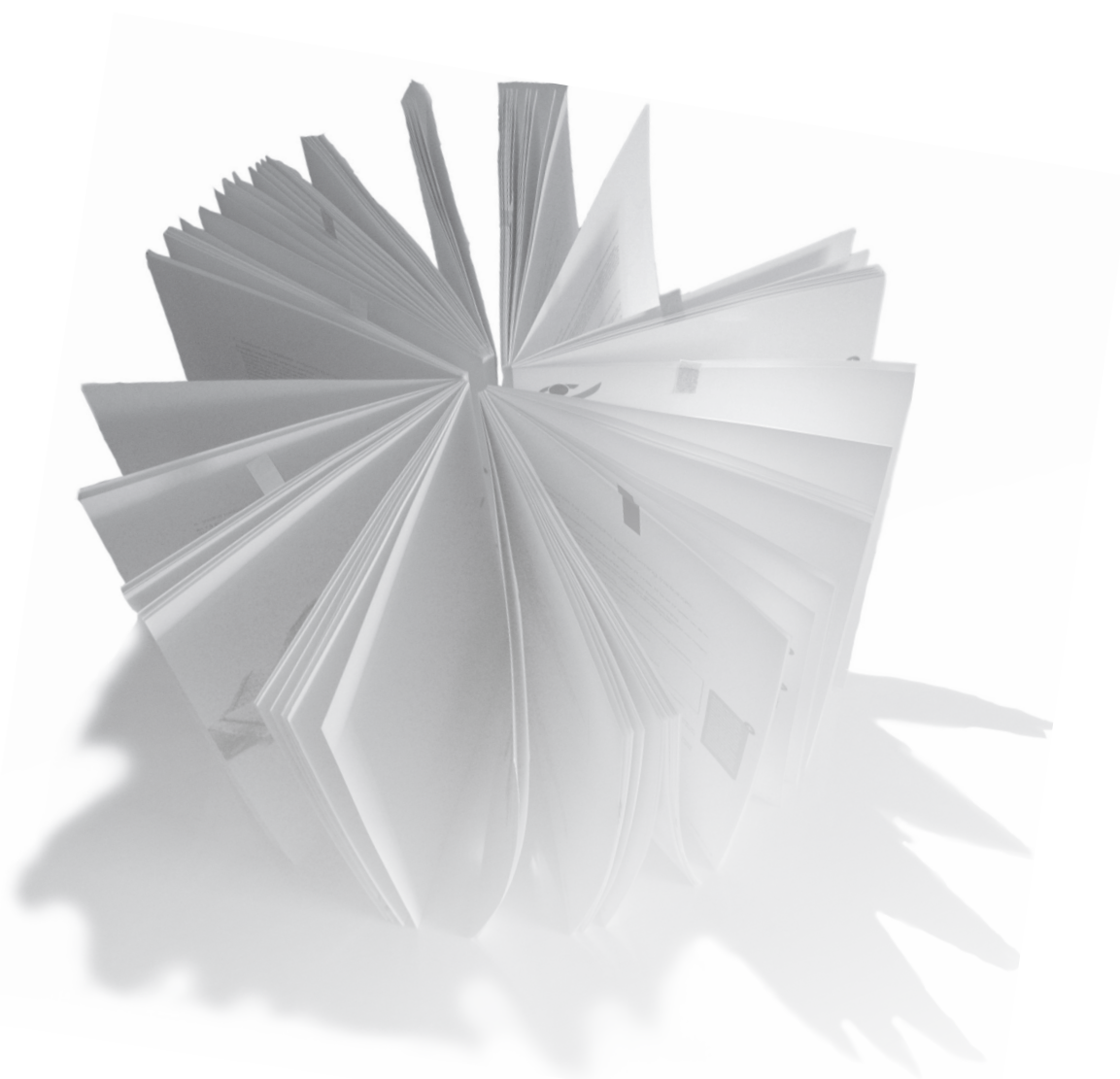


4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verzaking aan de terugvordering van onverschuldigde betalingen geneeskundige verzorging. Toepassing van de Verordening van 6 maart 2023 tot uitvoering van artikel 22, paragraaf 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde. Procedure en bewijsstukken.

De Verordening van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 6 maart 2023 tot uitvoering van artikel 22, paragraaf 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “Handvest” van de sociaal verzekerde omschrijft de procedure op basis waarvan sociaal verzekerden een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van onverschuldigde betalingen kunnen indienen, en op basis van welke parameters deze aanvraag behandeld wordt.

In het kader van de voormelde Verordening kan worden afgezien van de terugvordering van een onverschuldigd bedrag wanneer de verzekerde ter goeder trouw is en zich in een behartenswaardige situatie bevindt.

Deze omzendbrief stelt de administratieve procedure vast die gevolgd moet worden opdat een dossier kan voorgelegd worden aan de Dienst voor geneeskundige verzorging, zoals beschreven in artikel 1 tot en met 9 van de Verordening van 6 maart 2023, en is dus niet van toepassing op de situaties zoals beschreven in artikel 10 van de Verordening.

1. Voorwaarden

Om in aanmerking te komen voor een verzaking aan de terugvordering van onverschuldigde betalingen dient de verzekerde te goeder trouw te zijn en zich in een behartenswaardige situatie te bevinden (art.22, § 2, a) van het Handvest).

Een verzekerde wordt, met het oog op onverschuldigde betalingen inzake geneeskundige verzorging, geacht zich in een behartenswaardige situatie te bevinden als hij:

- op het moment van de aanvraag de verhoogde tegemoetkoming geniet
- gezinsinkomsten heeft die lager liggen dan het grensbedrag dat voorzien is binnen de reglementering rond de verhoogde tegemoetkoming
- gezinsinkomsten heeft die lager liggen dan 150 % van het grensbedrag dat voorzien is binnen de reglementering rond de verhoogde tegemoetkoming.

De berekening van de gezinsinkomsten gebeurt op dezelfde wijze als voorzien binnen de verhoogde verzekeringstegemoetkoming¹. De gezinsinkomsten van de maand voorafgaand aan het verzoek worden in aanmerking genomen.

2. Procedure

2.1. Termijn indienen aanvraag verzaking (door de verzekerde)

De verzekerde heeft 3 maanden na het definitief worden van het terug te vorderen bedrag om een verzoek tot verzaking in te dienen bij zijn ziekenfonds. Van deze aanvraag moet een schriftelijke en gedateerde neerslag bijgehouden worden.

Indien de aanvraag gebeurt voor het verstrijken van de beroepstermijn om beroep in te stellen bij de rechtbank dient de verzekerde een schuldbekentenis te ondertekenen.

Indien de aanvraag gebeurt na het verstrijken van deze beroepstermijn, is een schuldbekentenis niet nodig, de schuldvordering staat immers definitief vast.

Indien er een procedure ingesteld is tegen de beslissing tot terugvordering, dan kan het dossier niet ingediend worden tot het moment dat de rechterlijke beslissing definitief is; de verzekerde beschikt dan over een termijn van 3 maanden vanaf de datum van het vonnis.

We brengen in herinnering dat artikel 15 van het Handvest aangeeft dat een beslissing tot terugvordering van een onverschuldigd betaald bedrag o.a. *de mogelijkheid voor de instelling van sociale zekerheid om van de terugvordering van onverschuldigd betaalde bedragen af te zien en de procedure die hiervoor moet worden gevolgd moet vermelden.*

2.2. Indienen van het dossier bij het RIZIV en behandeltermijnen

Het is de verzekeringsinstelling (landsbond) die het administratief dossier (zie verder) nakijkt en overmaakt aan het RIZIV.



Het dossier wordt ingediend bij de Dienst voor geneeskundige verzorging, Directie Juridische Zaken en Toegankelijkheid, per email via Jur_Reg@riziv-inami.fgov.be.

A) INDIENEN VAN HET DOSSIER

Het dossier moet ingediend worden binnen de 3 maanden na de indiening van de aanvraag tot verzaking door de verzekerde (de verzekerde heeft 2 maanden vanaf het indienen van het verzoek om de nodige documenten in te dienen bij het ziekenfonds, het ziekenfonds en de verzekeringsinstelling hebben vervolgens 1 maand om de bijlage aan te vullen en het dossier in te dienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV). De Dienst voor geneeskundige verzorging stuurt een ontvangstbevestiging naar de verzekeringsinstelling en de verzekerde (per mail, indien er geen emailadres gekend is per gewone brief).

Indien deze termijn van 3 maanden niet volstaat, kan deze tot 5 maanden verlengd worden. Hiervoor moet door de verzekeringsinstelling de reden van deze verlenging opgegeven worden bij het indienen van het (volledige) dossier.

Indien het administratief dossier niet alle noodzakelijke gegevens (noodzakelijke documenten of een volledige beschrijving van de context) bevat dan wordt het dossier teruggestuurd naar de verzekeringsinstelling met de vraag om het dossier te (laten) vervolledigen (documenten toe te voegen of inhoudelijk verduidelijking geven). Drie maanden na deze vraag tot vervollediging of verduidelijking zal de ontvangst van het dossier worden afgesloten. De documenten of de informatie die na deze termijn van 3 maanden ontvangen wordt, worden niet meer in aanmerking genomen.

1. Cfr. Art. 27 van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

B) BEHANDELING

Na de ontvangst van het volledige of afgesloten dossier, wordt het behandeld:

Als er noodzakelijke documenten ontbreken, dan wordt het dossier onontvankelijk verklaard door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging en deze beslissing wordt aan de verzekeringsinstelling en de verzekerde gecommuniceerd.

Als het dossier volledig is, dan wordt het door de juridische directie voorgelegd op de eerste of tweede volgende vergadering van de Werkgroep verzekerbearheid.²

Het advies van de Werkgroep verzekerbearheid, wordt meegedeeld aan de Leidend ambtenaar. De Leidend ambtenaar behandelt het dossier.

De beslissing van de Leidend ambtenaar wordt per gewone zending ter kennis gebracht van de verzekeringsinstelling en de sociaal verzekerde.

3. Administratief dossier

De verzekeringsinstelling stelt een administratief dossier samen met betrekking tot de aanvraag tot verzaking van de verzekerde aan de hand van het formulier in bijlage van deze omzendbrief. De in dit formulier vermelde bewijsdocumenten dienen toegevoegd te worden aan de aanvraag.

De verschillende opgenomen onderdelen dienen leesbaar en afdoende ingevuld te worden. De verzekeringsinstelling omschrijft hierbij voldoende gedetailleerd de context waarin de onverschuldigde betaling tot stand gekomen is en geeft een detailoverzicht van deze prestaties mee. We brengen in herinnering dat de verzekeringsinstelling, indien voldaan is aan de voorwaarden, toepassing moet maken van artikel 17 van het Handvest.

Indien het dossier wordt ingediend vooraleer de beroepstermijn tegen de beslissing tot terugvordering verlopen is (cfr. art. 23 van het Handvest: 3 maanden), dan dient er een kopie van de schuld-bekentenis (gedateerd en ondertekend) in het dossier te zitten.

Indien er een procedure ingesteld werd tegen de beslissing tot terugvordering, dan dient de definitieve rechterlijke beslissing aan het RIZIV bezorgd te worden.

4. Verjaring en schorsing

Overeenkomstig artikel 174, eerste lid, 6^o van de gecoördineerde wet verjaart de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties 2 jaar na het einde van de maand waarin deze prestaties zijn vergoed. Deze termijn wordt bepaald op 5 jaar wanneer het ten onrechte verlenen van de prestaties het gevolg is van bedrieglijke handelingen.

Een per post aangetekend schrijven volstaat om deze verjaring te stuiten (art. 174, vierde lid), er begint een nieuwe verjaringstermijn van 2 jaar te lopen.

Een verjaringstermijn moet onderscheiden worden van een terugvorderingstermijn.

2. Indien er niet/niet voldoende ingegaan is op een vraag naar inhoudelijke verduidelijkingen, kan dit een weerslag hebben op de behandeling van het dossier: als er niet vastgesteld kan worden dat aan alle voorwaarden voldaan is, kan er immers niet verzaakt worden.

Overeenkomstig artikel 326, §2, g) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt de termijn waarin het onverschuldigd bedrag door de verzekeringsinstelling moet worden teruggevorderd, geschorst vanaf de datum waarop het verzoek om af te zien van de terugvordering werd ingediend tot aan de datum van de beslissing van de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging.

Aangezien de procedure tot aanvraag van verzaking, ingediend bij het RIZIV de verjaring zoals beschreven in artikel 174, eerste lid, 6^o niet stuit, dient het ziekenfonds de verjaring te blijven stuiten (vb. per aangetekend schrijven) totdat het in kennis wordt gesteld van de beslissing van de Leidend Ambtenaar.

5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing op de terugvordering van onterecht betaalde prestaties die na 1 juli 2023 aan de verzekerde worden genotificeerd. De dossiers waarvoor al een aangetekend schrijven gericht is aan de verzekerde voor 1 juli 2023, vallen niet onder de procedure zoals beschreven in deze omzendbrief.

Deze omzendbrief vervangt omzendbrief nr. 2015/133 van 11 mei 2015.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/168 – 406/22 van 6 juli 2023.