heeft geen papieren formulier mee met als gevolg dat de zorgverlener, die de verzekeraarheid ook niet raadpleegt via MyCarenet, geen verkeerde informatie (vrijlating zal pas enkele dagen later verwerkt zijn in MyCarenet) meegedeeld krijgt.

Als V.I. 600 een getuigschrift voor verstrekte hulp of eFact ontvangt en verwerkt voordat het elektronisch bericht van vrijlating werd verwerkt, betreft dit een onverschuldigde betaling.

V.I. 600 herneemt deze onverschuldigde betaling in een monitoring die wordt overgemaakt aan het RIZIV.

=> Zorgverlener consulteert MDA maar maakt geen gebruik van eFact

De zorgverlener ontvangt geen papieren formulier maar krijgt via het opvragen van de verzekeraar de verkeerde informatie meegedeeld dat de patiënt verzekerd is en het remgeld moet worden aangerekend aan het ziekenfonds.

In de mate dat de zorgverlener geen gebruik maakt van eFact/eAttest, is het mogelijk dat de betrokken zorgverlener de vrijgelaten persoon laat betalen en een getuigschrift voor verstrekte hulp uitreikt. In dat geval is er voor de zorgverlener geen probleem. Als de vrijgelaten persoon het getuigschrift voor verstrekte hulp voor terugbetaling binnenbrengt bij V.I. 600 voordat V.I. 600 het elektronisch bericht van vrijlating heeft verwerkt, betaalt V.I. 600 het getuigschrift terug met inbegrip van het remgeld. Dit betreft een onverschuldigde betaling. V.I. 600 herneemt deze onverschuldigde betaling in een monitoring die wordt overgemaakt aan het RIZIV.

In deze situatie kan de zorgverlener geen toepassing maken van eAttest omdat een eAttest synchroon geweigerd wordt doordat het softwarepakket nog steeds automatisch doorverwijst naar eFact.

Het is natuurlijk wel mogelijk dat de zorgverlener, ingevolge de geraadpleegde verzekeraargegevens, de verstrekking in papieren derdebetalersaanrekening met inbegrip van het remgeld:

- als de zorgverlener dit getuigschrift overmaakt aan V.I. 600 en V.I. 600 dit getuigschrift verwerkt voordat het elektronisch bericht van vrijlating verwerkt is, betaalt V.I. 600 de zorgverlener uit met inbegrip van het remgeld. Dit betreft een onverschuldigde betaling. V.I. 600 herneemt deze onverschuldigde betaling in een monitoring die wordt overgemaakt aan het RIZIV
- als de zorgverlener het getuigschrift overmaakt aan V.I. 600 of V.I. 600 het getuigschrift verwerkt nadat het elektronisch bericht van vrijlating verwerkt is, weigert V.I. 600 om het getuigschrift uit te betalen aan de zorgverlener. De zorgverlener moet zijn honorarium aanrekenen aan de vrijgelaten persoon.

=> Zorgverlener consulteert MDA en maakt gebruik van eFact

De zorgverlener ontvangt geen papieren formulier maar krijgt via het opvragen van de verzekeraar de verkeerde informatie meegedeeld dat de betrokkene verzekerd is bij V.I. 600 en het remgeld moet worden aangerekend aan het ziekenfonds.

Het voormeld artikel 5 van het koninklijk besluit derdebetalersaanrekening heeft tot gevolg dat de zorgverlener die de verzekeraar heeft opgehaald (waaruit blijkt dat de patiënt verzekerd is en het remgeld ten laste is van de ZIV) en overeenkomstig deze verzekeraargegevens voor het einde van de kalendermaand elektronisch heeft gefactureerd, een betalingsverbintenis heeft met als gevolg dat het ziekenfonds hem de ZIV-tegemoetkoming en het remgeld moet uitbetalen.

Dit betreft een onverschuldigde betaling. V.I. 600 herneemt deze onverschuldigde betaling in een monitoring die wordt overgemaakt aan het RIZIV.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/410 – 2272/6 van 5 december 2022.

III. Overeenkomst betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko, ondertekend te Brussel op 18 februari 2014

Van toepassing vanaf 1 juni 2022.

Inleiding

De Overeenkomst inzake sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko (hierna: “Overeenkomst”; *B.S.*, 20.05.2022) en de Administratieve Schikking betreffende de toepassing van de overeenkomst betreffende de sociale zekerheid (hierna: “Administratieve Schikking”; *B.S.*, 15.06.2022) werden respectievelijk ondertekend in Brussel op 18 februari 2014 en in Rabat op 23 mei 2022.

De Overeenkomst is goedgekeurd bij de wet van het Federaal Parlement van 7 mei 2017 (*B.S.*, 20.05.2022), bij het decreet van het Vlaams Parlement van 25 januari 2019 (*B.S.*, 12.02.2019), bij decreet van het Waals Gewest van 7 september 2017 (*B.S.*, 28.09.2017), bij de verordening van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad van 23 december 2016 (*B.S.*, 02.02.2017), bij het decreet van de Franse Gemeenschap van 3 mei 2018 (*B.S.*, 17.05.2018) en door het decreet van de Duitstalige Gemeenschap van 20 februari 2017 (*B.S.*, 14.03.2017).

De Overeenkomst is op 1 juni 2022 in werking getreden. Sindsdien is het Algemeen Verdrag betreffende de sociale zekerheid tussen het Koninkrijk België en het Koninkrijk Marokko, ondertekend te Rabat op 24 juni 1968 (hierna: “Het Algemeen Verdrag”) niet langer van toepassing. Dit geldt ook voor de Administratieve Schikking van 14 september 1972 betreffende de toepassingsmodaliteiten van het Algemeen Verdrag en de Administratieve Schikking van 18 februari 2014 betreffende de toepassingsmodaliteiten van artikelen 9, 10, 11 en 12 van het Algemeen Verdrag.

Deze omzendbrief heeft tot doel de nieuwe Overeenkomst en de nieuwe Administratieve Schikking toe te lichten, en meer in het bijzonder de bepalingen inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging.

A. Algemene bepalingen

1. Materiële werkingsfeer

De Overeenkomst is, behoudens de wettelijke regeling betreffende de jaarlijkse vakantie, van toepassing op de wettelijke regelingen met betrekking tot alle takken van de sociale zekerheid, inclusief de wetgeving betreffende de (federale) verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging alsmede op alle wetgevende en reglementaire akten die vermelde wetgeving zullen wijzigen of aanvullen.

2. Personele werkingsfeer

De Overeenkomst is, behoudens andersluidende bepaling, van toepassing op personen op wie de Belgische dan wel de Marokkaanse wetgeving van toepassing is, of geweest is, alsmede op hun gezinsleden en hun nagelaten betrekkingen.

De Overeenkomst is alleen van toepassing op werknemers (of gepensioneerden van het stelsel van werknemers).

Tenzij er in de Overeenkomst anders is bepaald, waarborgt de Overeenkomst de gelijkheid van behandeling voor alle daarin bedoelde wettelijke regelingen. Met andere woorden, de hierboven vermelde personen hebben de rechten en verplichtingen die uit de wetgeving van het overeenkomstsluitende land voortvloeien onder dezelfde voorwaarden als de onderdanen van dat land.

3. Toepasselijke wetgeving

§ 1. De toepasselijke wetgeving wordt als volgt bepaald:

- de werknemer is onderworpen aan de wetgeving van het werkland (art. 7, § 1, a) van de Overeenkomst)
- de werknemer die deel uitmaakt van het reizend of varend personeel van een onderneming die voor rekening van een derde of voor eigen rekening internationaal vervoer van passagiers of goederen over de weg of door lucht verricht en wier zetel gevestigd is op het grondgebied van een overeenkomstsluitende Staat, is onderworpen aan de wetgeving van deze laatste Staat (art. 7, § 1, b), van de Overeenkomst)
- de werknemer die gelijktijdig in België en Marokko werkt, is voor al zijn werkzaamheden onderworpen aan de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan hij woont (art. 7, § 2, van de Overeenkomst).

§ 2. De Overeenkomst bevat een aantal bijzondere regels voor bepaalde categorieën van personen:

- de werknemer die door zijn werkgever naar de andere overeenkomstsluitende Staat wordt gedetacheerd, blijft, samen met de hem vergezellende gezinsleden, onderworpen aan de wetgeving van de Staat op het grondgebied waarvan de werknemer gewoonlijk werkzaam is op voorwaarde dat de te verwachten duur van de detachering de 24 maanden niet overschrijdt en hij niet wordt uitgezonden ter vervanging van een andere persoon wiens detacheringsperiode is afgelopen (art. 8, § 1, van de Overeenkomst)
- de werknemer van een vervoeronderneming is, net als de gezinsleden die hem vergezellen, onderworpen aan de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat op het grondgebied waarvan de onderneming haar zetel heeft, zelfs wanneer de werknemer naar het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat is gedetacheerd of er in tijdelijk dan wel ambulante verband werkzaam is (art. 8, § 4, van de Overeenkomst). Echter, als de werknemer tewerkgesteld wordt door een filiaal of een permanente vertegenwoordiging van de onderneming op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat, dan is hij onderworpen aan de wetgeving van de overeenkomstsluitende Staat waar dat filiaal of die permanente vertegenwoordiging is gevestigd (art. 8, § 5, van de Overeenkomst)
- ambtenaren en gelijkgestelde personen van een overeenkomstsluitende Staat die voor de uitoefening van hun werkzaamheden op het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat zijn gedetacheerd, alsook de gezinsleden die hen vergezellen, blijven onderworpen aan de wetgeving van de eerste Staat (art. 9 van de Overeenkomst)

- o onderdanen van een overeenkomstsluitende Staat die als leden van een diplomatieke missie of consulaire post naar het grondgebied van de andere overeenkomstsluitende Staat worden gezonden, blijven onderworpen aan de socialezekerheidswetgeving van de zendende Staat (art. 10, § 1 van de Overeenkomst). Personen die ter plaatse zijn aangeworven als administratief en technisch personeel, consulaire personeel of dienstpersoneel, en in de ontvangende Staat wonen, zijn onderworpen aan de wetgeving van laatstgenoemde Staat (art. 10, § 2, van de Overeenkomst).

§ 3. De Overeenkomst voorziet ook dat de bevoegde autoriteiten, in gemeenschappelijk overleg, uitzonderingen op de regels betreffende de vaststelling van de toepasselijke wetgeving kunnen vaststellen. Dit kan in het belang van bepaalde verzekerden of bepaalde categorieën verzekerden (art. 11 van de Overeenkomst).

§ 4. De toepassing van voormelde bepalingen valt onder de bevoegdheid van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid en de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

B. Geneeskundige verzorging

1. Samentellen van verzekeringstijdvakken

§ 1. Voor zover zij elkaar niet overlappen, waarborgt de Overeenkomst de samentelling van verzekeringstijdvakken vervuld krachtens de wetgeving van elk van beide overeenkomstsluitende staten voor het verkrijgen, het behoud of het herstel van het recht op prestaties en voor de duur van de toekenning ervan.

§ 2. De verklaring betreffende de verzekeringstijdvakken (formulier BE-MAR/MAR-BE.104¹) wordt afgeleverd door het bevoegde orgaan in toepassing van artikel 12 van de Overeenkomst en artikel 6 van de Administratieve Schikking. In Marokko is dit de *Caisse Nationale de Sécurité Sociale* (hierna: CNSS) in Casablanca. In België is dit de verzekeringsinstelling waarbij de betrokkene het laatst was aangesloten.

2. Geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf

2.1. PRINCIPE: RECHT OP ONMIDDELIJK NOODZAKELIJKE GENEESKUNDIGE VERZORGING

§ 1. Het **formulier BE-MAR/MAR-BE.111** wordt afgeleverd door de verzekeringsinstellingen in toepassing van artikel 13, §§ 1 en 2, van de Overeenkomst en artikel 7, § 1, van de Administratieve Schikking. Dit formulier verleent de verzekerde (werknemer, gepensioneerde, persoon in primaire arbeidsongeschiktheid, gezinslid, enz.) het recht op *geneeskundige verstrekkingen die onmiddellijk noodzakelijk zijn, rekening houdend met zijn gezondheidstoestand*, gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land. Het is aan het orgaan van de verblijfplaats om de onmiddellijke behoefte aan zorg vast te stellen.

§ 2. De rechthebbende op uitkeringen (primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit) kan tijdelijk op Marokkaans grondgebied verblijven op voorwaarde dat de adviserend arts een voorafgaand akkoord heeft gegeven (art. 21, § 1, van de Overeenkomst, gelezen in samenhang met art. 294, § 1, lid 1, van het K.B. van 03.07.1996). Slechts nadat de adviserend arts een akkoord heeft gegeven, mag de verzekeringsinstelling een formulier **BE-MAR/MAR-BE.111** afleveren.

1. Hier niet gepubliceerd.

§ 3. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.111 moet aan de verzekerde worden uitgereikt *vóór* die het Belgische grondgebied verlaat. De verzekerde dient het formulier voor te leggen aan het Kantoor van de CNSA dat zich het dichtst bij zijn verblijfplaats bevindt (zie lijst in BIJLAGE 2²). Dit formulier kan ook worden uitgereikt op uitdrukkelijk verzoek van een bevoegde Marokkaanse instelling.

§ 4. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.111 formulier is een gezamenlijk document en kan daarom worden gebruikt voor de registratie van meerdere familieleden die samen reizen.

§ 5. De maximale geldigheidsduur van het formulier voor de toekenning van verstrekkingen wordt bepaald door de wetgeving van het bevoegde land. Aangezien een tijdelijk verblijf in beginsel maximaal drie maanden bedraagt, dient de maximale geldigheidsduur van een door een Belgische verzekeringsinstelling afgeleverd formulier BE-MAR/MAR-BE.111 tot drie (3) maanden te worden beperkt (zie art. 1, § 1, m), van de Overeenkomst). Om een verlenging van het BE-MAR/MAR-BE.111 formulier te verkrijgen, moet de verzekerde naar België terugkeren om een nieuw formulier aan te vragen bij zijn of haar verzekeringsinstelling.

§ 6. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.111 verleent geen recht op geneeskundige verstrekkingen als de reis gemaakt is met de bedoeling geneeskundige verzorging in het andere overeenkomstsluitende land te verkrijgen (art. 13, § 3, a), van de Overeenkomst).

§ 7. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.111, afgegeven door het bevoegde Marokkaanse orgaan, moet in het bezit blijven van de Marokkaanse verzekerde die het formulier bij elk verzoek om terugbetaling in België aan een verzekeringsinstelling van zijn keuze moet voorleggen.

Hieruit volgt dat de verzekeringsinstellingen bij de registratie van een formulier BE-MAR/MAR-BE.111:

- alle nuttige vaststellingen moeten doen en een kopie van het document in het administratieve dossier van de betrokkene dienen te bewaren
- deze categorie van verzekerden niet mogen integreren in het "NIC-register".

2.2. BIJZONDERE REGELS: ZIEKENHUISOPNAME EN BELANGRIJKE VERSTREKKINGEN

§ 1. Bij een ziekenhuisopname gedurende een tijdelijk verblijf, stelt het orgaan van de verblijfplaats het **formulier BE-MAR/MAR-BE.113** op, overeenkomstig artikel 7, § 3, van de Administratieve Schikking. Dit formulier stelt de Belgische verzekeringsinstelling, waarbij de verzekerde is aangesloten, in kennis van de ziekenhuisopname (binnenkomst, vermoedelijke duur en ontslag) van de verzekerde of van een lid van zijn gezin gedurende een tijdelijk verblijf gedekt door een formulier BE-MAR/MAR-BE.111 of BE-MAR/MAR-BE.128.

§ 2. Het **formulier BE-MAR/MAR-BE.114** wordt opgemaakt door het orgaan van de verblijfplaats, overeenkomstig artikel 13, § 3, b), van de Overeenkomst en artikel 7, § 2, van de Administratieve Schikking. De (onmiddellijk) noodzakelijke geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in Marokko – gedekt door een formulier BE-MAR/MAR-BE.111 of BE-MAR/MAR-BE.128 – omvat niet de verstrekking van prothesen, hulpmiddelen van grote omvang en andere belangrijke verstrekkingen, die zijn opgenomen in de lijst in BIJLAGE 3³. Afgezien van de in de lijst vernoemde verstrekkingen, betreft het verstrekkingen waarvan de vermoedelijke kost het bedrag van 1.000 EUR, voor wat België betreft, en 10.000 dirhams, voor wat Marokko betreft, overschrijdt.

2. Hier niet gepubliceerd.

3. Hier niet gepubliceerd.

Behalve in absolute spoedeisende gevallen moet het orgaan van de verblijfplaats de instemming van het bevoegde orgaan vragen via een formulier BE-MAR/MAR-BE.114 – per e-mail of per fax – vooraleer dergelijke verstrekkingen te verlenen. Het orgaan van de verblijfplaats kan deze verstrekkingen verlenen indien het na veertien dagen, te rekenen vanaf de datum van verzending van het formulier, per e-mail of fax geen met redenen omkleed bezwaar van het bevoegde orgaan heeft ontvangen. Indien er echter sprake is van een absolute spoedeisendheid – de beoordeling daarvan wordt aan het orgaan van de verblijfplaats overgelaten – kunnen verstrekkingen worden verleend zonder toestemming van het bevoegde orgaan. Ook in dat laatste geval moet het bevoegde orgaan nog steeds in kennis worden gesteld van de toekenning van deze verstrekkingen via een formulier BE-MAR/MAR-BE.114.

2.3. TARIFERING VAN GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN VERLEEND GEDURENDE EEN TIJDELIJK VERBLIJF

§ 1. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.126 wordt opgemaakt door de Belgische verzekeringsinstellingen overeenkomstig artikel 9, § 1, van de Administratieve Schikking. In het geval de verzekerde de voorgeschreven formaliteiten niet op het Marokkaanse grondgebied kon vervullen om terugbetaling te bekomen van de gedurende het tijdelijk verblijf in Marokko ontvangen geneeskundige verstrekkingen, kan hij bij zijn terugkeer in België bij zijn verzekeringsinstelling de terugbetaling vragen. Daartoe kan de Belgische verzekeringsinstelling het CNSS-kantoor van de verblijfplaats de nodige informatie over de Marokkaanse vergoedingstarieven vragen. Zo'n verzoek wordt voor elk individueel dossier ingediend met een formulier BE-MAR/MAR-BE.126.

§ 2. Wat betreft de modaliteiten voor de terugbetaling in België van de geneeskundige zorg die een verzekerde van de verplichte ziekteverzekering gedurende een tijdelijk verblijf in Marokko heeft ontvangen (terugbetaling aan de verzekerde die de in de Overeenkomst voorziene formaliteiten niet ter plaatse heeft voltooid), wordt ook verwezen naar *Omzendbrief V.I. 2021/117 van 14 april 2021 betreffende de vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.*

3. Geneeskundige verzorging voor gedetacheerden

3.1. PRINCIPE: RECHT OP GENEESKUNDIGE VERZORGING TIJDENS DE DETACHERINGS-PERIODE

§ 1. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.128 wordt door de verzekeringsinstellingen opgemaakt overeenkomstig artikel 15 van de Overeenkomst en de artikelen 7 en 8 van de Administratieve Schikking.

§ 2. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.128 is bestemd voor gedetacheerde werknemers, gedetacheerde ambtenaren en uitgezonden diplomaten, alsook de gezinsleden die hen vergezellen, en in het andere land:

- tijdelijk verblijven, dan wel
- wonen.

§ 3. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.128 verleent de begunstigde en de vergezellende gezinsleden recht op geneeskundige verzorging voor de volledige duur van de aanwezigheid op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land.

§ 4. De geldigheidsduur van formulier BE-MAR/MAR-BE.128 is beperkt tot de duur van de detachering.

3.2. BIJZONDERE REGELS: ZIEKENHUISOPNAME EN BELANGRIJKE VERSTREKKINGEN

Wanneer de gedetacheerde tijdelijk in het andere land verblijft, zijn de bepalingen betreffende het gebruik van de formulieren BE-MAR/MAR-BE.113 (ziekenhuisopname) en BE-MAR/MAR-BE.114 (belangrijke verstrekkingen), zoals uiteengezet in punt B.2.2, van overeenkomstige toepassing.

4. Geneeskundige verzorging wanneer de woonplaats op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land is gevestigd

4.1. PRINCIPE: RECHT OP GENEESKUNDIGE VERZORGING IN HET LAND VAN DE WOONPLAATS

§ 1. Een verzekerde die op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land woont, heeft recht op geneeskundige verzorging, overeenkomstig de wetgeving van het woonland, voor rekening van de bevoegde verzekeringsinstelling. De volgende formulieren die kunnen worden uitgereikt, zijn:

- het **formulier BE-MAR/MAR-BE.106**, uitgereikt in toepassing van artikel 14, §§ 1 en 3, van de Overeenkomst en artikel 8, §§ 1-3, van de Administratieve Schikking, is bestemd voor werknemers alsook personen met primaire arbeidsongeschiktheid die een toestemming kregen om hun woonplaats naar het andere land over te brengen⁴, en de gezinsleden die bij hen op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land wonen
- het **formulier BE-MAR/MAR-BE.109**, uitgereikt in toepassing van artikel 14, §§ 2 en 3, van de Overeenkomst en artikel 8, §§ 1-3, van de Administratieve Schikking, is bestemd voor gezinsleden van een werknemer, een rechthebbende op een pensioen of een rente⁵ of een persoon in primaire arbeidsongeschiktheid, die zonder de verzekerde wonen op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land dan het land waar de titularis verzekerd is
- het **formulier BE-MAR/MAR-BE.121**, uitgereikt in toepassing van artikel 16, § 2, van de Overeenkomst en artikel 8, § 1-3 van de Administratieve Schikking, is bestemd voor rechthebbenden op ouderdoms-, invaliditeits- of overlevingsuitkeringen en de gezinsleden die bij hen wonen op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land.

§ 2. Deze formulieren worden opgemaakt door de bevoegde verzekeringsinstelling.

§ 3. De rechthebbende is verplicht zichzelf en zijn gezinsleden te registreren bij het orgaan van de woonplaats met bovengenoemde formulieren. Voor Marokko is dit het kantoor van de CNSS dat zich het dichtst bij de woonplaats bevindt. Dit orgaan controleert of gezinsleden in deze hoedanigheid kunnen worden geregistreerd overeenkomstig de Marokkaanse wetgeving. Het brengt ook de bevoegde Belgische instantie op de hoogte van elke registratie die het heeft verricht op basis van de voorgelegde formulieren.

§ 4. De formulieren blijven geldig zolang het orgaan van de woonplaats geen kennisgeving van intrekking heeft ontvangen. Indien het orgaan van het woonland een reden voor de intrekking vaststelt, licht zij het bevoegde orgaan dat het document heeft afgegeven daarvan meteen in.

4. De Directie RIR en het CNSS zijn overeengekomen dat de ruime formulering van art. 14, § 1, van de Overeenkomst, gelezen in samenhang met art. 21, § 2, van de Overeenkomst (behoud van uitkeringen bij overbrenging van de woonplaats), impliceert dat personen met primaire arbeidsongeschiktheid die hun woonplaats overbrengen naar het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land mits een voorafgaande toestemming van de adviserend arts van hun verzekeringsinstelling, door een formulier BE-MAR/MAR-BE.106 worden gedekt om te kunnen genieten van geneeskundige verzorging in hun woonland. In dit specifieke geval zal formulier BE-MAR/MAR-BE.106 een geldigheidsduur hebben die beperkt is tot de duur van de primaire arbeidsongeschiktheid. Na een jaar primaire arbeidsongeschiktheid zal de betrokkene immers van de hoedanigheid van invalide kunnen genieten en dient hij zijn recht op geneeskundige verzorging te openen op basis van het formulier BE-MAR/MAR-BE.121. Bovendien moet de verzekeringsinstelling in dit soort situaties bijzondere aandacht besteden aan het feit dat de verplaatsing van de woonplaats niet tot doel heeft gezondheidszorg te verkrijgen in het andere verdragsluitende land.

5. Anderzijds worden gezinsleden die bij de rechthebbende op een pensioen of rente in het andere overeenkomstsluitende land wonen dan die van de aansluiting van de houder, gedekt door een formulier BE-MAR/MAR-BE.121, waarvan het collectieve karakter het mogelijk maakt dat de houder en zijn gezinsleden via/op hetzelfde document worden ingeschreven.

4.2. BIJZONDERE REGELS: VERBLIJF BUITEN HET WOONLAND

§ 1. Indien een verzekerde tegelijkertijd een invaliditeits-, ouderdoms- of overlevingsuitkering ontvangt krachtens de Belgische en de Marokkaanse wetgeving, heeft hij recht op verstrekkingen overeenkomstig de wetgeving van het land op het grondgebied waarvan hij woont voor rekening van het bevoegde orgaan van dat land (art. 16, § 1, van de Overeenkomst). Dit geldt ook voor zijn gezinsleden.

§ 2. Belgische verzekerden die in Marokko wonen, hebben een “terugkeerrecht” naar België. Er is geen specifiek formulier vereist bij een tijdelijk verblijf in België van personen die in Marokko wonen met recht op geneeskundige verzorging en ten laste zijn van de Belgische verplichte ziekteverzekering overeenkomstig artikel 14, §§ 1 of 2, artikel 15 of artikel 16, § 2, van de Overeenkomst. De bevoegde verzekeringsinstelling dient ervoor te zorgen dat deze personen, indien zij geen recht hebben op een e-ID, over een ISI+kaart beschikken op grond waarvan geneeskundige verstrekkingen kunnen worden verleend op dezelfde wijze zoals in België wonende verzekerden geneeskundige zorg ontvangen.

De ISI+kaart kan uitgereikt worden met inachtneming van de bepalingen van *Omzendbrief V.I. nr. 2015/178 van 22 juni 2015 betreffende de aflevering van een ISI+kaart aan de verzekerden van de Belgische wetgeving die in het buitenland wonen of verblijven en die gedekt zijn door een internationale norm die België bindt inzake ziekteverzekering*, of de *Omzendbrief V.I.* die hiervoor in de plaats treedt.

§ 3. Bij tijdelijk verblijf op het grondgebied van een derde land blijven de bepalingen van het bevoegde land van toepassing. Indien een Belgische verzekerde tijdelijk verblijft op het grondgebied van een derde land waarmee België een internationale overeenkomst heeft afgesloten, moet de bevoegde verzekeringsinstelling het geëigende formulier afgeven (bv. EZVK of het bilateraal formulier) mits de persoon onder deze internationale overeenkomst valt⁶. Indien een Belgisch verzekerde tijdelijk verblijft op het grondgebied van een derde land waarmee België geen internationale overeenkomst heeft afgesloten, dan kan de betrokkene overeenkomstig artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een tussenkomst in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen ontvangen.

Een persoon die in België woont maar onderworpen is aan de Marokkaanse socialezekerheidswetgeving, kan geen beroep doen op de bepalingen van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009, noch op de bepalingen van een door België gesloten bilaterale overeenkomst, noch op artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 4. België of Marokko mogen slechts bijdragen voor de ziektekostenverzekering inhouden op invaliditeits-, ouderdoms- of overlevingsuitkeringen op voorwaarde dat het land de kosten van de geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 16, § 2, van de Overeenkomst ten laste dient te nemen (art. 18 van de Overeenkomst).

4.3 KENNISGEVING VAN SCHORSING OF INTREKKING VAN HET RECHT OP GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

§ 1. Het formulier **BE-MAR/MAR-BE.108** wordt afgegeven in toepassing van artikel 14, artikel 15 en artikel 16, § 2, van de Overeenkomst en artikel 8, §§ 2 en 5, van de Administratieve Schikking. Met dit formulier informeert de bevoegde verzekeringsinstelling de verzekeringsinstelling van de woonplaats van de beëindiging of schorsing van het recht op geneeskundige verstrekkingen. Ook de verzekeringsinstelling van de woonplaats kan de bevoegde verzekeringsinstelling informeren over de beëindiging of schorsing van het recht op verstrekkingen. Redenen kunnen zijn dat de titularis of een gezinslid een beroepsactiviteit in het woonland is begonnen of niet meer in het land woont.

6. Bijvoorbeeld, een gepensioneerde krachtens de Belgische wetgeving die de Marokkaanse nationaliteit heeft en in Marokko woont met recht op geneeskundige verzorging ten laste van België op basis van het formulier BE-MAR/MAR-BE.121. Wanneer deze verzekerde van de Belgische wetgeving tijdelijk in Frankrijk verblijft, kan hij zich niet beroepen op de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 en kan hij dus geen aanspraak maken op een Europese ziekteverzekeringskaart, omdat hij niet op het grondgebied van de Europese Unie woont. Omgekeerd, indien deze verzekerde van de Belgische wetgeving daarentegen een Belgisch onderdaan zou zijn, is het niet nodig om zijn woonplaats op het grondgebied van de Europese Unie te hebben om in aanmerking te komen voor de toepassing van de Europese coördinatieverordeningen.

§ 2. Het formulier BE-MAR/MAR-BE.108 is een persoonlijk document waarmee de verzekeringsinstelling het recht van slechts één persoon kan beëindigen of opschorten.

§ 3. De Directie RIR en CNSS hebben gezamenlijk besloten dat het formulier BE-MAR/MAR-BE.108 ook bestemd is voor gedetacheerde werknemers die wonen of tijdelijk verblijven in het land waarheen zij gedetacheerd zijn en geneeskundige verzorging ontvangen op basis van een formulier BE-MAR/MAR-BE.128. In het geval van gedetacheerde werknemers die tijdelijk in het land van detachering verblijven, moet rekening worden gehouden met de situatie waarin de detachingsperiode wordt beëindigd vóór het einde van de geldigheidsduur van het formulier BE-MAR/MAR-BE.128.

§ 4. Hoewel zij niet uitdrukkelijk vermeld worden in het formulier BE-MAR/MAR-BE.108, is de Directie RIR van mening dat het recht op geneeskundige verzorging van ambtenaren of diplomaten die hun woonplaats naar het andere overeenkomstsluitende land hebben overgebracht en daar geneeskundige verzorging genieten op basis van een formulier BE-MAR/MAR-BE.106, eveneens kan beëindigd of geschorst worden met een formulier BE-MAR/MAR-BE.108.

5. Gemeenschappelijke bepalingen

5.1. VASTSTELLING VAN DE HOEDANIGHEID VAN GEZINSLID

Overeenkomstig artikel 1, § 1, j), van de Overeenkomst wordt de hoedanigheid van gezinslid (“persoon ten laste”) in de algemene regel bepaald door de wetgeving van het bevoegde land, met andere woorden het land dat de kosten voor de geneeskundige verzorging ten laste dient te nemen.

Echter, de hoedanigheid van gezinslid (“persoon ten laste”) wordt bepaald door de wetgeving van het woonland van het gezinslid, in het geval:

- de verzekerde persoon, en de gezinsleden die hen vergezellen, in het andere overeenkomstsluitende land wonen en in hun woonland geneeskundige zorg ontvangen op basis van een **formulier BE-MAR/MAR-BE.106**, of
- de gezinsleden in het andere overeenkomstsluitende land wonen zonder de hoofdverzekerde en in hun woonland geneeskundige zorg ontvangen op basis van een **formulier BE-MAR/MAR-BE.109**.

5.2. TENLASTENEMING VAN GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

§ 1. Als een verzekerde of een gezinslid krachtens het recht van één van de overeenkomstsluitende staten aanspraak kan maken op geneeskundige verstrekkingen, dan zijn deze verstrekkingen uitsluitend ten laste van het bevoegde orgaan van dat land.

§ 2. Het is mogelijk dat een verzekerde of een gezinslid aanspraak kan maken op geneeskundige verstrekkingen krachtens de wetgevingen van beide overeenkomstsluitende landen. In dat geval zijn de volgende regels van toepassing:

- geneeskundige verstrekkingen komen uitsluitend ten laste van het orgaan van het overeenkomstsluitende land op het grondgebied waarvan zij zijn verleend
- geneeskundige verstrekkingen die op het grondgebied van een ander land dan de twee overeenkomstsluitende landen worden verleend, komen uitsluitend ten laste van het orgaan van het woonland, voor zover de wetgeving van dat land daarin voorziet



Bijvoorbeeld: in het geval een verzekerde, woonachtig in Marokko, aanspraak kan maken op geneeskundige verstrekkingen krachtens de Belgische en Marokkaanse wetgeving, geneeskundige verzorging nodig heeft gedurende een tijdelijk verblijf in een derde land, dan dient hij zich bij voorrang tot de bevoegde Marokkaanse verzekeringsinstelling te richten. Indien de Marokkaanse wetgeving niet voorziet in de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen die gedurende een tijdelijk verblijf in dat derde land zijn verleend, dan kan in tweede orde een terugbetaling worden toegekend ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

5.3 VERZOEK VOOR INLICHTINGEN

Met het formulier **BE-MAR/MAR-BE.107**, uitgereikt in toepassing van diverse artikelen van de Administratieve Schikking, kan een verzekeringsinstelling van het ene overeenkomstsluitende land bij een verzekeringsinstelling van het andere overeenkomstsluitende land – desgevallend via het verbindingsorgaan – vragen om toezending van een formulier betreffende het recht op verstrekkingen of om verlenging van een eerder uitgereikt formulier.

Het Marokkaanse verbindingsbureau voor de verzekering voor geneeskundige verzorging is:

Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)
649 Boulevard Mohamed V,
20250 Casablanca,
Marokko

C. Verstrekkingen ingevolge een arbeidsongeval of beroepsziekte

In toepassing van de artikelen 22 en 23 van de Overeenkomst en de artikelen 12 en 13 van de Administratieve Schikking worden geneeskundige verstrekkingen die in België worden verleend ingevolge een arbeidsongeval of beroepsziekte aan verzekerden, die onderworpen zijn aan de Marokkaanse socialezekerheidswetgeving, door de Belgische verzekeringsinstellingen verleend voor rekening van het bevoegde orgaan mits voorlegging van het geëigende formulier.

De Belgische vorderingen met betrekking tot de uitgaven ingevolge een arbeidsongeval of beroepsziekte worden via Fedris bij het bevoegde Marokkaanse verbindingsorgaan ingediend.

D. Terugbetaling van verstrekkingen tussen organen

Overeenkomstig de artikelen 20 en 24 van de Overeenkomst in samenhang met de artikelen 10 en 17 van de Administratieve Regeling worden de verstrekkingen, verleend krachtens de artikelen 13, 14, 15, 16 § 2, 22 en 23 van de Overeenkomst, door het bevoegde orgaan aan het orgaan van de woon- of verblijfplaats op basis van de werkelijke uitgaven terugbetaald.

De vorderingen worden per kalenderhalfjaar ingediend waarbij de terugbetaling dient plaats te vinden binnen twaalf maanden volgend op de datum van de indiening van de schuldvorderingen.

Wat de te gebruiken codes betreft, wordt verwezen naar het document "Het boekhoudplan in de praktijk", waarvan een uittreksel als bijlage bij deze omzendbrief gaat (BIJLAGE 4)⁷.

Ter informatie vindt u in BIJLAGE 5⁸ een soortgelijke schema voor de Marokkaanse vorderingen.

7. Hier niet gepubliceerd.

8. Hier niet gepubliceerd.

E. Slot- en overgangsbepalingen

§ 1. De Overeenkomst heeft maar uitwerking voor de toekomst. Daaruit volgt dat de Overeenkomst geen enkel recht doet ontstaan op prestaties die bij deze Overeenkomst worden ingevoerd voor een tijdvak dat aan haar inwerkingtreding voorafgaat, namelijk 1 juni 2022 (art. 50, § 2, van de Overeenkomst).

De aanvragen voor prestaties die vóór de inwerkingtreding van de Overeenkomst zijn ingediend en waarvoor op 1 juni 2022 nog geen beslissing werd genomen, worden onderzocht ten aanzien van de bepalingen van het Algemeen Verdrag van 1968 en de nieuwe Overeenkomst, zodat de meest gunstige oplossing voor de verzekerde wordt weerhouden op voorwaarde dat het een prestatie betreft die in het Algemeen Verdrag van 1968 is voorzien (art. 54, § 2, van de Overeenkomst).

§ 2. Een verzekeringstijdvak verricht onder de wetgeving van een van de overeenkomstsluitende landen voor de inwerkingtreding van de huidige Overeenkomst wordt wel in aanmerking genomen voor het vaststellen van het recht op prestaties onder deze Overeenkomst (art. 50, § 3 van de Overeenkomst).

§ 3. De Directie RIR en de CNSS zijn overeengekomen dat de oude formulieren “opening recht” niet moeten vervangen worden door de nieuwe formulieren “opening recht” na de inwerkingtreding van de Overeenkomst. Bijvoorbeeld, in het geval van een arbeidsongeschikte werknemer die onderworpen is aan de Belgische sociale zekerheid en vóór de inwerkingtreding van de Overeenkomst van 2014 zijn woonplaats naar Marokko heeft overgebracht waar hij geneeskundige verzorging geniet op basis van een formulier B.M.106, is het niet nodig het formulier B.M.106 door een formulier BE-MAR.106 te vervangen.

§ 4. De volgende omzendbrieven blijven van toepassing voor zover het onderwerp niet door deze omzendbrief wordt geregeld:

- omzendbrief V.I. nr. 72/1 – 8295/1 van 7 januari 1971
- omzendbrief V.I. nr. 78/170 – 8295/13 van 18 juli 1978
- omzendbrief V.I. nr. 98/169 – 8295/20 van 11 mei 1998.

§ 5. De volgende omzendbrieven zijn, na de inwerkingtreding van de Overeenkomst, niet langer van toepassing in de relaties tussen België en Marokko:

- omzendbrief V.I. nr. 76/203 – 8295/10 van 4 augustus 1976
- omzendbrief V.I. nr. 81/225 – 8295/16 van 26 juni 1981
- omzendbrief V.I. nr. 2018/219 – 8295/24 van 26 juli 2018.

N.B.: Gelieve te noteren dat in het klassement van de Omzendbrieven V.I. de rubriek “8295 – Marokko” door de nieuwe rubriek “**82354 – Marokko**” wordt vervangen.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/333 – 82354/1 van 21 september 2022.

IV. Het “Terug Naar Werk-traject” onder de coördinatie van de “Terug Naar Werkcoördinator” in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers

Van toepassing vanaf 1 september 2022.

In het Belgisch Staatsblad van 17 december 2021 is de wet van 12 december 2021 tot invoering van het “Terug Naar Werk-traject” onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator” in de uitkeringsverzekering voor werknemers gepubliceerd.

Het koninklijk besluit van 19 januari 2022 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 dat de voormelde wet uitvoert, is in het Belgisch Staatsblad van 21 januari 2022 gepubliceerd.

Het koninklijk besluit van 12 juli 2022 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is in het Belgisch Staatsblad van 29 juli 2022 gepubliceerd.

Voor de toepassing van deze omzendbrief wordt verstaan onder:

- het **re-integratietraject “CODEX”**: het re-integratietraject bedoeld in hoofdstuk VI van boek I, titel 4 van de codex over het welzijn op het werk
- het **re-integratietraject “ZIV”**: het re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie bedoeld in artikel 215^{novies} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: in het kader van het “Terug Naar Werk-traject” beoogt het re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie de sociaalprofessionele re-integratie van de gerechtigde te bevorderen die niet meer tewerkgesteld is of niet meer tewerkgesteld kan worden door zijn werkgever, door hem te begeleiden naar een functie bij een andere werkgever of in een andere bedrijfstak.

I. Het “Terug Naar Werk-traject”: omschrijving

Het **“Terug Naar Werk-traject”** vormt een containerbegrip om te verwijzen naar het geheel van acties die mogelijk zijn om de in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers arbeidsongeschikt erkende gerechtigden te begeleiden bij hun terugkeer naar werk.

Het betreft meer precies elk traject dat tot doel heeft om de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde na een doorverwijzing door de adviserend arts op basis van een inschatting van de restcapaciteiten of na een vraag van deze gerechtigde zelf onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator” zo snel mogelijk te ondersteunen bij het vinden van de gepaste begeleiding met het oog op de uitoefening van een tewerkstelling die past bij zijn mogelijkheden en noden.

Behalve het veeleer formele re-integratietraject “ZIV” waarin een re-integratieplan wordt opgesteld, kan het bijvoorbeeld ook om een korte begeleiding naar een gedeeltelijke werkhervatting met toelating van de adviserend arts of een opleiding buiten een formeel re-integratietraject gaan.

II. Invoering van een nieuwe actor inzake de re-integratie binnen het ziekenfonds: de “Terug Naar Werk-coördinator”

2.1. Te vervullen voorwaarden om als “Terug Naar Werk-coördinator” te kunnen werken

Om als “Terug Naar Werk-coördinator” binnen het ziekenfonds te kunnen werken, dienen de volgende voorwaarden te zijn vervuld:

- de betrokkene beschikt minstens over een diploma op grond waarvan hij in aanmerking komt voor de toelating tot de federale overheidsdiensten wat het niveau B betreft overeenkomstig de bijlage van het koninklijk besluit van 2 oktober 1937 houdende het statuut van het Rijkspersoneel
- de betrokkene is als “Certified Return to Work Coordinator” geslaagd voor het door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering georganiseerde examen van de opleiding “Disability Management” of slaagt binnen een termijn van twee jaar na de opname van de functie van “Terug Naar Werk-coördinator” voor dit examen
- de betrokkene neemt na het slagen voor het examen van de opleiding “Disability Management” deel aan minstens de helft van de door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering maximaal vier keer per jaar ingerichte intervisiemomenten opdat hij zijn werkwijze en inzichten blijft updaten en zo nodig bijstuurt.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering organiseert op continue basis activiteiten ter attentie van personen die de opleiding “Disability Management” gevolgd hebben. Deze activiteiten zullen steeds openstaan voor de medewerkers van de verzekeringsinstellingen die geslaagd zijn voor het examen en het certificaat “Certified Return to Work Coordinator” behaald hebben. Deze activiteiten zullen bovendien allemaal in aanmerking komen voor de intervisiemomenten. De activiteiten die het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering organiseert, kunnen de volgende zijn (niet-limitatieve lijst):

- bijeenkomsten van de ALUMNI-vereniging (organisatie van oud-studenten “Disability Management”)
- uitwisselingsmomenten tussen de studenten rond een bepaald topic
- extra opleidingsmomenten waarin dieper wordt ingegaan op bepaalde onderwerpen al dan niet gevraagd door de studenten of op initiatief van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering waar ook ruimte is voor discussie.

Een activiteit van minstens 1u30 kan beschouwd worden als één intervisiemoment.

Wanneer het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering uitnodigingen stuurt voor bepaalde initiatieven, zal duidelijk vermeld worden of dit ook in aanmerking komt als activiteit voor de verplichte intervisiemomenten. Bijvoorbeeld, een webinar over een bepaalde studie zal niet noodzakelijkerwijs in aanmerking komen.

2.2. Opdrachten van de “Terug Naar Werk-coördinator”

2.2.1. ALGEMEEN

Met respect voor het beroepsgeheim neemt de “Terug Naar Werk-coördinator” binnen het ziekenfonds alle nuttige maatregelen in het kader van het “Terug Naar Werk-traject” en contacteert hij, in samenspraak met de adviserend arts en met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot de sociaalprofessionele re-integratie van deze gerechtigde, evenals ondersteunt hij de gerechtigde in de contacten met deze natuurlijke personen of rechtspersonen.

2.2.2. UITDRUKKELIJK BEPAALDE OPDRACHTEN

In het bijzonder verricht de “Terug Naar Werk-coördinator” de volgende opdrachten tijdens het “Terug Naar Werk-traject”:

- de organisatie van het eerste contactmoment met de gerechtigde, zowel op vraag van de adviserend arts als op eigen initiatief van de gerechtigde, evenals van de volgende noodzakelijk geachte contactmomenten in het kader van de passende aanpassings- en/of begeleidingsacties
- de ondersteuning van de door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde met zijn instemming bij de aanvraag tot een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting of de opstart van een re-integratietraject “CODEX” door de gerechtigde zelf bij de preventieadviseur-arbeidsarts
- de registratie in het “Terug Naar Werk-dossier” en de opvolging, zowel op algemeen vlak als per individueel dossier, van de verschillende ondernomen acties, inclusief het behaalde resultaat van het “Terug Naar Werk-traject”.

III. Opstart van een “Terug Naar Werk-traject”: twee routings

Er worden **twee routings** bepaald in het kader van de opstart van een “Terug Naar Werk-traject”:

- **Routing A:** de routing via de adviserend arts (hoofdzakelijk naar aanleiding van een nieuwe instroom in arbeidsongeschiktheid)
- **Routing B:** de routing via een spontane vraag door de gerechtigde zelf die op om het even welk moment tijdens de arbeidsongeschiktheid kan worden gesteld.

3.1. Routing A: de routing via de adviserend arts

=> **Stap 1: de aangifte en erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid:**

de staat van arbeidsongeschiktheid wordt via een getuigschrift van arbeidsongeschiktheid bij de adviserend arts aangegeven.

In geval van een erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid kan, in voorkomend geval, op basis van de data op het getuigschrift al een eerste afbakening worden gemaakt voor het versturen van de vragenlijst in stap 2.

=> **Stap 2: het versturen van een vragenlijst door de adviserend arts:**

tien weken na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid stuurt de adviserend arts een vragenlijst op naar de gerechtigde op grond waarvan wordt nagegaan welke factoren, naargelang het geval, een werkhervatting of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt kunnen bevorderen of verhinderen.



Opmerkingen:

- de adviserend arts kan wegens gegronde medische redenen oordelen om geen vragenlijst op te sturen.

Een lijst die deze situaties preciseerd, is opgesteld door de Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit:

- ernstige oncologische pathologie
- transplantatie hart en/of long, lever, nier, darm
- amputatie van één of beide bovenste/onderste ledematen (volledige lidmaat)
- verworven paraplegie / hemiplegie/ tetraplegie / paraparese / hemiparese / tetraparese
- dementie – diverse vormen
- syndroom van Korsakov
- coma
- neurodegeneratieve aandoeningen:
 - spinale musculaire atrofie, zoals amyotrofische laterale sclerose (ALS)
 - ziekte van Parkinson, parkinsonisme
- verworven bilaterale ernstige visusstoornissen
- gedecompenseerde levercirrose
- terminale nierinsufficiëntie
- ernstig polytrauma
- ernstige brandwonden.

In geval van een niet-verzending van de vragenlijst wegens één van deze situaties, wordt een communicatie naar de gerechtigde verzonden waarin hem wordt toegelicht dat rekening houdend met zijn medische situatie geen vragenlijst is verzonden. In deze communicatie wordt ook gepreciseerd dat deze gerechtigde een “Terug Naar Werk-coördinator” kan contacteren als hij vragen heeft over een terugkeer naar werk of daarbij begeleid wil worden. De contactgegevens van de “Terug Naar Werk-coördinator” worden uitdrukkelijk vermeld.

- De adviserend arts gaat niet over tot het verzenden van een vragenlijst in de volgende drie situaties:
 - de preventieadviseur-arbeidsarts is verzocht geweest om een re-integratietraject “CODEX” op te starten
 - de gerechtigde verricht een toegelaten arbeid (overeenkomstig art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet)
 - er is al een “Terug Naar Werk-traject” op vraag van de gerechtigde opgestart, na een toestemming van de adviserend arts (cf. hierna: de routing B).

=> **Stap 3: het terugsturen van de vragenlijst door de gerechtigde:**

de gerechtigde dient deze vragenlijst binnen twee weken behoorlijk ingevuld naar de adviserend arts terug te sturen. De ingevulde vragenlijst wordt vervolgens onderzocht.



Opmerking: gevolgen als de gerechtigde de vragenlijst niet binnen twee weken behoorlijk ingevuld naar de adviserend arts terugstuurt:

de adviserend arts vraagt aan de “Terug Naar Werk-coördinator” dat contact wordt opgenomen met de gerechtigde en in voorkomend geval wordt de nodige ondersteuning bij het invullen van de vragenlijst geboden. De “Terug Naar Werk-coördinator” kan deze ondersteuningstaak onder zijn bevoegdheid toevertrouwen aan een medewerker van het ziekenfonds.

De gerechtigde bezorgt de ingevulde vragenlijst die vervolgens wordt onderzocht.

=> **Stap 4: een eerste inschatting van de restcapaciteiten van de gerechtigde door de adviserend arts:**

in de loop van de vierde maand van de arbeidsongeschiktheid maakt de adviserend arts onder andere op basis van het medisch dossier van de gerechtigde en de door de gerechtigde ingevulde vragenlijst, een eerste inschatting van zijn of haar restcapaciteiten op. Indien dit voor het concrete dossier noodzakelijk is, verricht hij in dit kader het nodige overleg met de “Terug Naar Werk-coördinator”.

 **Opmerkingen:**

- de adviserend arts gaat niet over tot de eerste inschatting van de restcapaciteiten in de volgende drie situaties:
 - de preventieadviseur-arbeidsarts is verzocht geweest om een re-integratietraject “CODEX” op te starten
 - de gerechtigde verricht een toegelaten arbeid (overeenkomstig art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet)
 - er is al een “Terug Naar Werk-traject” op vraag van de gerechtigde opgestart, na een toestemming van de adviserend arts (cf. hierna: de routing B).
- indien het voor de gerechtigde, ondanks de geboden ondersteuning, niet mogelijk is geweest om de verzonden vragenlijst in te vullen, nodigt de adviserend arts hem in het kader van deze inschatting van de restcapaciteiten voor een medisch onderzoek uit, tenzij uit de ter beschikking gestelde medische informatie blijkt dat het invullen van de vragenlijst niet mogelijk is en een onderzoek op dat moment niet aangewezen is.

=> **Stap 5: de plaatsing van de gerechtigde in één van de vier categorieën:**

op grond van de eerste inschatting van zijn of haar restcapaciteiten plaatst de adviserend arts de gerechtigde in één van de volgende vier categorieën (met of zonder medisch onderzoek naargelang de concrete situatie):

- **categorie 1:** er kan redelijkerwijze worden aangenomen dat de gerechtigde uiterlijk tegen het einde van de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid spontaan, al naargelang het geval, het overeengekomen werk zal hervatten of een beroep op de reguliere arbeidsmarkt zal opnemen
- **categorie 2:** een werkhervatting bij de werkgever of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt om medische redenen niet tot de mogelijkheden te behoren
- **categorie 3:** een werkhervatting bij de werkgever of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt is voorlopig niet aan de orde omdat de prioriteit dient uit te gaan naar de medische diagnose of de medische behandeling
- **categorie 4:** een werkhervatting bij de werkgever of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt lijkt mogelijk te zijn na één of meerdere aanpassings- en/of begeleidingsacties.

 **Opmerkingen:**


- indien de adviserend arts de gerechtigde geplaatst heeft in de *categorie 1* en deze is nog altijd arbeidsongeschikt na zes maanden, dient hij verplicht over te gaan tot een medisch onderzoek
- indien de adviserend arts de gerechtigde geplaatst heeft in de *categorie 3*, dient er uiterlijk in de loop van de zevende maand van de arbeidsongeschiktheid een medisch onderzoek plaats te vinden
- als de verzekerde aan de adviserend arts (tijdens een medisch onderzoek) vraagt om een re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie in het kader van een “Terug Naar Werk-traject” op te starten en de adviserend arts kan, rekening houdend met de verrichte categorisering, geen gevolg geven aan dit verzoek, moet deze weigering aan de verzekerde ter kennis worden gebracht. Een modelformulier is als *bijlage 1*¹ toegevoegd.

1. Hier niet gepubliceerd.

=> **Stap 6: de doorverwijzing van de gerechtigde door de adviserend arts naar de “Terug Naar Werk-coördinator” met het oog op een eerste contactmoment in het kader van een “Terug Naar Werk-traject”:**

de adviserend arts verwijst de volgende gerechtigden door naar de “Terug Naar Werk-coördinator”:


- de gerechtigde is op het moment van de eerste inschatting van de restcapaciteiten in de voormelde *categorie 4* geplaatst
- de gerechtigde is, op het moment van de eerste inschatting van de restcapaciteiten, door de adviserend arts geplaatst in de voormelde *categorie 1*, maar aangezien deze gerechtigde nog altijd arbeidsongeschikt is gebleven na zes maanden, heeft de adviserend arts een **medisch onderzoek** uitgevoerd met het oog op een nieuwe inschatting. Hieruit blijkt dat, naargelang het geval, een werkhervatting of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt mogelijk lijkt te zijn na één of meerdere aanpassings- en/of begeleidingsacties (vgl. de categorie 4)
- de gerechtigde is op het moment van de eerste inschatting van de restcapaciteiten geplaatst in de voormelde *categorie 3*.
Na een herevaluatie van de situatie van de gerechtigde door de adviserend arts is gebleken dat voor deze gerechtigde, naargelang het geval, een werkhervatting of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt mogelijk lijkt te zijn na één of meerdere aanpassings- en/of begeleidingsacties (vgl. categorie 4).

 **Opmerking:** er gebeurt geen rechtstreekse doorverwijzing van de gerechtigden verbonden door een arbeidsovereenkomst door de adviserend arts naar de preventieadviseur-arbeidsarts met het oog op het opstarten van een re-integratietraject “CODEX”.

=> **Stap 7: het eerste contactmoment met de “Terug Naar Werk-coördinator”:**

voor de gerechtigden die aanvankelijk geplaatst zijn in de *categorie 1 of 3*, maar die, in voorkomend geval na een daaropvolgend medisch onderzoek, zijn geplaatst in de categorie 4, vindt het eerste contactmoment in het kader van een “Terug Naar Werk-traject” tussen de “Terug Naar Werk-coördinator” en deze gerechtigden plaats binnen een termijn van één maand na de doorverwijzing door de adviserend arts.

Voor de gerechtigden die initieel zijn geplaatst in de *categorie 4*, vindt het eerste contactmoment in het kader van een “Terug Naar Werk-traject” tussen de “Terug Naar Werk-Coördinator” en deze gerechtigden uiterlijk tijdens de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid plaats.

 **Opmerking:** een eerste contactmoment met de “Terug Naar Werk-coördinator” vindt niet plaats indien de gerechtigde een toegelaten arbeid overeenkomstig artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet verricht.

Tijdens dit eerste contactmoment licht de “Terug Naar Werk-coördinator” zijn rol inzake de begeleiding en opvolging van het traject toe en gaat hij samen met de gerechtigde de eerste stap van het traject na.

Tijdens het eerste contactmoment vraagt de “Terug Naar Werk-coördinator” aan de gerechtigde ook uitdrukkelijk zijn schriftelijke toestemming voor de verwerking van de gegevens opgenomen in het “Terug Naar Werk-dossier”. Deze toestemming kan in voorkomend geval op elektronische wijze plaatsvinden (elektronische handtekening).

Een modelformulier om de toestemming te verstrekken is als *bijlage III^e* toegevoegd.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert dit eerste contactmoment en de afgesproken acties in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

Er kunnen zich na dit eerste contactmoment verschillende mogelijkheden voordoen:

- 1) omdat een terugkeer naar de vorige job en de vorige werkgever als voorkeurstraject wordt beschouwd voor de gerechtigden die verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst, verwijst de “Terug Naar Werk-coördinator” deze gerechtigde met een arbeidsovereenkomst tijdens dit eerste contactmoment *met zijn instemming* en met de nodige ondersteuning naar de preventieadviseur-arbeidsarts. In dit kader zijn zowel de informele weg (een aanvraag tot een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting met in voorkomend geval een werkhervatting) als de formele weg (het opstarten van een re-integratietraject “CODEX”) mogelijk.
- 2) de al dan niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde wenst een re-integratietraject “ZIV” te doorlopen.
- 3) de al dan niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde wenst geen re-integratietraject te doorlopen.


3.2. Routing B: de routing via een spontane vraag door de gerechtigde zelf

=> **Stap 1: het formuleren van een verzoek door de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde:** op elk ogenblik tijdens de arbeidsongeschiktheid kan de gerechtigde aan de “Terug Naar Werk-coördinator” vragen om een eerste contactmoment in het kader van een “Terug Naar Werk-traject” te organiseren. Als de verzekerde spontaan contact opneemt met de “Terug Naar Werk-coördinator” wordt er altijd een afspraak gemaakt voor een eerste gesprek.

De “Terug Naar Werk-coördinator” onderzoekt de vraag en informeert de adviserend arts over dit verzoek.


=> **Stap 2: het eventueel versturen van een vragenlijst:**

ter voorbereiding van dit eerste contactmoment wordt de gerechtigde uitgenodigd om een vragenlijst in te vullen die nagaat welke factoren, naargelang het geval, een werkhervatting of het opnemen van een beroep op de reguliere arbeidsmarkt kunnen bevorderen of verhinderen.

 **Opmerking:** er wordt echter geen vragenlijst naar de gerechtigde opgestuurd indien deze gerechtigde tijdens de lopende arbeidsongeschiktheid al een vragenlijst heeft ingevuld en er wordt geoordeeld dat een actualisatie van de verstrekte antwoorden niet nodig is.

=> **Stap 3: het terugsturen van de vragenlijst door de gerechtigde:**

de gerechtigde dient deze vragenlijst binnen twee weken behoorlijk ingevuld terug te sturen. De ingevulde vragenlijst wordt vervolgens onderzocht.

 **Opmerking:** gevolgen als de gerechtigde de vragenlijst niet binnen twee weken behoorlijk ingevuld naar de adviserend arts terugstuurt:

er wordt verzocht dat de “Terug Naar Werk-coördinator” contact opneemt met de gerechtigde en in voorkomend geval wordt de nodige ondersteuning bij het invullen geboden. De “Terug Naar Werk-coördinator” kan deze ondersteuningstaak onder zijn bevoegdheid toevertrouwen aan een medewerker van het ziekenfonds.

De gerechtigde bezorgt de ingevulde vragenlijst die vervolgens wordt onderzocht.

=> **Stap 4: de organisatie van het eerste contactmoment door de “Terug Naar Werk-coördinator”:**

binnen één maand na de ontvangst van de door de gerechtigde ingevulde vragenlijst, vindt een eerste contactmoment tussen de “Terug Naar Werk-coördinator” en de gerechtigde in het kader van een “Terug Naar Werk-traject” plaats.

Tijdens dit eerste contactmoment licht hij zijn rol inzake de begeleiding en opvolging van het traject toe en gaat hij samen met de gerechtigde de eerste stap van het traject na.

Tijdens het eerste contactmoment vraagt de “Terug Naar Werk-coördinator” aan de gerechtigde uitdrukkelijk zijn schriftelijke toestemming voor de verwerking van de gegevens opgenomen in het “Terug Naar Werk-dossier”. Deze toestemming kan in voorkomend geval op elektronische wijze plaatsvinden (elektronische handtekening).

Een modelformulier om de toestemming te verstrekken is als *bijlage III³* toegevoegd.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert dit eerste contactmoment en de erin overeengekomen acties in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

Er kunnen zich na dit eerste contactmoment verschillende mogelijkheden voordoen:

- 1) omdat een terugkeer naar de vorige job en de vorige werkgever als voorkeurstraject wordt beschouwd voor de gerechtigden die verbonden zijn door een arbeidsovereenkomst, verwijst de “Terug Naar Werk-coördinator” deze gerechtigde met een arbeidsovereenkomst tijdens dit eerste contactmoment *met zijn instemming* en met de nodige ondersteuning naar de preventieadviseur-arbeidsarts. In dit kader zijn zowel de informele weg (een aanvraag tot een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting met in voorkomend geval een werkhervatting) als de formele weg (het opstarten van een re-integratietraject “CODEX”) mogelijk.
- 2) de al dan niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde wenst een re-integratietraject “ZIV” te doorlopen.
- 3) de al dan niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde wenst uiteindelijk toch geen re-integratietraject te doorlopen.

=> **Stap 5: het informeren van de adviserend arts en het vragen van de toestemming om een “Terug Naar Werk-traject” op te starten:**

na het eerste contactmoment informeert de “Terug Naar Werk-coördinator” de adviserend arts over de inhoud ervan en vraagt hij de adviserend arts de toestemming om een “Terug Naar Werk-traject” op te starten.

De adviserend arts onderzoekt de vraag en neemt een beslissing.

=> **(Eventueel) stap 6: Nieuw contactmoment na een negatieve beslissing van de adviserend arts:**

indien de adviserend arts oordeelt dat het opstarten van een “Terug Naar Werk-traject” niet verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde, vindt een nieuw contactmoment tussen de “Terug Naar Werk-coördinator” en de gerechtigde plaats binnen de maand na het vorige contactmoment om de door de adviserend arts verrichte inschatting te bespreken.

Er kunnen zich de volgende situaties voordoen:

- een aanpassing van de acties rekening houdend met de beslissing van de adviserend arts waarna de aanpassing (in voorkomend geval) opnieuw aan de adviserend arts wordt voorgelegd
- een definitief einde van het “Terug Naar Werk-traject” gelet op de beslissing van de adviserend arts.

Een modelformulier met de negatieve beslissing is als *bijlage II⁴* toegevoegd.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert het nieuwe contactmoment en de daarbinnen afgesproken acties in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

3. Hier niet gepubliceerd.

4. Hier niet gepubliceerd.

IV. Het formele re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie (het re-integratietraject “ZIV”) in het kader van een lopend “Terug Naar Werk-traject”

Via het formele re-integratietraject “ZIV” wordt, na een onderzoek inzake de passende aanpassings- en/of begeleidingsacties voor de gerechtigde, een re-integratieplan opgesteld dat vervolgens regelmatig wordt opgevolgd.

4.1. Opstart van het formele re-integratietraject “ZIV” in het kader van een lopend “Terug Naar Werk-traject”

In de volgende situaties start de “Terug Naar Werk-coördinator” na een contactmoment, in overleg met de adviserend arts en de gerechtigde, een re-integratietraject “ZIV” op:

- **Situatie A:** de niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde heeft tijdens het desbetreffende contactmoment ingestemd dat nader wordt onderzocht welke aanpassings- en/of begeleidingsacties voor hem passend zijn.
- **Situatie B:** de door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde die niet is doorverwezen naar de preventieadviseur-arbeidsarts met het oog op de aanvraag tot een bezoek voorafgaand aan de werkhervatting of de opstart van een re-integratietraject “CODEX”, heeft tijdens het desbetreffende contactmoment ingestemd dat nader wordt onderzocht welke aanpassings- en/of begeleidingsacties voor hem passend zijn.

De “Terug Naar Werk-coördinator” licht bovendien de preventieadviseur-arbeidsarts in over de opstart van het re-integratietraject “ZIV”.

Indien de preventieadviseur-arbeidsarts evenwel aan de adviserend arts meedeelt dat hij een re-integratieverzoek van de werkgever heeft ontvangen, schort de “Terug Naar Werk-coördinator” echter de uitvoering van het re-integratietraject “ZIV” op.

Wanneer het re-integratietraject “CODEX” van de gerechtigde die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, definitief is beëindigd overeenkomstig artikel I.4-76, § 1, van de codex over het welzijn op het werk, start de “Terug Naar Werk-coördinator” het re-integratietraject “ZIV” opnieuw op.

- **Situatie C:** de door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde beslist om, na het bezoek voorafgaand aan de werkhervatting, niet aan de preventieadviseur-arbeidsarts te vragen om een re-integratietraject “CODEX” op te starten en deze gerechtigde heeft na een contact met de “Terug Naar Werk-coördinator” ingestemd dat nader wordt onderzocht welke aanpassings- en/of begeleidingsacties voor hem passend zijn.

De “Terug Naar Werk-coördinator” licht bovendien de preventieadviseur-arbeidsarts in over de opstart van het traject “ZIV”.

Indien de preventieadviseur-arbeidsarts evenwel aan de adviserend arts meedeelt dat hij een re-integratieverzoek van de werkgever heeft ontvangen, schort de “Terug Naar Werk-coördinator” de uitvoering van het re-integratietraject “ZIV” op.

Wanneer het re-integratietraject “CODEX” van de gerechtigde die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, definitief is beëindigd overeenkomstig artikel I.4-76, § 1, van de codex over het welzijn op het werk, start de “Terug Naar Werk-coördinator” het re-integratietraject “ZIV” opnieuw op.

- **Situatie D:** het re-integratietraject “CODEX” van de gerechtigde die definitief ongeschikt is om het overeengekomen werk uit te voeren, is definitief beëindigd en de gerechtigde heeft na een contact met de “Terug Naar Werk-coördinator” ingestemd dat nader wordt onderzocht welke aanpassings- en/of begeleidingsacties voor hem passend zijn.

In het kader van deze opstart onderschrijven de “Terug Naar Werk-coördinator”, de adviserend arts en de gerechtigde bovendien een positieve engagementsverklaring. Die engagementsverklaring bevat minstens de volgende elementen:

- het engagement van de “Terug Naar Werk-coördinator” en de adviserend arts om de gerechtigde ten allen tijde te ondersteunen in zijn traject naar werk
- het engagement van de gerechtigde om actief mee te werken aan de uitvoering van het re-integratieplan.

Een model van positieve engagementsverklaring is als *bijlage IV⁵* toegevoegd.

De “Terug Naar Werk-coördinator” verricht de nodige registraties in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

4.2. Organisatie van een opvolggesprek met het oog op het opstellen van het re-integratieplan

De “Terug Naar Werk-coördinator” nodigt de gerechtigde uit voor een opvolggesprek waarin concreet inhoud wordt gegeven aan het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie.

Dit (eerste) opvolggesprek vindt plaats binnen een maand nadat de “Terug Naar Werk-coördinator” en de gerechtigde het re-integratietraject “ZIV” hebben opgestart via het onderschrijven van een positieve engagementsverklaring.

Indien nodig kan een tweede opvolggesprek worden gepland.

Het re-integratieplan bevat minstens:

- *de doelstellingen van het plan:* de formulering van een aantal tussentijds te behalen resultaten, zoals bijvoorbeeld administratieve competenties bijschaven, het geheugen en de concentratie verbeteren, stage doen, ...
- *het eindresultaat dat wordt nagestreefd:* de formulering van de “ultieme droom”; bijvoorbeeld een tewerkstelling van 80 % in een ziekenhuis als administratief bediende
- *één concrete actie:* bijvoorbeeld een opleiding volgen bij een dienst of instelling van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelneemt aan de socioprofessionele re-integratie, samen met de therapeut werken aan het geheugen, ...
- *één concrete afspraak voor een volgend opvolggesprek.*

In het kader van de opmaak van het re-integratieplan kunnen de “Terug Naar Werk-coördinator” en de adviserend arts, mits toestemming van de gerechtigde, overleggen met andere bij het traject betrokken partijen, meer bepaald de behandelend arts, de therapeutische begeleider, de werkgever, de begeleider van de diensten en instellingen van de Gewesten en de Gemeenschappen die deelnemen aan de socioprofessionele re-integratie of andere dienstverleners.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert de bevindingen van de opvolggesprekken in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert eveneens de doelstellingen, de acties en de afspraken in het kader van het re-integratieplan in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

Indien het re-integratieplan het doorlopen van een programma van beroepsherscholing beoogt, wordt de goedkeuring van de Hoge Commissie van de Geneeskundige raad voor invaliditeit gevraagd met het oog op de tenlasteneming door de uitkeringsverzekering van het beroepsherscholingsprogramma.

Als het re-integratieplan een begeleiding naar tewerkstelling beoogt, wordt (uiteindelijk) een voorstel tot werkhervatting ter goedkeuring aan de adviserend arts voorgelegd (verrichten van een activiteit overeenkomstig art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

De adviserend arts deelt de bevindingen van de opvolggesprekken en de inhoud van het re-integratieplan aan de behandelend arts van de gerechtigde mee.

4.3. Opvolging van het re-integratieplan “ZIV” door de “Terug Naar Werk-coördinator”

De “Terug Naar Werk-coördinator” volgt het re-integratieplan “ZIV” via het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde elke drie maanden op, tenzij de elementen van het dossier een andere frequentie of timing rechtvaardigen.

De “Terug Naar Werk-coördinator” verricht deze opvolging in samenwerking met de gerechtigde en, in voorkomend geval, met andere bij het traject betrokken diensten en personen.

In voorkomend geval kunnen zowel de “Terug Naar Werk-coördinator” als de gerechtigde een nieuw opvolggesprek inplannen om de voortgang van het re-integratieplan te bespreken en de inhoud ervan bij te sturen.

De “Terug Naar Werk-coördinator” registreert de verschillende opvolgingsacties en eventuele aanpassingen aan de inhoud van het re-integratieplan in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

4.4. Evaluatie van de resultaten van het “Terug Naar Werk-traject”

De “Terug Naar Werk-coördinator” evalueert de resultaten van het “Terug Naar Werk-traject” en registreert deze resultaten in het “Terug Naar Werk-dossier” van de gerechtigde.

V. Contactmomenten: organisatiewijze

De onderstaande tabel toont de wijze waarop de “Terug Naar Werk-coördinator” (TNW-C) de verschillende contacten met de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde kan organiseren (meer bepaald via een fysiek contact, een videocontact, een telefonisch contact of een mail):

Contactmomenten	Fysiek contact	Video contact	Telefonisch contact	Mail
Contact door de TNW-C bij niet ontvangst van vragenlijst binnen de 2 weken na verzending	X	X	X	X
Eerste contactmoment met de TNW-C op vraag van de adviserend arts of op initiatief van de gerechtigde	X	X		
Contactmoment met de TNW-C om de door de adviserend arts verrichte inschatting te bespreken (bij onverenigbaarheid van het traject met de gezondheidstoestand)	X	X		
Opvolgesprek met de TNW-C na ondertekening van de engagementsverklaring	X	X	X	
Andere contacten met de TNW-C	X	X	X	X

VI. Wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid

Om te vermijden dat een “Terug Naar Werk-traject” gezien wordt als een risico op verlies van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, wordt gedurende een periode van maximaal zes maanden een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid bepaald. Dit heeft tot gevolg dat gedurende deze periode de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid blijft behouden. Deze periode gedekt door het wettelijk vermoeden kan niet worden verlengd of opgeschort.

Het wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid geldt meer bepaald voor:

- de door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde tijdens de periode die aanvat op de dag waarop hij het re-integratieplan heeft ondertekend in het kader van het re-integratietraject “CODEX” en die eindigt daags voor de hervatting van de werkzaamheid bij de betrokken werkgever in uitvoering van het re-integratieplan.

Dit vermoeden eindigt sowieso na zes maanden te rekenen vanaf de dag van de ondertekening van het re-integratieplan als er op dat ogenblik nog geen werkhervatting zou hebben plaatsgevonden.

- de al dan niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigde tijdens de periode waarin hij het re-integratietraject “ZIV” doorloopt.

Deze periode gaat meer precies in op de dag waarop het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie is opgemaakt en eindigt

- hetzij daags voor het aanvangen van een bezoldigde werkzaamheid;
- hetzij daags voor het aanvangen van het programma van beroepsherscholing, goedgekeurd door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit;
- hetzij op de laatste dag van het voormelde re-integratietraject zoals vastgesteld door de “Terug Naar Werk-coördinator”.

Dit vermoeden eindigt sowieso na zes maanden te rekenen vanaf de dag waarop het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie is opgemaakt indien op dat ogenblik één van de voormelde gebeurtenissen zich nog niet zou hebben voorgedaan.

VII. Compatibiliteit van de rol van “Terug Naar Werk-coördinator” met een rol binnen het multidisciplinair team

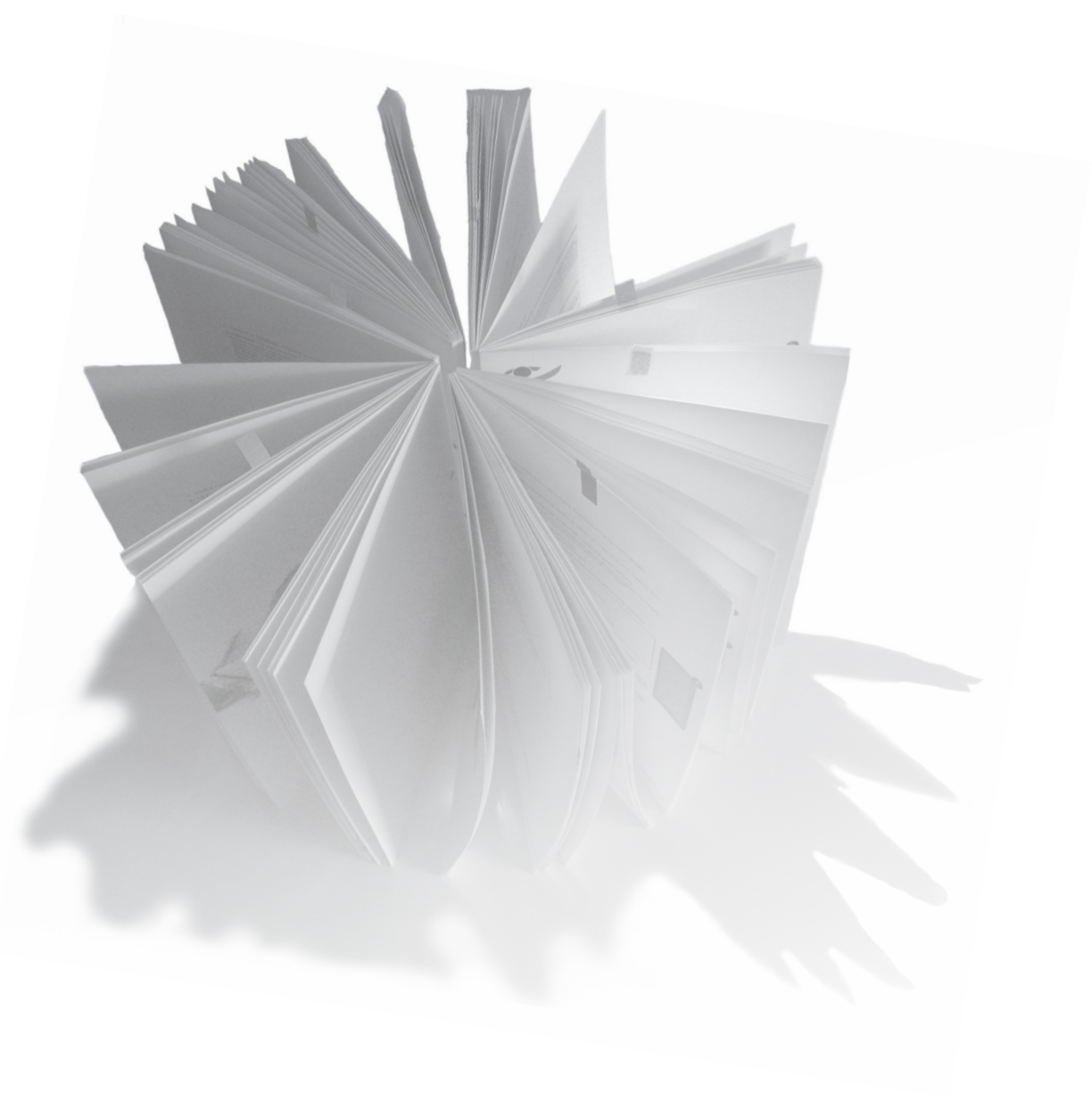
Het is mogelijk dat een persoon deeltijds de functie van “Terug Naar Werk-coördinator” uitoefent en deeltijds een functie binnen het multidisciplinair team verricht. In dit kader is het vereist dat deze medewerker als ‘niet-arts’ binnen het multidisciplinair team in het domein *evaluatie van de arbeidsongeschiktheid* enkel “voorbereidende contacten” uitvoert en dus geen “contacten verlenging invaliditeit” en “tussentijdse contacten”. Alle taken in het domein *re-integratie* kunnen worden uitgevoerd.

Vervangt omzendbrief V.I. nr. 2022/160 van 12 mei 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/383 – 407/22 van 17 november 2022.

5^e Deel
Basisgegevens



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


Van toepassing vanaf 1 november 2022.

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

Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24
Vanaf 1 maart 2020	36.835,39	3.694,61
Vanaf 1 juli 2021 (welvaart)	36.835,39	3.768,51
Vanaf 1 september 2021	37.571,19	3.843,96
Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
Vanaf 1 augustus 2022	40.668,62	4.383,98
Vanaf 1 november 2022	41.482,80	4.471,78

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/377 – 270/90, 273/91, 274/92, 276/141, 2790/93, 2791/90, 2792/89, 3910/2010 en 83/2 van 10 november 2022.

II. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Van toepassing vanaf 1 december 2022.

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1^o, eerste lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij artikel 2, van het koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 31.12.1997 2^{de} ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering (bruto-bedrag) die **HOGER** is dan het trimestrieel grensbedrag.

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

Dat geeft voor de *openbare sector* en de *privé-sector*:

1 september 2008 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 10 = 2.148,87 EUR

1 september 2010 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 11 = 2.191,85 EUR

1 mei 2011 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 12 = 2.235,68 EUR

1 februari 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 13 = 2.280,40 EUR

1 december 2012 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 14 = 2.326,00 EUR

1 juli 2015 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 15 = 2.372,52 EUR

1 juni 2016 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 16 = 2.419,97 EUR

1 juni 2017 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 17 = 2.468,37 EUR

1 september 2018 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 18 = 2.517,74 EUR

1 maart 2020 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 19 = 2.568,10 EUR

1 september 2021 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 20 = 2.619,46 EUR

1 januari 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 21 = 2.671,85 EUR

1 maart 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 22 = 2.725,28 EUR

1 mei 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 23 = 2.779,79 EUR

1 augustus 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 24 = 2.835,39 EUR

1 november 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 25 = 2.892,09 EUR

1 december 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 26 = 2.949,93 EUR

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2008	$2.065,42^{*3/3}$	2.065,42 EUR
2 ^{de} trimester 2008	$2.065,42^{*1/3} + 2.106,73^{*2/3}$	2.092,96 EUR
3 ^{de} trimester 2008	$2.106,73^{*2/3} + 2.148,87^{*1/3}$	2.120,78 EUR
4 ^{de} trimester 2008	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
1 ^{ste} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
4 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2010	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2010	$2.148,87^{*2/3} + 2.191,85^{*1/3}$	2.163,20 EUR
4 ^{de} trimester 2010	$2.191,85^{*3/3}$	2.191,85 EUR
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85^{*3/3}$	2.191,85 EUR
2 ^{de} trimester 2011	$2.191,85^{*1/3} + 2.235,68^{*2/3}$	2.221,07 EUR
3 ^{de} trimester 2011	$2.235,68^{*3/3}$	2.235,68 EUR
4 ^{de} trimester 2011	$2.235,68^{*3/3}$	2.235,68 EUR
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68^{*1/3} + 2.280,40^{*2/3}$	2.265,49 EUR
2 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*3/3}$	2.280,40 EUR
3 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*3/3}$	2.280,40 EUR
4 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*2/3} + 2.326,00^{*1/3}$	2.295,60 EUR
1 ^{ste} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2015	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2015	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2015	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
4 ^{de} trimester 2015	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
1 ^{ste} trimester 2016	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
2 ^{de} trimester 2016	$2.372,52^{*2/3} + 2.419,97^{*1/3}$	2.388,34 EUR
3 ^{de} trimester 2016	$2.419,97^{*3/3}$	2.419,97 EUR
4 ^{de} trimester 2016	$2.419,97^{*3/3}$	2.419,97 EUR

1 ^{ste} trimester 2017	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
2 ^{de} trimester 2017	$2.419,97 \times 2/3 + 2.468,37 \times 1/3$	2.436,10 EUR
3 ^{de} trimester 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
4 ^{de} trimester 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
1 ^{ste} trimester 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
2 ^{de} trimester 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
3 ^{de} trimester 2018	$2.468,37 \times 2/3 + 2.517,74 \times 1/3$	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimester 2018	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2020	$2.517,74 \times 2/3 + 2.568,10 \times 1/3$	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimester 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
2 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \times 2/3 + 2.619,46 \times 1/3$	2.585,22 EUR
4 ^{de} trimester 2021	$2.619,46 \times 3/3$	2.619,46 EUR
1 ^{ste} trimester 2022	$2.671,85 \times 2/3 + 2.725,28 \times 1/3$	2.689,66 EUR
2 ^{de} trimester 2022	$2.725,28 \times 1/3 + 2.779,79 \times 2/3$	2.761,62 EUR
3 ^{de} trimester 2022	$2.779,79 \times 1/3 + 2.835,39 \times 2/3$	2.816,86 EUR
4^{de} trimester 2022	$2.835,39 \times 1/3 + 2.892,09 \times 1/3 + 2.949,93 \times 1/3$	2.892,47 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/400 – 248/82 van 30 november 2022.

III. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 december 2022 - Spil

Van toepassing vanaf 1 december 2022.

Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 16.844,65 en 3.118,40 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Op 1 december 2022:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
24.638,79 EUR	4.561,31 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/401 – 3991/358 van 30 november 2022.

IV. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

Met ingang van 1 januari 2023 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegrootheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2022, namelijk 128,21 (basis 2013 = 100).

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

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

a) Bijdrage per werkdag:

- 21 jaar en ouder 2,15 EUR
- 18 tot 21 jaar 1,63 EUR
- 14 tot 18 jaar 1,07 EUR

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

- 21 jaar en ouder 53,75 EUR
- 18 tot 21 jaar 40,75 EUR
- 14 tot 18 jaar 26,75 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2023

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

2. Bijdrage van de studenten

Artikel 133 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 74,72 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2023

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

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

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

Per kwartaal:

Normaal:	881,42 EUR
Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3 ^o alinea van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:	440,70 EUR
Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten:	74,72 EUR
Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum:	0,00 EUR
Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, van de gecoördineerde wet:	0,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2023

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

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

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

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar:	112,87 EUR
b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar:	32,27 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2023

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

5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Per kwartaal: 50,84 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2023

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



Omzendbrief V.I. nr. 2022/402 – 270/92, 273/93, 274/94, 276/143, 2790/95, 2791/92, 2792/91 en 830/7 van 30 november 2022.

V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2022

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

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

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2022)	
Gerechtigden	Personen ten laste
23.303,84 EUR	4.314,18 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/418 – 3991/359 van 6 december 2022.

VI. Persoonlijk aandeel van de patiënt in de ligdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis - Bedragen vanaf 1 januari 2023

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2023**.

1. De dag van opname:

De dag van opname in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 6,76 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 34,03 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, dat wil zeggen dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,03 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 46,31 EUR.

2. Vanaf de tweede dag:

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,76 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,76 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 19,04 EUR.

3. Vanaf de 91^{ste} dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum):

Vanaf de 91^{ste} dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,76 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,76 EUR;
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met 6,76 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 19,04 EUR.

4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 6,76 EUR;
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 19,04 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 31,73 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/424 – 362/52 van 8 december 2022.

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

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

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

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

Berekening indexcijfer op 1 januari 2023

2021	gezondheidsindex	gemiddelde
maart	110,56	
april	110,93	
mei	110,99	
juni	111,31	110,95

(A)

2022	gezondheidsindex	gemiddelde
maart	119,05	
april	119,59	
mei	120,25	
juni	121,02	119,98

(B)

$$\frac{(B) = 119,98}{(A) = 110,95} = 8,14 \%$$

Berekening bedrag op 1 januari 2023

Basisbedrag (in EUR)	25,00	
Bedrag op		
1 januari 2011	25,35	1,40 %
1 januari 2012	26,11	2,99 %
1 januari 2013	26,83	2,76 %
1 januari 2014	27,20	1,39 %
1 januari 2015	27,34	0,53 %
1 januari 2016	27,51	0,62 %
1 januari 2017	28,20	2,51 %
1 januari 2018	28,67	1,68 %
1 januari 2019	29,09	1,45 %
1 januari 2020	29,66	1,95 %
1 januari 2021	29,96	1,01 %
1 januari 2022	30,20	0,79 %
1 januari 2023	32,66	8,14 %



Omzendbrief V.I. nr. 2022/484 – 65/33 van 22 december 2022.

VIII. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2023 - Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij koninklijk besluit van 29 juli 1988.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan viermaal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon drie vierden van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving, of op het ogenblik van zijn herinschrijving in de situatie van de vervulling van de wachttijd voor het recht op geneeskundige verstrekkingen zoals beschreven in artikel 130 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 september 2022, en sedertdien 1.879,13 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2023 als volgt worden vastgesteld:

21 jaar en ouder:	1.879,13 EUR x 4	=	7.516,52 EUR
Minder dan 21 jaar:	7.516,52 EUR x 3/4	=	5.637,39 EUR

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet-betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.

Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

- A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken;
- B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;

- C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere **euro** te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8, artikel 149-167 (B.S. van 31.12.2002, pag. 58716 – 58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.

Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2017 geldende percentages van de sociale zekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We merken hierbij op, dat voor het statutair overheidspersoneel enkel het percentage voor de sector geneeskundige verzorging wordt weergegeven, aangezien deze niet onderworpen zijn aan de sector uitkeringen.

Categorieën	Totale bijdrage	Aandeel van de werkgever	Aandeel van de werknemer
Arbeiders en bedienden	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mijnwerkers	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Overheidsdiensten	7,35 %	3,80 %	3,55 %

Artikel 286, 3^{de} alinea, van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de personen met een handicap die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80.400 BEF of 1.993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64.800 BEF of 1.606,37 EUR (voor de 19- en 20-jarigen), 48.000 BEF of 1.189,90 EUR (voor de 17- en 18-jarigen) en 40.800 BEF of 1.011,42 EUR (voor de min 17-jarigen).

Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

In bijlage gaan de tabellen¹ die een overzicht geven van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/412 – 271/77 van 6 december 2022.

1. Hier niet gepubliceerd.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Charlotte Lefebvre
De h. Jonathan Owczarek
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Jolanda Gashi

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français