

1^e Deel

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



2^{de} en 3^{de} trimester 2023

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2023 – Editie 1	04.06.2023	Wet tot wijziging, wat de uitkerings- en moederschapsverzekering betreft, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet voorziet in de volgende wijzigingen in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:

- wijziging van artikel 100, § 1: uitoefening van een activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid.

Een activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid “Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap” of via een persoonsvolgend budget overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25 april 2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap en die wordt verricht op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, wordt echter niet beschouwd als een werkzaamheid, voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd.

De loutere voortzetting van een dergelijke activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid verhindert dus de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid niet.

Deze wijziging treedt in werking op de 10^e dag na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad, meer bepaald op 24 juni 2023.

- Wijziging van artikel 103, § 1, 5^o: cumulatie van de uitkeringen toegekend door de uitkerings- en moederschapsverzekering met de uitkering “interregionale mobiliteit” en de uitkering “knelpuntberoep”

Sinds 1 september 2022 zijn er twee nieuwe werkloosheidsuitkeringen ingevoerd in de werkloosheidsverzekering:

- de uitkering “knelpuntberoep”: deze uitkering wordt toegekend aan de verzekerde die langdurig werkloze is en het werk hervat in een knelpuntberoep opgenomen in een lijst opgesteld door het bevoegde gewest. De arbeidsovereenkomst op grond waarvan het werk wordt hervat, heeft een voorziene duur van minstens drie maanden, gerekend van datum tot datum.
- de uitkering “interregionale mobiliteit”: deze uitkering wordt toegekend aan de verzekerde die langdurig werkloze is en het werk hervat als loontrekkende in een onderneming of instelling waarvan de exploitatiezetel of, bij gebrek daaraan, de gebruikelijke plaats van tewerkstelling gelegen is in een ander gewest dan dat waar de werknemer zijn hoofdverblijfplaats heeft. De arbeidsovereenkomst op grond waarvan het werk wordt hervat heeft een voorziene duur van minstens drie maanden, gerekend van datum tot datum.

De cumulatie van de arbeidsongeschiktheidsuitkering met de uitkering “interregionale mobiliteit” of de uitkering “knelpuntberoep” wordt toegestaan wanneer de verzekerde tijdens deze tewerkstelling arbeidsongeschikt zou worden en een beroep doet op de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (na de eventuele periode gedekt door het gewaarborgd loon). De cumulatie van de moederschapsuitkering met de uitkering “interregionale mobiliteit” of de uitkering “knelpuntberoep” wordt eveneens toegestaan.

Deze wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 september 2022.

- Wijziging artikel 104*bis*: verzaking aan de jaarlijkse inhaalpremie verschuldigd aan sommige invalide erkende gerechtigden in de uitkeringsverzekering

De al voorziene delegatie aan de Koning om te bepalen onder welke voorwaarden er kan worden verzaakt aan de uitkeringen, wordt uitgebreid. Er wordt nu ook voorzien dat de Koning kan bepalen onder welke voorwaarden er kan worden verzaakt aan de toekenning van de jaarlijkse inhaalpremie.

Deze wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2022.

- Vervanging van het artikel 108: recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen na de wettelijke pensioenleeftijd

De nieuwe regeling opgenomen in artikel 108 van de gecoördineerde wet kan als volgt worden samengevat:

=> de arbeidsongeschiktheid begint vóór de maand die volgt op de maand waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt (situatie bedoeld in art. 108, 1^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994):

De regel dat uitkeringen worden geweigerd vanaf de maand volgend op die waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt, wordt behouden.

Als de verzekerde op dat ogenblik nog niet als arbeidsongeschikt is erkend gedurende zes maanden, blijft hij recht hebben op uitkeringen voor de resterende periode (saldo van zes maanden). Er wordt echter niet meer in voorzien dat de betrokkene na de maand waarin hij de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt, de hoedanigheid van gerechtigde moet behouden door middel van een onderwerping aan de “RSZ-wet” van 27 juni 1969 gedurende de periode van arbeidsongeschiktheid.

Wat de cumulatie met een rustpensioen betreft (art. 108, 3^o, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), wordt de toepassing van de huidige strikte anticumulatieregel die bepaalt dat er niet langer een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is zodra de betrokkene een rustpensioen geniet na de maand waarin de wettelijke pensioenleeftijd is bereikt, beperkt tot de situatie waarin het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel wordt genoten. Het genot van het Belgische rustpensioen, als zelfstandige of als ambtenaar, alsook het genot van een buitenlands rustpensioen (ongeacht het stelsel) op zich, vormt dus geen probleem voor de toekenning van de uitkeringen in het stelsel van de werknemers. Er moet echter ook nog rekening worden gehouden met de cumulatieregel (‘verschilregel’) bedoeld in artikel 235, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

=> De arbeidsongeschiktheid begint na de maand waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt (situatie bedoeld in art. 108, 2^o, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994):

De regel dat uitkeringen worden geweigerd vanaf de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid wordt behouden voor het recht op uitkeringen na de maand waarin de wettelijke pensioenleeftijd wordt bereikt.

Bovendien is niet langer vereist dat de betrokken verzekerde tijdens de arbeidsongeschiktheid de hoedanigheid van gerechtigde behoudt door zich te onderwerpen aan de “RSZ-wet” van 27 juni 1969. Het volstaat dat hij heeft gewerkt als werknemer (of gelijkgesteld) na de maand waarin hij de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt.

Wat de cumulatie met een rustpensioen betreft (art. 108, 3°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), wordt de toepassing van de huidige strikte anticumulatieregels die bepaalt dat er niet langer een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen is zodra de betrokkene een rustpensioen geniet na de maand waarin de wettelijke pensioenleeftijd is bereikt, beperkt tot de situatie waarin het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel wordt genoten. Het genot van het Belgische rustpensioen, als zelfstandige of als ambtenaar, alsook het genot van een buitenlands rustpensioen (ongeacht het stelsel) op zich, vormt dus geen probleem voor de toekenning van de uitkeringen in het stelsel van de werknemers. Er moet echter ook nog rekening worden gehouden met de cumulatieregels (‘verschilregel’) bedoeld in artikel 235, § 1, van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Deze wijziging treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking van deze wet in het Belgisch Staatsblad (meer bepaald op 01.07.2023) en is van toepassing op de periodes van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste op deze datum aanvangen, evenals op de periodes van arbeidsongeschiktheid die op diezelfde datum nog lopende zijn.

- Wijziging van artikel 194, § 3: administratiekosten van de verzekeringsinstellingen - Bedragen die niet kunnen worden teruggevorderd met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde

Wat de sector van de uitkeringen betreft, gebeurt de identificatie van de niet-terugvorderbare onverschuldigde bedragen in toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde in de praktijk op een opgesplitste wijze tussen de beide regelingen gelet op het structurele onderscheid dat kan worden vastgesteld tussen enerzijds de uitkerings- en moederschapsverzekering voor werknemers en anderzijds de uitkerings- en moederschapsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten.

Via een wijziging van het tweede lid van de paragraaf 3 van artikel 194 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wordt deze praktijk uitdrukkelijk in de wettekst verduidelijkt.

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
08.05.2023	07.04.2023	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

Sinds 1 september 2022 zijn er twee nieuwe werkloosheidsuitkeringen ingevoerd in de werkloosheidsverzekering:

- de uitkering “knelpuntberoep”: deze uitkering wordt toegekend aan de verzekerde die langdurig werkloos is en het werk hervat in een knelpuntberoep opgenomen in een lijst opgesteld door het bevoegde gewest. De arbeidsovereenkomst op grond waarvan het werk wordt hervat, heeft een voorziene duur van minstens drie maanden, gerekend van datum tot datum

- de uitkering “interregionale mobiliteit”: deze uitkering wordt toegekend aan de verzekerde die langdurig werkloze is en het werk hervat als loontrekkende in een onderneming of instelling waarvan de exploitatiezetel of, bij gebrek daaraan, de gebruikelijke plaats van tewerkstelling gelegen is in een ander gewest dan dat waar de werknemer zijn hoofdverblijfplaats heeft. De arbeidsovereenkomst op grond waarvan het werk wordt hervat, heeft een voorziene duur van minstens drie maanden, gerekend van datum tot datum.

In het kader van de toekenning van die uitkering “knelpuntberoep” en die uitkering “interregionale mobiliteit” brengt het Koninklijk besluit van 7 april 2023 de volgende wijzigingen aan in de reglementering van de uitkerings- en moederschapsverzekering:

- aanpassing van artikel 225, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: het bedrag van de uitkering “interregionale mobiliteit” en van de uitkering “knelpuntberoep” wordt geneutraliseerd in het kader van de bepaling van de gezinssituatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde
- aanpassing van artikel 230, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: de uitkering “interregionale mobiliteit” en de uitkering “knelpuntberoep” vormen geen “beroepsinkomen” dat voortvloeit uit de uitoefening van de toegelaten activiteit
- aanpassing van artikel 246 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: de dagen waarvoor een uitkering “interregionale mobiliteit” of een uitkering “knelpuntberoep” wordt gestort, vormen geen dagen van gecontroleerde werkloosheid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2023 – Editie 2	13.05.2023	3 koninklijke besluiten tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

De koninklijke besluiten zijn genomen ter aanvulling en vervangen enkele regels van bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 23 juni 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, 1^e lid, 3°, en 4^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.08.2023	11.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft
16.10.2023 - Editie 1	11.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 1, gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft, wordt aangevuld als volgt

- in bijlage 1, dat bij hetzelfde besluit is gevoegd, worden lijnen vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2023	28.06.2023	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1, 1 ^e , 3 ^e en 4 ^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de elektronische facturatie en transparantie van tandheeldkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 september 2023 worden voor ambulante verstrekkingen van tandheeldkundigen, als gebruik wordt gemaakt van een software die toelaat om gegevens over te dragen aan de de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk, de gegevens bedoeld in artikel 53, § 1/2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen indien zij moeten worden opgenomen op het bewijsstuk.

De over te maken gegevens betreffen:

- het bedrag van supplementen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering
- het volledige bedrag voor verstrekkingen die terugbetaalbaar zijn door de verplichte ziekteverzekering, maar waarvoor de voorwaarden voor een terugbetaling niet zijn voldaan
- het volledige bedrag ten laste van de patiënt voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering
- het bedrag voor materiaal, techniek of instrumentarium dat niet voor de terugbetaling in de verplichte verzekering in aanmerking komt en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarbij de basisverstrekking wel voor terugbetaling in aanmerking komt.

Voor de gegevens zoals bedoeld in het vorige lid, 2^o, 3^o en 4^o, worden pseudocodes ingevoerd door het Verzekeringscomité bij verordening zoals bedoeld in artikel 22, 11^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De verplichting zoals bedoeld in het eerste lid om de bijkomende gegevens over te maken, ontstaat, voor de gegevens zoals bedoeld in het tweede lid, 2^o, 3^o en 4^o, op het ogenblik dat de pseudocode beschikbaar is in de voormelde software en dit uiterlijk zes maanden na de beslissing van het Verzekeringscomité tot invoering van de pseudocodes, zoals bedoeld in het vorige lid.

De elektronische gegevensoverdracht betreft de facturatie van ambulante prestaties van tandheeldkundigen zowel binnen als buiten de derdebetalersregeling.

Na het verstrijken van de termijn van twee jaar, bedoeld in artikel 53, § 1, vierde lid, van voornoemde wet, kan de gegevensoverdracht uitzonderlijk op papier gebeuren:

- als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de tandheeldkundige en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is
- in geval van overmacht die de elektronische facturatie onmogelijk maakt
- indien de tandheeldkundige de leeftijd van 63 jaar heeft bereikt op datum van 1 januari 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2023	28.06.2023	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 53, § 1, 1 ^e , 3 ^e en 4 ^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 september 2023 worden voor ambulante prestaties van artsen, als gebruik wordt gemaakt van een software die toelaat om gegevens over te dragen aan de verzekeringsinstellingen via een elektronisch netwerk, de gegevens bedoeld in artikel 53, § 1/2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen indien zij moeten worden opgenomen op het bewijsstuk.

De over te maken gegevens betreffen:

- het bedrag van supplementen voor verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering
- het volledige bedrag voor verstrekkingen die terugbetaalbaar zijn door de verplichte verzekering, maar waarvoor de voorwaarden voor een terugbetaling niet zijn voldaan
- het volledige bedrag ten laste van de patiënt voor verstrekkingen die geen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering
- het bedrag voor materiaal, techniek of instrumentarium dat niet voor de terugbetaling in de verplichte verzekering in aanmerking komt en waarvoor geen nomenclatuurcode bestaat of waarbij de basisverstrekking wel voor terugbetaling in aanmerking komt.

Voor de gegevens zoals bedoeld in het vorige lid, 2^o, 3^o en 4^o, worden pseudocodes ingevoerd door het Verzekeringscomité bij verordening zoals bedoeld in artikel 22, 11^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De verplichting zoals bedoeld in het eerste lid om de bijkomende gegevens over te maken, ontstaat, voor de gegevens zoals bedoeld in het tweede lid, 2^o, 3^o en 4^o, op het ogenblik dat de pseudocode beschikbaar is in de voormelde software.

De elektronische gegevensoverdracht betreft de facturatie van ambulante prestaties van artsen zowel binnen als buiten de derdebetalersregeling.

Na het verstrijken van de termijn van twee jaar, bedoeld in artikel 53, § 1, vierde lid, van voornoemde wet, kan de gegevensoverdracht uitzonderlijk op papier gebeuren:

- als de facturatie plaatsvindt buiten het kabinet van de arts en de elektronische facturatie technisch onmogelijk is
- in geval van overmacht die de elektronische facturatie onmogelijk maakt
- indien de arts de leeftijd van 67 jaar heeft bereikt op datum van 1 januari 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2023	05.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 213/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voorziet in de schrapping van de laatste etappe van de progressieve invoering van de waarborg van een minimumuitkering gedurende de eerste zes maanden arbeidsongeschiktheid, waardoor vanaf 1 januari 2024 gedurende de eerste twee maanden primaire arbeidsongeschiktheid geen minimumuitkering zal worden toegekend.

De minimumuitkering zal dus, ook in 2024, gewaarborgd zijn vanaf de eerste dag van de derde maand primaire arbeidsongeschiktheid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2023	05.07.2023	Koninklijk besluit tot invoering van de mogelijkheid tot verzaking aan de jaarlijkse inhaalpremie verschuldigd aan sommige invalide erkende gerechtigden in de uitkeringsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Na de aanpassing van de delegatie aan de koning, vastgesteld in artikel 104*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op basis van de wet van 4 juni 2023 tot wijziging, wat de uitkerings- en moederschapsverzekering betreft, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, wordt artikel 236*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gewijzigd en wordt aan de gerechtigde de mogelijkheid toegekend om te verzaken aan de jaarlijkse inhaalpremie en die verzaking, volgens dezelfde voorwaarden als die voor de verzaking aan de uitkeringen, te beëindigen.

Voor de toepassing van deze mogelijkheid tot verzaking wordt deze inhaalpremie geacht betrekking te hebben op de maand mei.

De aanvraag moet dus betrekking hebben op een periode van minstens een maand en moet worden ingediend via een aangetekende zending. Zij heeft ten vroegste uitwerking vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin de aanvraag bij de verzekeringsinstelling is ingediend, waarbij de poststempel als bewijs dient. De betrokkene kan de aanvraag vernieuwen.

Een aanvraag tot verzaking voor een periode die voorafgaat aan de eerste dag van de maand die volgt op deze waarin de aanvraag bij de verzekeringsinstelling is ingediend, kan slechts worden aanvaard in de volgende gevallen:

- wanneer een andere prestatie met terugwerkende kracht wordt toegekend
- mits de goedkeuring van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen, wanneer bijzondere elementen dit verantwoorden.

Voor de inhaalpremie verschuldigd voor 2022 is evenwel een specifieke regeling van toepassing op de aanvraag tot verzaking (een schriftelijke verzakingsaanvraag volstaat).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.07.2023	09.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 230 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

Als de gerechtigde tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid een activiteit wil uitoefenen, dient hij in principe uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan deze activiteitshervatting, deze hervatting aan zijn ziekenfonds aan te geven en een aanvraag tot toelating bij de adviserend arts van zijn ziekenfonds in te dienen om die activiteit uit te oefenen.

Dit koninklijk besluit voorziet echter in een specifieke regeling in geval van de uitoefening van een activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 07.05.2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap") of via een persoonsvolgend budget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25.04.2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd;

Indien de gerechtigde die, tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, een dergelijke activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid de uitoefening van deze activiteit bij zijn ziekenfonds aangeeft en een aanvraag tot toelating indient om die activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen, worden de aangifte van de werkhervatting en de aanvraag tot toelating geacht te zijn verricht op de eerste werkdag die de hervatting van de activiteit voorafgaat.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2023	11.07.2023	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 wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 37*bis*, § 1, *Bbis*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- het 2^e lid wordt aangevuld met de volgende zin: "Het tot 31 december 2022 verlengde recht wordt verder verlengd tot 31 december 2024 op voorwaarde dat in het jaar 2021 of 2022 ten minste één raadpleging (101032, 101076) of één bezoek (103132, 103412, 103434) aangerekend werd door de arts die voorheen GMD-houder was."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.08.2023	11.07.2023	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 wordt artikel 131, § 1, 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, aangevuld met een lid, luidende:

“In afwijking van de vorige leden wordt het recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van gerechtigde als bedoeld in artikel 32, eerste lid, 24°, van de gecoördineerde wet slechts verlengd vanaf de dag van verwerving van deze hoedanigheid.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2023	13.03.2023	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:

- artikel 122^{sexdecies} wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidende als volgt: “§ 7. Binnen de Commissie wordt een bureau opgericht dat verantwoordelijk is voor de organisatie van de activiteiten van de Commissie en het onderhouden van de contacten tussen de experts en de Commissie. Het bureau bestaat uit een voorzitter en vice-voorzitter, een vertegenwoordiger van de verzekeringsinstellingen en een vertegenwoordiger van de universiteiten die door de Minister uit de leden van de Commissie worden aangewezen.”
- in artikel 122^{duovicies} worden volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, 1^e lid, worden de woorden “in het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Instituut” vervangen door de woorden “in de Commissie”;
 - => in dezelfde paragraaf, 2^e lid, worden de woorden “de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging” vervangen door de woorden “het bureau”.

3. Koninklijke besluiten tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
14.04.2023 – Editie 2	27.03.2023	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

In het koninklijk besluit wordt in artikel 31, VIII., 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 wijziging aangebracht:

- het twaalfde lid wordt vervangen als volgt:

“Indien het product niet meer wordt verdeeld, moet de verdeler het secretariaat zo snel mogelijk verwittigen. Vooraleer te worden geschrapt, blijft het desbetreffende product nog 1 jaar op de lijst staan. Gedurende de opname, alsook na de schrapping van het toestel van de lijst, garandeert de verdeler wisselstukken gedurende 5 jaren om herstellingen te kunnen uitvoeren.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.05.2023	25.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3bis, 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 in artikel 25, § 3bis 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, het woord “huisarts” in de derde toepassingsregel geschrapt na de verstrekking 590730.

Het koninklijk besluit van 26 februari 2023 tot wijziging van artikel 25, § 3bis, 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 creëert een lijst van de artsen die instaan voor de permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg, met inbegrip van hun kwalificatie, dat het de kwalificaties opsomt van artsen die op deze lijst kunnen worden opgenomen, en dus voor deze artsen de mogelijkheid beperkt om de verstrekkingen aan te rekenen voor de anamnese, het klinisch onderzoek, de eerste opvang en de oriëntatie van een patiënt tijdens een dringende opvang in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg; De formulering van artikel 1 van genoemd besluit ontnemt ten onrechte andere artsen met brevet acute geneeskunde dan huisartsen met brevet acute geneeskunde, de mogelijkheid om deze verstrekkingen aan te rekenen en dus een permanentie uit te oefenen in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg; Deze bepalingen sluiten de betrokken artsen uit van de uitoefening van hun werkzaamheden in het kader van de functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en berokkenen dientengevolge een ernstig financieel nadeel voor de getroffen artsen vanaf het in voege gaan van het koninklijk besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2023 – Editie 1	25.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, b), en 20, § 1, <i>f)bis</i> 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:

- van artikel 14, b), 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:
=> in de omschrijving van de verstrekking 232433-232444 worden de woorden “van een externe of inwendige neurostimulator batterij” vervangen door de woorden “van een externe of inwendige neurostimulator”

=> in de derde toepassingsregel die volgt op de verstrekking 232433-232444, wordt het woord “jaar” vervangen door het woord “kalenderjaar”.
- in artikel 20, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de bepaling onder *f)bis* als volgt aangevuld:

“478295-478306

Programmeren van een externe of inwendige neurostimulator in de behandeling van de ziekte van Parkinson, essentiële tremor, dystonie of epilepsie, inclusief de meting van de verschillende parameters met protocol.....K 15

De verstrekking 478295 - 478306 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 232330-232341, 232352-232363, 232455-232466, 232396-232400 en 354373-354384.

De verstrekking 478295-478306 kan eveneens aangerekend worden door de arts-specialist in de kindergeneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de pediatrie neurologie.

De verstrekking 232433-232444 en de verstrekking 478295-478306 zijn elk maximaal twee maal per kalenderjaar vergoedbaar. Deze beperking is niet van toepassing in de drie maanden die volgen op de implantatie en ook niet bij uitzonderlijke urgentie gedocumenteerd in het medisch dossier.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.05.2023 – Editie 1	25.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, k), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, k), I., § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de verstrekking 280556-280560 in A., 2^o Pezen, ligamenten, slijmbeurzen geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2023	21.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, k), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, k), I., § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt in C., in de bepaling onder 2° Pezen, ligamenten, slijmbeurzen, de verstrekking 288050-288061 geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2023	07.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, a), en 25, § 4, 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 artikel 14, 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, wordt de verstrekking 220135-220146 geschrapt
- in artikel 25, §4, 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, worden de rangnummers “220135 - 220146” geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2023	07.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijziging aangebracht:

- de derde toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 350092, wordt vervangen als volgt: “De verstrekkingen 350070 en 350092 zijn niet cumuleerbaar met een technische verstrekking, en/of met een raadpleging uitgevoerd door dezelfde arts.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2023	07.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 21, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 21, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 531215-531226 wordt vervangen als volgt: “Elektrocoaguleren van varicositas per zitting”
- de verstrekking 531414-531425 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2023	13.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 17, § 1, 11^o *ter*, 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 eerste toepassingsregel die op de verstrekking 459955-459966 volgt, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.06.2023	13.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 27 en 29 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 in artikel 27 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 paragraaf 1, onder het opschrift Lumbostaat wegens aandoening van de lumbosacrale wervelkolom in tijk en metaal, naar maat, worden de woorden “604310-604321 Bijslag voor stijve rugplaat met minimumbreedte van 10 cm Y 13” geschrapt
- in paragraaf 2 wordt het tweede lid als volgt vervangen:
- in paragraaf 8 wordt de eerste zin vervangen als volgt: “Een lumbostaat van tijk en metaal (604214-604225, 604236-604240, 604251-604262, 604273-604284 en 604295-604306) mag pas worden vernieuwd na een termijn van: “.

in artikel 29 van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1, A wordt het opschrift Hoofdgroep IV: Lumbosacrale orthese (L.S.O.) vervangen
- in paragraaf 1, A wordt het opschrift Hoofdgroep XI: Toebehoren, herstellen en onderhoud voor de hoofdgroep IX vervangen
- paragraaf 2 wordt vervangen
- in paragraaf 4, A, 1°, d), wordt vervangen wat volgt: “d) vier jaar voor de lumbostaten in tijd en metaal (645352-645363, 645374-645385, 645396-645400, 645411-645422 en 645433-645444) afgeleverd nadat ze éénentwintig jaar zijn geworden.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2023 – Editie 1	13.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek “7° Osteoarticulair systeem” wordt de betreffende waarde “120” van de verstrekking 455711-455722 vervangen door “110”
- in de rubriek “11° *bis* Nucleaire Magnetische Resonantie” wordt de eerste toepassingsregel van de verstrekking 458975-458986 als volgt vervangen: “De verstrekking 458975-458986 is enkel aanrekenbaar bij een onderzoek van het schoudergewricht in geval van een schouderinstabiliteitsyndroom, een preoperatieve stadiëring bij volledige dikte rotator-cuff-scheur of een klinisch vermoeden van partiële rotator-cuff-scheur met normaal RX- en echografie-onderzoek.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.06.2023	13.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, <i>f)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

In artikel 20, § 1, *f)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, wordt de verstrekking 478321 ingevoegd na de verstrekking 477573 en de toepassingsregels die erop volgen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.06.2023	13.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

in artikel 2, B, 2, 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, wordt in de omschrijvingen van de verstrekkingen 102130, 102631, 106293 en 106315 het woord “eventueel” telkens vervangen door het woord “verplicht”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.06.2023 – Editie 1	30.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 12, § 3, en 34, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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 12, § 3, 2°, wordt de bepaling onder c) vervangen
- in artikel 34, § 1, a), worden de verstrekking 590295-590306 en toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 590236-590240 en de toepassingsregel die erop volgt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.06.2023 – Editie 1	30.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 18 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
14.07.2023	30.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 18 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. - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in paragraaf 2, B, van artikel 18 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 bepalingen onder d) quater vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2023 – Editie 1	27.06.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in A. van artikel 30 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:

- in 1., worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in 1^o doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 en 741613 vervangen door “7,00 en hoger”;
 - => in 2^o doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 en 741974 vervangen door “3,75 tot en met 6,75”;
 - => in 3^o doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 742070, 742092, 742114, 742136, 742151, 742173, 742195, 742210, 742232 en 742254 vervangen door “4,25 tot en met 6,75”;
- in 3.1, eerste lid? worden de woorden “-/+ 7,75 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 7,00 dioptrieën”
- in 4.1, eerste lid? worden de woorden “-/+ 7,50 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 6,75 dioptrieën”
- in 4.1, vierde lid? worden de woorden “3,75 tot 7,50” vervangen door de woorden “3,75 à 6,75”
- in 5.1 worden de woorden “-/+ 7,50 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 6,75 dioptrieën”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.07.2023	30.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 5 ^o , 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 in artikel 14, h), § 1, I, 5^o, 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 verstrekking 247015-247026 wordt het coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde “125” aangeeft, vervangen door “300”
- in de verstrekking 247052-247063 wordt het coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde “300” aangeeft, vervangen door “500”

- in de verstrekking 247096-247100 wordt het coëfficiëntgetal dat de betreffende waarde “300” aangeeft, vervangen door “500”
- in de verstrekking 247111-247122 wordt het coëfficiëntgetal dat de betreffende waarde “500” aangeeft, vervangen door “850”
- in de verstrekking 247155-247166 wordt het coëfficiëntgetal dat de betreffende waarde “400” aangeeft, vervangen door “600”
- in de verstrekking 247170-247181 wordt het coëfficiëntgetal dat de betreffende waarde “150” aangeeft, vervangen door “300”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.07.2023	12.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 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

De leeftijdsgrens voor gratis tandzorg wordt opgetrokken van 18 naar 19 jaar. Bovendien wordt de maximumleeftijd voor de terugbetaling van het jaarlijks preventief mondonderzoek afgeschaft. Tot nog toe kwamen 80-plussers niet in aanmerking voor die terugbetaling.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.07.2023	22.06.2023	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht 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:

- => § 10, 12^e lid, § 11, 3^e lid en § 14, 2^o, 21^e lid worden vervangen;
- => § 14, 5^o, A, a) wordt aangevuld;
- => Aan het einde van het artikel wordt een § 22 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.07.2023 – Editie 1	09.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 18, § 2, B., a) en artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 18, § 2, B., 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:

- na de omschrijving van de verstrekking 442212-442223 wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekking 442212-442223 en de verstrekking 545952-545963 mogen niet op dezelfde dag aangerekend worden.”.

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- de rubriek “1/CHEMIE”, onder de hoofding “1/Bloed”, wordt aangevuld met de verstrekking 545952-545963 en de toepassingsregel
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld met de diagnoseregels 170.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.08.2023	12.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 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 en tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, 2 ^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 30 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 wordt aangevuld met de bepalingen onder I.
- in de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en de prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt hoofdstuk III, § 1, punt 4 “Optische hulpmiddelen voor slechtzienden”, opgeheven
- de bepalingen van artikel 30, I., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zijn van toepassing op alle verstrekkingen voorgeschreven na de inwerkingtreding van dit besluit. Voor de verstrekkingen, voorgeschreven voorafgaand aan de inwerkingtreding van dit besluit en die verleend worden uiterlijk 6 maanden na de inwerkingtreding van dit besluit, blijven de bepalingen van hoofdstuk III, § 1, punt 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen van toepassing
- voor de patiënten die reeds een tegemoetkoming genoten hebben op basis van hoofdstuk III, § 1, punt 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt elke nieuw voorschrift opgesteld na de inwerkingtreding van de bepalingen onder I. Low vision hulpmiddelen beschouwd als een hernieuwing.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.04.2023	12.03.2023	Koninklijk besluit 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" in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Wat de dienstjaren 2023 tot en met 2026 betreft, worden in dit koninklijk besluit de modaliteiten bepaald volgens dewelke het extra bedrag van de administratiekosten met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de "Terug Naar Werk-trajecten" in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten wordt verdeeld over de vijf landsbonden.

Elke landsbond bezorgt na afloop van het betrokken dienstjaar aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV een register waarin het aantal tijdens dat dienstjaar tewerkgestelde "Terug Naar Werk-coördinatoren", met inbegrip van de vervangers die in voorkomend geval in dienst worden genomen bij een schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst, worden vermeld, evenals de in functie van de betrokken kalendermaanden uitgedrukte duur en het arbeidsvolume van hun tewerkstelling. Dat register bevat ook voor iedere "Terug Naar Werk-coördinator" de gegevens die nodig zijn om na na te gaan of iemand voldoet aan de voorwaarden om binnen het ziekenfonds te werken als "Terug Naar Werk-coördinator".

Op basis van de ontvangen gegevens berekent de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV voor iedere landsbond het bedrag van de administratiekosten waarop die landsbond daadwerkelijk recht heeft.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.04.2023	12.03.2023	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

Dit koninklijk besluit bepaalt via de invoeging van een nieuw artikel 25/12 in het koninklijk besluit van 20 juli 1971 de nadere modaliteiten van de responsabilisering van de werknemers in het kader van de "Terug Naar Werk-trajecten" en omvat twee luiken:

- afwezigheid van de gerechtigde op het medisch onderzoek voor de inschatting van de restcapaciteiten georganiseerd door de adviserend arts:

Met het oog op het medisch onderzoek dat wordt georganiseerd om de restcapaciteiten van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in te schatten, ontvangt deze gerechtigde een (niet aangetekend verstuurd) uitnodiging waarin vermeld wordt dat bij een afwezigheid op dat medisch onderzoek zonder geldige rechtvaardiging het dagbedrag van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden verminderd.

Als de gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op dit medisch onderzoek, geldt de volgende regeling:

- => eerste afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending die een nieuwe datum voor het medisch onderzoek vaststelt (binnen een termijn van een maand te rekenen vanaf de initieel geplande datum), evenals de verwittiging van de gerechtigde dat een vermindering van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden toegepast bij een nieuwe afwezigheid.

=> tweede afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen wordt verminderd met 2,5 procent. Deze vermindering vindt plaats vanaf de voor dit onderzoek vastgestelde datum tot en met de datum waarop de gerechtigde de adviserend arts contacteert met het oog op het vastleggen van een nieuwe datum voor een medisch onderzoek. Het ziekenfonds dient over het bewijs te beschikken dat de verzekerde goed kennis heeft genomen van deze nieuwe datum;

=> derde afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen opnieuw met 2,5 procent wordt verminderd vanaf dit ingeplande medische onderzoek tot en met de dag voordat het medisch onderzoek daadwerkelijk plaatsvindt. Zodra het dagbedrag van de uitkering niet langer wordt verminderd, informeert het ziekenfonds de gerechtigde.

- afwezigheid van de gerechtigde op het eerste contactmoment georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator”:

Met het oog op het eerste contactmoment dat wordt georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator”, ontvangt de gerechtigde een (niet-aangetekend verstuurd) uitnodiging waarin vermeld wordt dat bij een afwezigheid op dit eerste contactmoment zonder geldige rechtvaardiging het dagbedrag van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden verminderd.

Als de gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op het eerste contactmoment georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator” na een doorverwijzing door de adviserend arts, geldt de volgende regeling:

=> eerste afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending die een nieuwe datum voor het eerste contactmoment vaststelt (binnen een termijn van een maand te rekenen vanaf de initieel geplande datum), evenals de verwittiging van de gerechtigde dat een vermindering van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden toegepast bij een nieuwe afwezigheid.

=> tweede afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen wordt verminderd met 2,5 procent. Deze vermindering vindt plaats vanaf de voor dit contactmoment vastgestelde datum tot en met de datum waarop de gerechtigde de “Terug Naar Werk-coördinator” contacteert met het oog op het vastleggen van een nieuwe datum voor een eerste contactmoment. Zodra het dagbedrag van de uitkering niet langer wordt verminderd, informeert het ziekenfonds de gerechtigde. Het ziekenfonds dient over het bewijs te beschikken dat de verzekerde goed kennis heeft genomen van deze nieuwe datum;

=> derde afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen opnieuw met 2,5 procent wordt verminderd vanaf dit ingeplande eerste contactmoment tot en met de dag voordat het eerste contactmoment daadwerkelijk plaatsvindt. Zodra het dagbedrag van de uitkering niet langer wordt verminderd, informeert het ziekenfonds de gerechtigde.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.04.2023	17.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 9 mei 2008 tot bepaling van de werkingsregels en het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de meeste wijzigingen zijn bedoeld om het gebruik van het elektronisch dossier (art. 146^{ter}), de elektronische diensten (146^{quater}) en de elektronische handtekening (146^{quinquies}) “op te nemen” in het procedurereglement
- nieuwe begripsomschrijvingen van, met name, het begrip “aangetekende zendingen”, “proceduredossier”, “elektronische diensten” en “handtekening” worden ingevoerd
- de vermeldingen met betrekking tot de inhoud van het verzoekschrift worden gewijzigd. In voorkomend geval moet het KBO-nummer worden vermeld. Niet-naleving van het aanduiden van die vermeldingen is niet langer strafbaar “op straffe van niet-ontvankelijkheid” maar “op straffe van nietigheid”
- in uitzonderlijke omstandigheden kan de toegang tot de griffie worden beperkt en uitsluitend na afspraak worden georganiseerd (een kennisgeving wordt gepubliceerd op de internetsite)
- het dossier wordt “ter plaatse” geraadpleegd via een computer die ter beschikking wordt gesteld of “op afstand” via de elektronische diensten. Documenten die op een ander medium zijn opgeslagen (vanwege hun omvang, ouderdom) kunnen alleen bij de griffie worden geraadpleegd
- de dagvaarding van de partijen vermeldt de samenstelling van de Kamer waarin het gerecht zitting zal nemen ter terechtzitting
- de wrakingsprocedure wordt georganiseerd
- in uitzonderlijke omstandigheden en met instemming van de partijen kunnen de Kamers een zaak in beraad nemen zonder voorafgaande terechtzitting
- afwezigheid van een naar behoren gedagvaarde partij staat niet in de weg dat de zaak wordt behandeld en dat het gevelde oordeel tegensprekelijk wordt geacht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.04.2023	07.04.2023	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

Met dit koninklijk besluit wordt voorzien in een verhoging van het bedrag van de volgende prestaties in de regeling voor zelfstandigen:

- de verhoging van de forfaits tijdens de periode van primaire ongeschiktheid en tijdens de periode van invaliditeit (zonder stopzetting van het bedrijf) met 2,5 % voor de gerechtigden met gezinslast en met 2 % voor de alleenstaande en de samenwonende gerechtigden (met ingang van 01.07.2023)

- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 0,5 % (met ingang van 01.07.2023)
- de verhoging van het forfait voor elke week van de moederschapsrust met 1 % (met ingang van 01.07.2023).

De forfaits in invaliditeit (met stopzetting van het bedrijf) werden op 1 juli 2023 geherwaardeerd (+ 2,5 % voor de gerechtigden met gezinslast en + 2 % voor de alleenstaande en de samenwonende gerechtigden) aangezien die bedragen zijn gekoppeld aan het toepasselijke bedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer in het stelsel van de werknemers, dat op diezelfde datum met hetzelfde percentage wordt verhoogd (cf. art. 2 van het K.B. van 12.03.2023 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.04.2023	07.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

Het basisbedrag van de adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen wordt verhoogd met 1 % vanaf 1 juli 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.04.2023	07.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot invoering van de toekenningvoorwaarden van een uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

Het basisbedrag van de uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen wordt verhoogd met 1 % vanaf 1 juli 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2023 – Editie 2	13.05.2023	3 koninklijke besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis

Samenvatting van de wijzigingen

Met de koninklijke besluiten worden sondes toegevoegd aan bijlage 1, deel 1, a), van het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.06.2023	04.05.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 april 2002 tot vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de specifieke kosten van de diensten voor thuisverpleging en van de toekenningsvoorwaarden voor die tegemoetkoming

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht aan het koninklijk besluit van 16 april 2002 tot vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de specifieke kosten van de diensten voor thuisverpleging en van de toekenningsvoorwaarden voor die tegemoetkoming:

- in artikel 2, § 1, wordt het bedrag “11.151 EUR” vervangen door “18.601 EUR”
- de tweede paragraaf van artikel 2 wordt als volgt vervangen: “§ 2. Het in § 1 vermeld bedrag van de driemaandelijkse forfaitaire vergoeding is gekoppeld aan de loonschalen van het paritair Comité voor de gezondheidsinrichtingen en -diensten 330.01.30.
Het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming overeenkomend het vierde trimester wordt op 1 oktober van elk jaar geïndexeerd volgens de evolutie van de volgende variabele : een derde van de loonschaal PC 330.01.30, categorie 17, voor 13 jaar anciënniteit, plus twee derde van de loonschaal 330.01.30, categorie 14, voor 13 jaar anciënniteit. Deze variabele wordt berekend op basis van de loonschalen die van toepassing zijn op 1 oktober van het betreffende jaar en die op dezelfde datum gekend zijn. Er wordt geen rekening gehouden met eventuele latere aanpassingen met terugwerkende kracht.”
- artikel 5 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2023 – Editie 2	04.06.2023	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 42, eerste lid en 3, 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

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

In het koninklijk besluit nr. 20 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt titel 6, dat artikelen 65 tot 70 bevat, gewijzigd door het koninklijk besluit nr. 28 van 3 juni 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, opgeheven.

Het koninklijk besluit van 29 mei 2020 tot uitvoering van artikel 70, derde lid, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.07.2023 – Editie 1	04.07.2023	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 42, 1 ^e en 3 ^e 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 worden de voorwaarden vastgelegd voor de aanrekening van de uitgevoerde serologische testen voor de opsporing van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus (IgM, IgG of IgA) aan de ziekteverzekering:

- de serologische test wordt gefactureerd via de code 554971-554982
- de vergoedingsbasis voor de verstrekking 554971-554982 bedraagt 9,60 EUR. Er is geen persoonlijk aandeel voor de patiënt
- indien er buiten de doelgroepen en vergoedingsvoorwaarden vermeld in de artikelen 3 en 4 wordt getest, kan de verstrekking 554971-554982 niet aangerekend worden aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
- de verstrekking 554971-554982 behoort niet tot de artikelen 3, § 1, A, II, B en C, I, 18, § 2, B, e), of 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en wordt aan 100% aangerekend
- de verstrekking 554971-554982 is enkel aanrekenbaar in het kader van de COVID-19-pandemie, voor de volgende indicaties:
 - => als onderdeel van een differentiële diagnose in uitzonderlijke situaties op ziekenhuisniveau, zoals bij immuungecompromitteerde personen of vermoeden van MIS-C, met een negatieve PCR;
 - => vóór toediening van profylactische behandeling bij immuungecompromitteerde patiënten.
- de verstrekking 554971-554982 kan enkel worden aangerekend indien wordt voldaan aan de volgende voorwaarden:
 - => de test wordt voorgeschreven door een arts-specialist;
 - => het laboratorium wordt erkend door de minister die bevoegd is inzake volksgezondheid, overeenkomstig het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;
 - => de verstrekking wordt aangerekend door een specialist in de klinische biologie, zoals bepaald in artikel 1, 5°, van het koninklijk besluit van 3 december 1999 betreffende de erkenning van de laboratoria voor klinische biologie door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort;
 - => de verstrekking kan maximaal twee keer per periode van zes maanden worden aangerekend.
- immunochromatografische tests komen niet in aanmerking voor terugbetaling
- de diagnostische bepaling van antilichamen tegen het SARS-CoV-2-virus kan niet aangerekend worden via de verstrekkingen 552016-552020 of 551655-551666 uit artikel 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
- bij onderaanneming factureert en rapporteert het laboratorium dat als eerste de stalen ontvangt, dat ook instaat voor het bewaren van de voorschriften.

Met het koninklijk besluit wordt opgeheven:

- titel 6, met de artikelen 65 tot 70 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- het koninklijk besluit van 29 mei 2020 tot uitvoering van het artikel 70, 3^e lid, van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.07.2023 – Editie 2	12.07.2023	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 het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen:

- in artikel 3, in het 2^e lid, worden de bepalingen onder 10^o geschrapt
- in artikel 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid wordt de verstrekking “371593-371604” ingevoegd tussen de verstrekkingen “371571-371582” en “371696-371700”;
 - => in het eerste lid worden de woorden “en 309492-309503” vervangen door “309492-309503, 372153-372164, 372175-372186, 372190-372201, 372212-372223, 372234-372245, 372551-372562, 372573-372584, 372595-372606, 372610-372621 en 372632-372643”;
 - => in het eerste lid worden de verstrekkingen “371372-371383, 371276-371280, 371291-371302, 371313-371324, 371335-371346, 371350-371361” ingevoegd tussen de verstrekkingen “371254-371265” en “371615-371626”;
 - => in het tweede lid worden de woorden “18 jaar” vervangen door de woorden “19 jaar”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.07.2023 – Editie 1	17.07.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling van de toekenningsvoorwaarden van de werkhervattingspremie ten laste van de uitkeringsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

De werkgever heeft onder bepaalde voorwaarden recht op een werkhervattingspremie van 1.000 EUR als de gerechtigde die minstens één jaar arbeidsongeschikt is, tijdens de periode vanaf 1 april 2023 tot en met 31 maart 2025 een aan zijn gezondheidstoestand aangepast werk tijdens zijn arbeidsongeschiktheid hervat met de toestemming van de adviserend arts van zijn ziekenfonds.

De gerechtigde verricht de toegestane arbeid gedurende ten minste drie maanden (vóór 01.10.2025) op basis van:

- => een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde duur;
- => een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur die bij de aanvang van de toegestane arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum;
- => een overeenkomst in het kader van een alternerende opleiding die bij de aanvang van de toegelaten arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum;

- => een tijdelijke aanstelling voor bepaalde duur in een onderwijsinstelling van de Gemeenschappen, provincies, instellingen ondergeschikt aan de provincies, gemeenten, samenwerkingsverbanden van gemeenten en instellingen van openbaar nut die bij aanvang van de toegelaten arbeid een verwachte duur heeft van ten minste drie maanden, berekend van datum tot datum;
- => een tijdelijke aanstelling voor onbepaalde duur in een onderwijsinstelling van de Gemeenschappen, provincies, instellingen ondergeschikt aan de provincies, gemeenten, samenwerkingsverbanden van gemeenten en instellingen van openbaar nut;
- => een statutaire benoeming;
- => een stage met het oog op een statutaire benoeming in de openbare sector.

Beoogde arbeid:

- => een bezoldigde arbeid die valt onder de Belgische sociale zekerheid voor werknemers (RSZ-wet van 27 juni 1969 - onderwerping aan minstens één sector (dus ook een statutaire tewerkstelling));
- => een gelijkaardige activiteit die onderworpen is aan de socialezekerheidswetgeving van een vreemd land waarmee België verbonden is door een internationaal of supranationaal instrument inzake coördinatie van sociale zekerheid;
- => een gelijkaardige activiteit in dienst van een internationale of supranationale organisatie.

Uitgesloten arbeid:

- => een tewerkstelling verricht buiten het normale arbeidscircuit in een onderneming die valt onder paritair comité 327 voor beschutte werkplaatsen, sociale werkplaatsen en maatwerkbedrijven;
- => een flexi-job;
- => gelegenheidswerk;
- => een tewerkstelling die al lopende is bij het begin van de periode van arbeidsongeschiktheid en waarvoor de toepassing van de RSZ-wet van 27 juni 1969 beperkt is tot de sector van de geneeskundige verzorging voor wat betreft de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- => een tewerkstelling als vrijwillig brandweerman, vrijwillig ambulancier of vrijwilliger van de civiele bescherming.

De werkgever kan slechts één werkhervattingspremie krijgen voor dezelfde werknemer.

Om de werkhervattingspremie te kunnen ontvangen, stuurt de werkgever een aanvraag naar het ziekenfonds waarbij de werknemer aangesloten of ingeschreven is (ten vroegste na het einde van de (eerste) drie maanden van aangepast werk):

- => onlineaanvraag; de werkgever logt in op de website van het Nationaal Intermutualistisch College;
- => papieren aanvraag indien het gebruik van het elektronische formulier niet mogelijk is.

Dit ziekenfonds betaalt de werkhervattingspremie als alle voorwaarden zijn vervuld. Deze betaling gebeurt ten laatste op het einde van de tweede kalendermaand na de kalendermaand waarin de werkgever de aanvraag heeft ingediend.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.07.2023 – Editie 1	20.07.2023	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 de toekenning van de werkhervattingspremie door het stelsel van de zelfstandigen bepaalt dit koninklijk besluit dat de voorwaarden van toepassing op de toekenning van de werkhervattingspremie door het stelsel van de werknemers ook van toepassing zijn in het kader van de toekenning van deze premie aan de werkgever waarbij een gerechtigde die zich in het tijdvak van invaliditeit bevindt, een activiteit met de toelating van de adviserend arts overeenkomstig artikel 23 of artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 hervat.

Er wordt echter ook bepaald dat als de werkgever voor eenzelfde gerechtigde ook een recht op een werkhervattingspremie opent wegens eenzelfde toegelaten arbeid verricht overeenkomstig de bepalingen van artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (gerechtigde met een dubbele hoedanigheid), de toekenning van de werkhervattingspremie door het stelsel van de zelfstandigen wordt geweigerd. In deze situatie van dubbele hoedanigheid kan de werkgever dus aanspraak maken op een werkhervattingspremie die wordt toegekend door het stelsel van de werknemers.

Voorts wordt in dit koninklijk besluit ook voorzien in:

- enkele financiële bepalingen over de betaling van deze werkhervattingspremie door het ziekenfonds waarbij deze zelfstandige is aangesloten of ingeschreven
- een evaluatie van de maatregel door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen vóór 1 april 2025. Deze evaluatie zal minstens de volgende aspecten tot voorwerp hebben:
 - => de impact op het aantal verrichte toegelaten tewerkstellingen door de invalide gerechtigden;
 - => de duurtijd van deze toegelaten tewerkstellingen;
 - => de verhouding tussen de kostprijs van de toekenning van deze werkhervattingspremie en de budgettaire opbrengst van deze toegelaten tewerkstellingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2023	11.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3 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 wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 3 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:

- het 2^e lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Het tot 31 december 2022 verlengde recht wordt verder verlengd tot 31 december 2024 op voorwaarde dat in het jaar 2021 of 2022 ten minste één raadpleging (101032, 101076) of één bezoek (103132, 103412, 103434) aangerekend werd door de arts die voorheen GMD-houder was.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.08.2023	25.06.2023	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

Het koninklijk besluit voorziet in twee nieuwe verstrekkingen inzake algemene geneeskunde en meer bepaald de uitsplitsing van de raadpleging (verstrekkingnummer 103014) van een arts-specialist via een huisarts in drie verstrekkingen:

- de raadpleging van een arts-specialist via een huisarts bij de patiënt thuis
- de raadpleging van een arts-specialist via een huisarts in een rustoord voor bejaarden of in een rust- en verzorgingstehuis
- de raadpleging van een arts-specialist via een huisarts in een instelling voor personen met een handicap.

Met het koninklijk besluit wordt dus artikel 7^{quinqies} vervangen, wordt een artikel 7^{duodecies} ingevoegd en wordt een technische aanpassing aangebracht in artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.08.2023	23.04.2023	Koninklijk besluit tot wijziging 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1:
 - => wordt een bepaling onder 6° /1, 22° /1 en 22° /2 ingevoegd;
 - => wordt de bepaling onder 20° vervangen;
 - => wordt het artikel aangevuld met een bepaling onder 30°;
- in artikel 2:
 - => wordt paragraaf 1 vervangen;
 - => In paragraaf 2 wordt de bepaling onder 1° opgeheven;
- artikel 4 wordt vervangen
- in artikel 6:
 - => wordt in het 2e lid de zin “De vergoedingsmodaliteiten omvatten de vergoedingsvoorwaarden en de vergoedingscategorie met de daarmee overeenstemmende vergoedingsbasis.” opgeheven;
 - => het artikel wordt aangevuld met drie leden;
- in artikel 7 worden de woorden “vergoedingsvoorwaarden en de vergoedingscategorie met de daarmee overeenstemmende vergoedingsbasis genomen” vervangen door het woord “vergoedingsmodaliteiten”
- in artikel 8 wordt het woord “patiënt” vervangen door het woord “rechthebbende”
- in artikel 10, 1e lid, a), worden in de Nederlandse tekst de woorden “binnen de radiofarmaceutisch producten” vervangen door de woorden “binnen de radiofarmaceutische producten”

- in artikel 12:

=> wordt het 1^e lid aangevuld;

=> wordt in het 2^e lid de zin "Daartoe stuurt het secretariaat jaarlijks vóór 1 december een lijst op naar alle aanvragers met alle vergoedbare radiofarmaceutische producten waarvoor ze verantwoordelijk zijn." vervangen door de zin "Daartoe stelt het secretariaat jaarlijks vóór 1 december een lijst met alle vergoedbare radiofarmaceutische producten waarvoor ze verantwoordelijk zijn ter beschikking van alle aanvragers, en dit volgens de procedure die bekendgemaakt wordt door het RIZIV op het Internetadres

@ <http://www.riziv.fgov.be.> ;

- in artikel 14:

=> wordt de bepaling onder 2°, tweede streepje, aangevuld met de woorden "of voor het ter beschikking stellen van radioactieve producten voor *in vivo* gebruik in de geneeskunde of de diergeneeskunde";

=> wordt de bepaling onder 2° aangevuld met de bepaling onder het vierde streepje, luidende: " - de bereidingsvergunning als bedoeld in artikel 12bis, § 1/1, 2° lid, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen afgeleverd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten.";

=> wordt de bepaling onder 7° aangevuld met de woorden " , evenals de budgettaire weerslag";

- in artikel 17:

=> worden in het 1^e lid de woorden " het verstrijken van deze termijn van 10 dagen tot de ontvangst van de opmerkingen van de aanvrager, met dien verstande dat de periode van schorsing niet meer dan 90 dagen mag bedragen. " vervangen door de woorden "de datum van de ontvangst van de schorsingsaanvraag tot de dag van de plenaire zitting van de Raad in dewelke dit dossier zal worden besproken, met dien verstande dat het dossier dient te worden besproken in een plenaire zitting van de Raad binnen een termijn van 25 dagen na de ontvangst van de opmerkingen of bezwaren en met dien verstande dat de reactie van de aanvrager binnen een termijn van 90 dagen na ontvangst van de schorsingsaanvraag door het secretariaat ontvangen moet worden.";

=> worden in het 2^e lid de woorden "het verstrijken van deze termijn van 10 dagen" vervangen door de woorden "de datum van de ontvangst van de aanvraag om gehoord te worden";

=> het artikel wordt aangevuld met een lid;

- in artikel 18, 2^e lid, van hetzelfde besluit wordt het woord "het" ingevoegd tussen de woorden "De Minister neemt na kennisname van" en de woorden "voorstel van de Raad" en de woorden "de vergoedingsvoorwaarden en de vergoedingscategorie met overeenstemmende vergoedingsbasis" vervangen door de woorden "de vergoedingsmodaliteiten"

- in artikel 19:

=> worden in het 1^e lid de woorden "met een ter post aangetekende zending met bericht van ontvangst" vervangen door de woorden "volgens de procedure die bekend-gemaakt wordt door het RIZIV op het Internetadres

@ <http://www.riziv.fgov.be.> ;

=> worden in het 2^e lid de woorden " , het pseudonomenclatuurnummer" ingevoegd tussen de woorden "De notificatie bevat de beslissing omtrent de vergoedingsvoorwaarden" en de woorden "en de vergoedingscategorie met de overeenstemmende vergoedingsbasis";

- in artikel 20 worden de woorden " , het pseudonomenclatuurnummer" ingevoegd tussen de woorden "De Minister neemt en notificeert een gemotiveerde beslissing omtrent de vergoedingsvoorwaarden" en de woorden "en vergoedingscategorie met overeenstemmende vergoedingsbasis";

- in artikel 21, 2^e lid, van hetzelfde besluit, wordt in de Nederlandse tekst het woord “terugbetaling” telkens vervangen door het woord “vergoeding”
- in artikel 22, 1^e lid, worden de woorden “het pseudonomenclatuurnummer en/of” ingevoegd tussen de woorden “het wijzigen van de vergoedingsvoorwaarden en/of” en de woorden “de vergoedingscategorie met de overeenstemmende vergoedingsbasis.”
- in artikel 23:
 - => wordt de bepaling onder 2^o, tweede streepje, aangevuld met de woorden “of voor het ter beschikking stellen van radioactieve producten voor in vivo gebruik in de geneeskunde of de diergeneeskunde;”
 - => wordt de bepaling onder 2^o aangevuld met de bepaling onder het vierde streepje;
 - => wordt de bepaling onder 6^o vervangen;
- er wordt een artikel 26/1 ingevoegd
- artikel 27 wordt vervangen
- er wordt een artikel 27/2 ingevoegd
- in artikel 28 worden de woorden “via het netwerk INTERNET door het RIZIV bekendgemaakt op het adres <http://www.riziv.fgov.be>. “ vervangen door de woorden “door het RIZIV bekendgemaakt op het Internetadres  [http://www.riziv.fgov.be](mailto:info@riziv.fgov.be).”
- artikel 30 wordt opgeheven
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in bijlage II worden de woorden “isotopen onder de vorm van ingekapselde bronnen en waarvan de halveringstijd vier maanden overtreft en voor zover het niet gaat om” opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.09.2023	09.07.2023	Koninklijk besluit tot beëindiging van verschillende bepalingen uit het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- Opheffing van de volgende artikelen die betrekking hebben op het einde van de beoogde maatregelen:
 - => artikel 8 en zijn bijlage 5 (RID-code van het elektronisch voorschrift);
 - => artikel 11 en zijn bijlage 8 (versoepling van de voorwaarden betreffende de verlenging van de zorgtrajecten);
 - => artikel 14 en zijn bijlage 11 (bandagisten);
 - => artikel 16 en zijn bijlage 13 (logopedisten);
 - => artikel 17 en zijn bijlage 14 (kinesitherapeuten);
 - => artikel 18 en zijn bijlage 15 (opticiens);
 - => artikel 19 en zijn bijlage 16 (orthopedisten);
 - => artikel 20 en zijn bijlage 17 (tandartsen);
 - => artikel 21 en zijn bijlage 18 (verpleegkundigen);
 - => artikel 23 en zijn bijlage 20 (vroedvrouwen);
 - => artikel 30 en zijn bijlage 23 (audiciens).

Dat betekent tevens dat de gewone voorwaarden betreffende de tegemoetkoming van de verplichte verzekering opnieuw van toepassing zijn. Er zijn overgangsbepalingen ingevoerd, zodat sommige van de geplande maatregelen, indien nodig, na de datum van inwerkingtreding van het huidige besluit van kracht zijn.

Sommige artikelen van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 blijven behouden. Bijgevolg zullen de maatregelen die bij de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit niet worden opgeheven, lopen tot de bij koninklijk besluit nr. 21 vastgestelde uiterste datum van 31 december 2025, tenzij zij vóór die datum door de Koning worden opgeheven.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.04.2023	27.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en 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 ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" 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:

- in punt "F.1.6.1.5 Percutane implanteerbare klepstent" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekking 172734-172745 worden vervangen;
 - => de omschrijving van de verstrekking 172756-172760 wordt vervangen;
 - => de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekking 172771-172782 worden vervangen;
- de verstrekking 181952-181963 en haar vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 wordt vervangen.

Met het ministerieel besluit wordt een nieuwe nominatieve lijst 38603 behorende bij de verstrekking 181952-181963 toegevoegd aan de nominatieve lijst "Percutaan implanteerbare klepstent in aortapositie (TAVI)", 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2023 – Editie 1	21.04.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en 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
16.11.2023	21.04.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” 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. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” 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:

- aan punt “F.1.6.3 Endovasculaire behandeling van een klep”, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekking 172491-172502 worden vervangen door “15.000,00 EUR”;
 - => de omschrijving en de terugbetalingsmodaliteiten van de verstrekking 172513-172524 worden vervangen.
- de vergoedingsvoorwaarde F- §19 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, in eerste instantie gewijzigd door het ministerieel besluit van 27 maart 2023, worden de volgende wijzigingen in de Nominatieve lijst “Implantaten voor de percutane herstelling van mitralisklepbladen” aangebracht:

- de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekking 172491-172502 worden vervangen als volgt: “15.000,00 EUR”
- de volgende wijzigingen worden aangebracht in de verstrekking 172513-172524:
 - => de omschrijving wordt vervangen;
 - => de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag worden vervangen door “1.091,44 EUR”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.06.2023	11.05.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en 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

De volgende wijzigingen worden aangebracht in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- het opschrift "F.1.6.1.2 Biologische klep" wordt aangevuld met de verstrekking 184214-184225 en de vergoedingsmodaliteiten ervan
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 aangebracht:
 - => in punt "3.1. Definitie" wordt de volgende zin toegevoegd: "In het kader van verstrekking 184214-184225, aangetoonde verminderde klepbladverkalking wordt gedefinieerd als een statistisch significant lagere calciumconcentratie spectrofotometrisch gekwantificeerd in kleppen geïmplantatoerd in een juveniel schapenmodel (dat wil zeggen tussen 3 en 5 maanden oud) ten opzichte van een andere klep die reeds opgenomen is op de nominatieve lijst van de verstrekking 159191-159202.";
 - => in punt "3.2. Criteria" wordt het punt 3.2.2 toegevoegd:
 - => in punt "4.1.1. worden de woorden "en 181856-181860" vervangen door de woorden "181856-181860 en 184214-184225".

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt een nieuwe nominatieve lijst 38901, behorende bij de verstrekking 184214-184225 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.06.2023	10.05.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en 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

De volgende wijzigingen worden aangebracht in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- het punt "F.1.1 Hartstimulatie" wordt met het punt "F.1.1.3 Toebehoren" en met de verstrekking 184015-184026 Resorbeerbare antibacteriële envelop en zijn vergoedingsmodaliteiten aangevuld
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 28 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt een nieuwe nominatieve lijst 387, behorende bij de verstrekking 184015-184026 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2023	13.04.2023	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
17.05.2023	12.05.2023	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 II 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:

- de §§ 20014 en 20015 worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.06.2023 – Editie 1	14.06.2023	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
30.06.2023 – Editie 1	14.06.2023	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 - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2023	13.04.2023	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.04.2023 – Editie 2	19.04.2023	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2023	12.05.2023	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
02.06.2023 – Editie 1	12.05.2023	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 VIII.1.34 ingevoegd, luidende: “Bi-Specific T-cel Engager (BiTE): Fa-20”
- in bijlage IV worden de ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2023	25.05.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.06.2023 – Editie 2	14.06.2023	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
30.06.2023 – Editie 1	14.06.2023	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 aan:

- bijlage I
- bijlage II:
 - => het punt XXIII.25 wordt toegevoegd, luidende: “Geneesmiddelen bestemd voor de behandeling van primaire hyperoxalurie: A-153”.
 - => het punt XXIII.26 wordt toegevoegd, luidende: “Specifiek IgG-degradatie enzyme voor de desensibilisatiebehandeling van sterk gesensibiliseerde volwassen niertransplantatiepatiënten: A-154”.
- In bijlage IV worden de ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2023 – Editie 1	22.06.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2023 – Editie 2	17.07.2023	5 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 aan:

- bijlage I
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd
- in bijlage IV van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten wordt een specialiteit toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2023	17.08.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.08.2023	17.08.2023	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
11.09.2023 – Editie 1	17.08.2023	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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.09.2023 – Editie 2	18.08.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt een specialiteit toegevoegd in hoofdstuk IV van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.09.2023	05.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> het punt VI.10 wordt toegevoegd, luidende: “Behandeling van de respiratoire benauwdheid in neonatologie: Fb-14”;

=> het punt IX.10 wordt toegevoegd, luidende: “C5 immunosuppressiva met langdurige werking, gebruikt in de behandeling van paroxismale nachtelijke hemoglobinurie: Fa-21”

- In bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2023	13.09.2023	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.09.2023	13.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.05.2023 – Editie 1	24.04.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 28 februari 2018 tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in artikel 11, § 2, van het ministerieel besluit van 28 februari 2018 tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de woorden “13 juni 2018” vervangen door de woorden “de datum van de brief van het RIZIV bedoeld in paragraaf 1”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.05.2023	24.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "K. Heelkunde in het algemeen" 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 in het hoofdstuk "K. Heelkunde in het algemeen" 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 volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde K- § 01:

- Het punt e) van punt "5.2 Andere regels" wordt vervangen als volgt:

"e) De verstrekkingen 162875-162886 en 162890-162901 kunnen enkel worden geattesteerd wanneer het anti-adhesief gebruikt werd tijdens één van de volgende verstrekkingen van de nomenclatuur:

224070-224081, 224092-224103, 224114-224125, 224733-224744, 224755-224766, 224770-224781, 224851-224862, 224895-224906, 224976-224980, 224991-225002, 225072-225083, 225094-225105, 225116-225120, 225131-225142, 225153-225164, 225175-225186, 225190-225201, 225212-225223, 225234-225245, 225374-225385, 225396-225400, 225411-225422, 225654-225665, 225676-225680."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.05.2023	24.03.2023	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 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:

- aan punt "L.2.4. Gewrichtsprothesen op maat" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
=> de omschrijving van de verstrekking 167716-167720 wordt vervangen;
=> de verstrekkingen 184170-184181 en 184192-184203 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- de vergoedingsvoorwaarde L - § 36 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.09.2023	17.08.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het 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:
=> het punt "L.1.2. Tussengewervelschijf" wordt aangevuld met de verstrekkingen 184236-184240 en 184251-184262 en hun vergoedingsmodaliteiten:
=> de vergoedingsvoorwaarde L - § 37 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.
- in de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt een nieuwe nominatieve lijst 390, behorende bij de verstrekkingen 184236-184240 en 184251-184262 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.09.2023	17.08.2023	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 vergoedingsvoorwaarde B- § 29 in het 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:

- het laatste lid van punt "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting" wordt vervangen
- punt "4.1. Eerste implantatie/Eerste gebruik" wordt vervangen
- in punt "4.2. Vervanging" worden de leden 2, 3 en 4 opgeheven
- in punt "4.3. Voortijdige vervanging" worden de leden 2, 3 en 4 opgeheven
- het laatste lid van punt "5.2. Andere regels" wordt opgeheven
- punt "6. Resultaten en statistieken" wordt vervangen
- punt "7. Allerlei", dat punt 8 wordt, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2023	13.07.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" 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 wordt de volgende wijziging aangebracht in hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" 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:

- in punt 1.2. van de vergoedingsvoorwaarde E- § 04 worden de woorden " , die deel moeten uitmaken van het multidisciplinair team beschreven in punt 1.1., " ingevoegd tussen de woorden "De implanterende arts-specialist" en de woorden "heeft een expertise op het gebied van de chirurgische behandeling van fecale incontinentie".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2023 – Editie 1	06.06.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- in §§ 10000, 110000, 120000 en 140000 wordt de benaming van bepaalde voedingen voor medisch gebruik vervangen
- in § 10000 worden bepaalde verpakkingen van de producten vervangen
- in § 160100 en § 160200 worden bepalingen ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2023	20.06.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in de lijst, DEEL II, TITEL 2, in Hoofdstuk IV: Tussenkost voor moedermelk van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden a) en b) geschrapt en vervangen als volgt “0,60 EUR/10ml, de basisprijs voor moedermelk. Aan de rechthebbende mag er geen bedrag worden aangerekend.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.08.2023	13.07.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
30.08.2023	13.07.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 2 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een middel ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.08.2023	13.07.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 2 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een middel ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.08.2023	10.05.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst en de nominatieve lijsten die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- het hoofdstuk "C. Oto-<rhino>-laryngologie" wordt aangevuld met het opschrift "C.7. Hypoglossale zenuwstimulatie" en met de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten:
 - => "184030-184041 Eerste niet-heroplaadbare hypoglossale neurostimulator bij obstructief slaapapneu, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), inclusief patiëntenprogrammeerapparaat";
 - => "184052-184063 Niet-heroplaadbare hypoglossale vervangingsneurostimulator bij obstructief slaapapneu, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), inclusief patiëntenprogrammeerapparaat";
 - => "184074-184085 Niet-heroplaadbare hypoglossale vervangingsneurostimulator bij obstructief slaapapneu, voor unilaterale stimulatie (één kanaal), inclusief patiëntenprogrammeerapparaat, in geval van voortijdige vervanging";
 - => "184096-184100 Elektrode voor de stimulatie van de hypoglossus zenuw bij obstructief slaapapneu";
 - => "184111-184122 Vervangingselektrode voor de stimulatie van de hypoglossus zenuw bij obstructief slaapapneu;"

=> “184133-184144 Elektrode ter detectie van de ademhalingscyclus voor de stimulatie van de hypoglossus zenuw bij obstructief slaapapneu”;

=> “184155-184166 Vervangingselektrode ter detectie van de ademhalingscyclus voor de stimulatie van de hypoglossus zenuw bij obstructief slaapapneu”.

- de vergoedingsvoorwaarde C- § 11 die gaat bij de voornoemde verstrekking wordt ingevoegd.

Met het ministerieel besluit wordt 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, een nieuwe nominatieve lijst 388, behorende bij de verstrekking 184030-184041, 184052-184063, 184074-184085, 184096-184100, 184111-184122, 184133-184144 en 184155-184166 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.09.2023	25.08.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de lijst en de nominatieve lijsten die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie”, C.1. Ingrep op het oor, C.1.1. Cochleair implantaat 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:

- in punt C.1.1.1. Cochleair implantaat bij bilateraal gehoorverlies worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de verstrekkingen 152935-152946, 152950-152961, 152972-152983, 152994-153005, 170811-170822 en 170833-170844 en hun vergoedingsmodaliteiten worden opgeheven;
 - => de verstrekkingen 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184376-184380 en 184391-184402 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- in punt C.1.1.2 Cochleair implantaat bij ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende bilaterale ossificatie worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de verstrekkingen 180574-180585, 180596-180600, 180611-180622 en 180633-180644 en hun vergoedingsmodaliteiten worden opgeheven;
 - => de verstrekkingen 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461 en 184472-184483 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- in punt C.1.1.3. Cochleair implantaat bij auditieve neuropathie worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de verstrekkingen 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 en 180714-180725 en hun vergoedingsmodaliteiten worden opgeheven;
 - => de verstrekkingen 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542 en 184553-184564 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.

- in punt C.1.1.4 Vervangingen wordende volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de omschrijving van de verstrekkingen 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101 en 153112-153123 en hun vergoedingsmodaliteiten worden vervangen;
 - => de verstrekkingen 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 en 184671-184682 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- punt C.1.1.5 Geluidsprocessor van een cochleair implantaat wordt toegevoegd aan punt C.1.1 Cochleair implantaat
- in het nieuw toegevoegde punt C.1.1.5 Geluidsprocessor van een cochleair implantaat worden de vertrekking 184354-184365 en zijn vergoedingsmodaliteiten toegevoegd
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 aangebracht:
 - => in het opschrift "Gelinkte prestaties:" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - 1) de volgende verstrekkingen worden opgeheven: 152935-152946; 152950-152961; 152972-152983; 152994-153005; 170811-170822; 170833-170844; 180574-180585; 180596-180600; 180611-180622; 180633-180644; 180655-180666; 180670-180681; 180692-180703; 180714-180725;
 - 2) de volgende verstrekkingen worden toegevoegd: 184273-184284; 184295-184306; 184310-184321; 184332-184343; 184354-184365; 184376-184380; 184391-184402; 184413-184424; 184435-184446; 184450-184461; 184472-184483; 184494-184505; 184516-184520; 184531-184542; 184553-184564; 184575-184586; 184590-184601; 184612-184623; 184634-184645; 184656-184660; 184671-184682;
 - => het opschrift "1. Criteria betreffende de inrichting" wordt vervangen door "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting"
 - => in punt "1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting" wordt het eerste lid vervangen als volgt: De verstrekkingen 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 en 184671-184682 kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien ze zijn uitgevoerd in een verplegingsinrichting die aan de volgende criteria voldoet:"
 - => in de Nederlandse tekst worden in punt "1.1. Indicatiestelling" de woorden "de implanterend arts-specialist voor otorinolaryngologie" en "NKO arts" vervangen door de woorden "de implanterend arts-specialist in de otorinolaryngologie" en "NKO-arts";
 - => in punt "2. Criteria betreffende de rechthebbende" wordt het eerste lid vervangen als volgt: "De verstrekkingen 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184354-184365, 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 153090-153101, 153112-153123, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623, 184634-184645, 184656-184660 en 184671-184682 kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering indien de rechthebbende aan de volgende criteria voldoet:"
 - => het eerste lid van punt "2.2.1. " wordt vervangen als volgt: "Voor rechthebbenden met een ernstig bilateraal gehoorverlies; voor het eerste oor (verstrekkingen 184273-184284+184354-184365 en 184295-184306+184354-184365);"

=> aan punt “2.2.2. “ worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- 1) het eerste lid wordt vervangen als volgt: “Voor rechthebbenden met een asymmetrisch bilateraal gehoorverlies (verstrekkingen 184376-184380+184354-184365 en 184391-184402+184354-184365);”;
 - 2) het laatste lid wordt vervangen als volgt: “De verstrekkingen 184376-184380+184354-184365 en 184391-184402+184354-184365 zijn enkel van toepassing voor het slechtste oor.”;
- het eerste lid van punt “2.2.3. “ wordt vervangen als volgt: “Voor rechthebbenden met een ernstig bilateraal gehoorverlies en dreigende bilaterale ossificatie; voor het eerste oor (verstrekkingen 184413-184424+184354-184365 en 184435-184446+184354-184365);”
 - het eerste lid van punt “2.2.4. “ wordt vervangen als volgt: “Voor rechthebbenden met een auditieve neuropathie; voor het eerste oor (verstrekkingen 184494-184505+184354-184365 en 184516-184520+184354-184365);”
 - punt “2.2.5. “ wordt vervangen als volgt: “2.2.5.: Voor rechthebbenden met een ernstig bilateraal gehoorverlies, met een ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende bilaterale ossificatie of met auditieve neuropathie; voor het contralaterale oor (verstrekkingen 184310-184321+184354-184365, 184332-184343+184354-184365, 184450-184461+184354-184365, 184472-184483+184354-184365, 184531-184542+184354-184365 en 184553-184564+184354-184365);

De rechthebbende heeft een tegemoetkoming bekomen voor een eerste cochleair implantaat en geluidsprocessor en zijn toebehoren onder de verstrekking 683690-683701, 184273-184284+184354-184365, 184295-184306+184354-184365, 184376-184380+184354-184365, 184391-184402+184354-184365, 184413-184424+184354-184365, 184435-184446+184354-184365, 184494-184505+184354-184365 of 184516-184520+184354-184365.

Indien de rechthebbende een gunstig advies heeft gekregen voor een eerste cochleair implantaat en geluidsprocessor en zijn toebehoren voor asymmetrisch bilateraal gehoorverlies onder de verstrekking 184376-184380+184354-184365 of 184391-184402+184354-184365, dient te worden aangetoond dat het contralaterale oor verder is geëvolueerd naar een ernstig bilateraal gehoorverlies, zoals bepaald onder 2.2.1.”;

- punt “3. Criteria betreffende het hulpmiddel” wordt vervangen.

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht 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:

- de nominatieve lijst 31101 behorende bij de verstrekkingen 152935-152946, 180574-180585 en 180655-180666 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31102 behorende bij de verstrekkingen 152950-152961, 180596-180600 en 180670-180681 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31103 behorende bij de verstrekking 153016-153020 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31104 behorende bij de verstrekking 153031-153042 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31105 behorende bij de verstrekking 153090-153101 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31106 behorende bij de verstrekking 170811-170822 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31107 behorende bij de verstrekking 170833-170844 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31201 behorende bij de verstrekkingen 152972-152983, 180611-180622 en 180692-180703 wordt opgeheven

- de nominatieve lijst 31202 behorende bij de verstrekking 152994-153005, 180633-180644 en 180714-180725 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31203 behorende bij de verstrekking 153053-153064 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31204 behorende bij de verstrekking 153075-153086 wordt opgeheven
- de nominatieve lijst 31205 behorende bij de verstrekking 153112-153123 wordt opgeheven
- een nieuwe nominatieve lijst 39101 behorende bij de verstrekkingen 153090-153101, 153112-153123, 184273-184284, 184295-184306, 184310-184321, 184332-184343, 184376-184380, 184391-184402, 184413-184424, 184435-184446, 184450-184461, 184472-184483, 184494-184505, 184516-184520, 184531-184542, 184553-184564, 184656-184660 en 184671-184682 wordt toegevoegd
- een nieuwe nominatieve lijst 39102, behorende bij de verstrekkingen 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064, 153075-153086, 184354-184365, 184575-184586, 184590-184601, 184612-184623 en 184634-184645 wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.09.2023	17.08.2023	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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het hoofdstuk “B. Neurologie” 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:

- in de vergoedingsvoorwaarde B- § 02, worden in het eerste lid, in punt “4.2 Vervanging”, de woorden “151211-151222 of 151233-151244 of 151255-151266” vervangen door de woorden “151211-151222 of 151255-151266”
- in de vergoedingsvoorwaarde B- § 11, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in punt “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” worden de verstrekkingen 173154-173165, 173213-173224, 173235-173246, 173272-173283, 173331-173342 en 173353-173364 geschrapt;
 - => in de Franse tekst, wordt het vierde lid van het punt “1.2. Kandidatuurformulier voor de verplegingsinrichting” vervangen;
 - => in de Nederlandse tekst wordt in het vijfde lid van het punt “1.2. Kandidatuurformulier voor de verplegingsinrichting” het woord “Wanner” vervangen door het woord “Wanneer”;
 - => in de Franse tekst wordt in de eerste zin van het punt 4 van het punt “2.1. Inclusiecriteria” het woord “sujet” vervangen door het woord “bénéficiaire”;
 - => in punt “3.3. Garantievoorwaarden” worden de woorden “173250-173261, 173316-173320” vervangen door de woorden “173250-173261, 173294-173305, 173316-173320”;

=> in de Franse tekst worden in het tweede lid van het punt “4.2. Vervanging” de woorden “entre autres” vervangen door het woord “aussi”;

=> in de Nederlandse tekst wordt het woord “meerde” telkens vervangen door het woord “meerdere”;

- in het hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” wordt in de vergoedingsvoorwaarde E- § 04 het punt “3.2 Criteria” vervangen
- in het hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” worden in de vergoedingsvoorwaarde F- § 23, de volgende wijzigingen aangebracht aan punt “1.2.”:
=> de woorden “1.2. Vanaf 202x tot en met 202x+4” worden vervangen door de woorden “1.2. Vanaf 2022 tot en met 2026”;
=> de woorden “Vanaf 202x+5” worden vervangen door de woorden “Vanaf 2027”.
- In de vergoedingsvoorwaarde J- § 01, in de Franse tekst, wordt in het tweede zin, in punt “4.1 Eerste implantatie”, het woord “Après” vervangen door het woord “Avant”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.09.2023	25.08.2023	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

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht 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:

- voor het hoofdstuk “A. Oftalmologie” wordt het punt 1.2 vervangen als volgt: “1.2. Indien er in een vergoedingsvoorwaarde (1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting) verwezen wordt naar de jaren 2020, 2021 of 2022, wordt het aantal verstrekkingen voor elk van deze jaren vervangen door het aantal verstrekkingen voor het jaar 2019 (dat overeenstemt met het jaar voorafgaand aan het jaar waarin het K.B. nr. 21 van 14.05.2020, betreffende tijdelijke aanpassingen van de vergoedingsvoorwaarden en administratieve voorschriften voor de verplichte ziekteverzekering naar aanleiding van de COVID-19-pandemie, in werking is getreden) op voorwaarde dat het aantal verstrekkingen voor het jaar 2019 hoger is dan het aantal verstrekkingen voor het jaar waarnaar wordt verwezen.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2023	05.09.2023	Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bedoeld in artikel 122^{novodecies} 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 goedgekeurd.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.04.2023 – Editie 2	06.02.2023	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, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor een klepstent, de formulieren F-Form-I-08, F-Form-II-05 en F-Form-I-15, F-Form-I-17 en F-Form-I-18 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, worden gewijzigd. Het formulier F-Form-I-04 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2023 – Editie 1	06.02.2023	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
16.11.2023	06.02.2023	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. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in de bijlage bij 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:

De formulieren F-Form-I-06 en F-Form-II-03 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, worden gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.08.2023	06.03.2023	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
22.11.2023	06.03.2023	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. - <i>Erratum</i>

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 C-Form-II-01 en C-Form-I-15 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.09.2023	26.06.2023	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, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor een cochleair implantaat, de formulieren C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03, C-Form-I-06, C-Form-I-10, C-Form-I-11 en C-Form-I-12 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.09.2023	05.06.2023	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 L-Form-I-09, L-Form-I-10, L-Form-I-11, L-Form-I-12 en L-Form-I-13 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "Orthopedie en traumatologie" van de lijst, geschrapt. Het formulier L-Form-II-01 met betrekking tot de kandidatuurstelling wordt aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.05.2023	26.04.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- hoofdstuk VIII *quinquies* - PERMANENTIE IN DE FUNCTIE INTENSIEVE ZORGEN wordt als volgt vervangen:

"HOOFDSTUK VIII *quinquies* - PERMANENTIE IN DE FUNCTIES INTENSIEVE ZORGEN EN GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

Artikel 22 *octies*. De lijst van de artsen bedoeld in artikel 13, § 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, wordt opge maakt conform het model opgenomen als bijlage 89.

Artikel 22 *nonies*. De lijst van de artsen die instaan voor de permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg bedoeld in artikel 25, § 3 *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, wordt op gemaakt conform het model opgenomen als bijlage 97."

- Er wordt een bijlage 97 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.07.2023	06.02.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° 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 bijlage 5a van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.07.2023	05.06.2023	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° 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 bijlage 37 vervolg 1 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.07.2023	10.07.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° 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 bijlage 5b van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.08.2023 – Editie 2	05.06.2023	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° 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 bijlage 37 vervolg 1 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.08.2023	06.03.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 6, § 1, 7°, van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het zevende lid vervangen als volgt: “- een medisch voorschrift voor de verstrekkingen van opticiens, conform het model vervat in bijlage 15^{bis} (brillenglazen) of 15^{ter} (contactlenzen) of 15^{quater} (oogprothesen) of 15^{quinquies} (low vision hulpmiddelen);”
- er wordt een bijlage 15^{quinquies} ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.05.2023 – Editie 1	06.03.2023	Verordening tot uitvoering van artikel 22, § 2, a) van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het “handvest” van de sociaal verzekerde

Samenvatting van de wijzigingen

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft de volgende verordening vastgesteld:

Artikel 1. De sociaal verzekerde aan wie een beslissing tot terugvordering van onverschuldigd betaalde bedragen inzake geneeskundige verzorging werd betekend, kan een verzoek tot verzaking aan de terugvordering van deze onverschuldigde bedragen indienen bij de verzekeringsinstelling waarbij hij is aangesloten.

Artikel 2. Verzaking aan terugvordering van onverschuldigd betaalde bedragen kan slechts worden toegestaan wanneer de sociaal verzekerde te goeder trouw is en zich in een behartigenswaardige toestand bevindt.

Artikel 3. De behartigenswaardigheid wordt bepaald op basis van het gezinsinkomen, zoals dat bestaat op het moment van het indienen van het verzoek tot verzaking.

Onder gezinsinkomen wordt begrepen het bedrag van de inkomsten vastgesteld overeenkomstig de artikelen 25 tot 27 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.

Wanneer het gezinsinkomen lager ligt dan het bedrag bedoeld in artikel 21 van hogergenoemd koninklijk besluit, wordt er verzaakt aan terugvordering van het onverschuldigde bedrag.

Wanneer het gezinsinkomen hoger ligt dan het bedrag bedoeld in het vorige lid maar lager dan 150 % van datzelfde bedrag, wordt verzaakt aan terugvordering voor het deel van het onverschuldigde bedrag dat de helft overschrijdt van het bedrag van het gezinsinkomen dat hoger ligt dan het bedrag bedoeld in het vorige lid.

In afwijking op de vorige leden wordt voldaan aan de voorwaarde inzake behartenswaardigheid wanneer de sociaal verzekerde op het moment van het verzoek tot verzaking de verhoogde verzekeringstegemoetkoming overeenkomstig het voormeld koninklijk besluit geniet.

Artikel 4. Om in aanmerking genomen te kunnen worden, moet de aanvraag tot verzaking ingediend zijn binnen de drie maanden te rekenen vanaf de dag die volgt op het verstrijken van de beroepstermijn of vanaf de datum waarop de rechterlijke beslissing in kracht van gewijsde is getreden.

Artikel 5. De verzekeringsinstelling stelt het dossier samen.

Het dossier bevat een kopie van de schuldbekentenis, ondertekend door betrokkene of, bij gebrek hieraan, van de beslissing tot terugvordering van het onverschuldigde bedrag, betekend aan de betrokkene, waartegen geen hoger beroep zou zijn ingesteld binnen de op straffe van verval voorgeschreven termijn, of van de uitvoerbare titel die het bestaan van het onverschuldigde bedrag vaststelt en de grootte hiervan. Ingeval van betwisting betreffende het onverschuldigde bedrag voor de bevoegde rechtscolleges, zal het dossier pas onderzocht kunnen worden na het verkrijgen van de uitvoerbare titel.

Het dossier bevat tevens de bij omzendbrief vastgestelde documenten, onder andere met betrekking tot het bewijs van het inkomen van het gezin van de sociaal verzekerde.

Artikel 6. Het verzoek van de sociaal verzekerde, evenals het daartoe samengestelde dossier, wordt door de verzekeringsinstelling aan de Dienst voor geneeskundige verzorging overgemaakt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging onderzoekt het dossier en legt het voor aan de Werkgroep verzekeraarbaarheid voor advies. De Dienst maakt het dossier, samen met dit advies over aan de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, die beslist over de aanvraag.

Artikel 7. De beslissing van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt ter kennis gebracht van de sociaal verzekerde; er wordt een kopie van deze kennisgeving aan de verzekeringsinstelling gestuurd.

Artikel 8. De verzakingsprocedure is echter niet van toepassing op de onverschuldigd betaalde bedragen waarvan de waarde kleiner is dan of gelijk is aan 125 EUR. Dit bedrag wordt op 1 januari van elk jaar en voor de eerste keer op 1 januari 2024, 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.

Artikel 9. Over de beslissingen zal tweejaarlijks verslag worden uitgebracht aan de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Artikel 10. In afwijking van de artikelen 1 tot 9, wordt er systematisch verzaakt aan de terugvordering van het onverschuldigd bedrag wanneer dit laatste wordt vastgesteld na een retroactieve wijziging van het statuut van de sociaal verzekerde in de gegevensuitwisseling tussen de FOD Justitie en de verzekeringsinstellingen betreffende de gedetineerden en geplaatste geïnterneerden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.08.2023	10.07.2023	Verordening houdende uitvoering van artikelen 9bis en 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 1 stelt de toepasselijke regels vast met betrekking tot het gebruik van de diensten die door de verzekeringsinstellingen ter beschikking worden gesteld van de zorgverleners onder de benaming van MyCarennet

- bijlage 2 (toegangsmatrix) stelt, per categorie van zorgverleners, de diensten vast die door de verzekeringsinstellingen ter beschikking worden gesteld van de zorgverleners
- worden opgeheven:
 - => het Protocol, opgemaakt op 17 maart 2010 door de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen, houdende de voorwaarden en modaliteiten volgens welke bewijskracht kan worden gegeven tot het bewijs van het tegendeel aan gegevens die worden opgeslagen of bewaard door middel van een elektronische techniek of medegedeeld op een andere wijze dan op een papieren drager, evenals de voorwaarden en modaliteiten volgens welke deze gegevens worden weergegeven op papieren drager of op elke andere leesbare drager;
 - => de verordening van 19 maart 2018 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - => de verordening van 19 december 2016 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - => de verordening van 7 december 2015 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994;
 - => de verordening van 17 maart 2014 houdende uitvoering van de artikelen 9bis en 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

28.04.2023

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 30 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

INTERPRETATIEREGEL 1 WORDT VERVANGEN DOOR DE VOLGENDE BEPALINGEN:

Vraag

Vanaf welke ametropie is er een tegemoetkoming voor de multifocale contactlenzen?

Antwoord

De multifocale contactlenzen zijn de optische contactlenzen waarvan de verschillende indicaties in artikel 30 worden weergegeven in punt C. 2.2.2.

Eén van de indicaties is de aanwezigheid van een ametropie van +7,75 dioptrie. Deze ametropie moet geëvalueerd worden op basis van de brillenrefractie en van het vertezicht, net hetzelfde als wat voor de progressieve brillenglazen van toepassing is.

De voormelde wijziging heeft uitwerking vanaf 1 juli 2022.

Belgisch Staatsblad

31.08.2023

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

Vraag:

In welke situatie mag een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel terugbetaald worden voor de behandeling van ernstige of levensbedreigende cytokine-release syndroom geïnduceerd door de subcutane toediening van TecvayliR in het kader van de behandeling binnen de indicatie multiple myeloom?

Antwoord:

Indien een patiënt reeds geniet van een terugbetaling voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit TecvayliR, mag een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel terugbetaald worden, indien deze laatste toegediend wordt voor de behandeling van cytokine-release syndroom geïnduceerd door de subcutane toediening van teclistamab, op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de patiënt de vergoeding voor TecvayliR geniet.

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 september 2023.

Belgisch Staatsblad

07.09.2023

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.**INTERPRETATIEREGEL 44**

Vraag

“Een rechthebbende ontving in het buitenland een eerste cochleair implantaat omwille van ernstig bilateraal gehoorverlies, ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende bilaterale ossificatie of auditieve neuropathie (niet ten laste van de Belgische verplichte verzekering). Hij komt naar België en is verzekerd. Komt deze rechthebbende, die nog steeds geen 12 jaar of 18 jaar is, in aanmerking voor een contralateraal cochleair implantaat (onder verstrekking 152972-152983 of 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 of 180714-180725)?”

Antwoord

“In dit geval moet de procedure beschreven in punt 4.2. van de vergoedingsvoorwaarden voor cochleaire implantaten C- § 01 gevolgd worden, ook al gaat het niet om een vergoedingsaanvraag voor de vervanging van een implantaat of een geluidsprocessor. Indien het College van artsen-directeuren op basis van het dossier van de eerste implantatie oordeelt dat de patiënt aan de criteria van de Lijst voldeed, dan impliceert dit dus dat, ook al is voor deze patiënt de verstrekking 152935-152946, 152950-152961, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 of 180670-180681 niet geattesteerd, een akkoord van het College van artsen-directeuren kan worden verleend voor de verstrekking 152972-152983 of 152994-153005 (de rechthebbende is minder dan 12 jaar) of de verstrekking 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 of 180714-180725 (de rechthebbende is minder dan 18 jaar). De verstrekkingen voor contralaterale implantatie kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering na akkoord van het College van artsen-directeuren, voorafgaand aan implantatie, op basis van een aanvraag door een NKO-arts die deel uitmaakt van het team dat de implantatie zal uitvoeren en die de documenten bevat van de eerste implantatie waaruit blijkt dat deze implantatie aan de criteria van terugbetaling voldeed.”

De interpretatieregel 44 heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 2019.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.04.2023		Indicator voor de arthroscopische meniscectomie bij patiënten ouder dan 50 jaar

Samenvatting van de wijzigingen

De verstrekking met nomenclatuurcode 276636-276640, opgenomen in artikel 14k 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, mag per kalenderjaar slechts voor 45 % van het totaal aantal verstrekkingen per zorgverlener bij patiënten ouder dan 50 jaar worden aangerekend.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.08.2023		Indicator voor de beoordeling van de maximale incidentie van ambulante urgente NMR-onderzoeken

Samenvatting van de wijzigingen

De maximale incidentie van ambulante urgent uitgevoerde NMR-onderzoeken wordt vastgelegd op 5 urgente NMR-onderzoeken per 1000 uitgevoerde en aangerekende ambulante NMR-onderzoeken per kalenderjaar.

Het betreft de NMR-onderzoeken die gevat worden door de nomenclatuurcodes 599572 en 599594 opgenomen in artikel 26, § 1 en § 9 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.

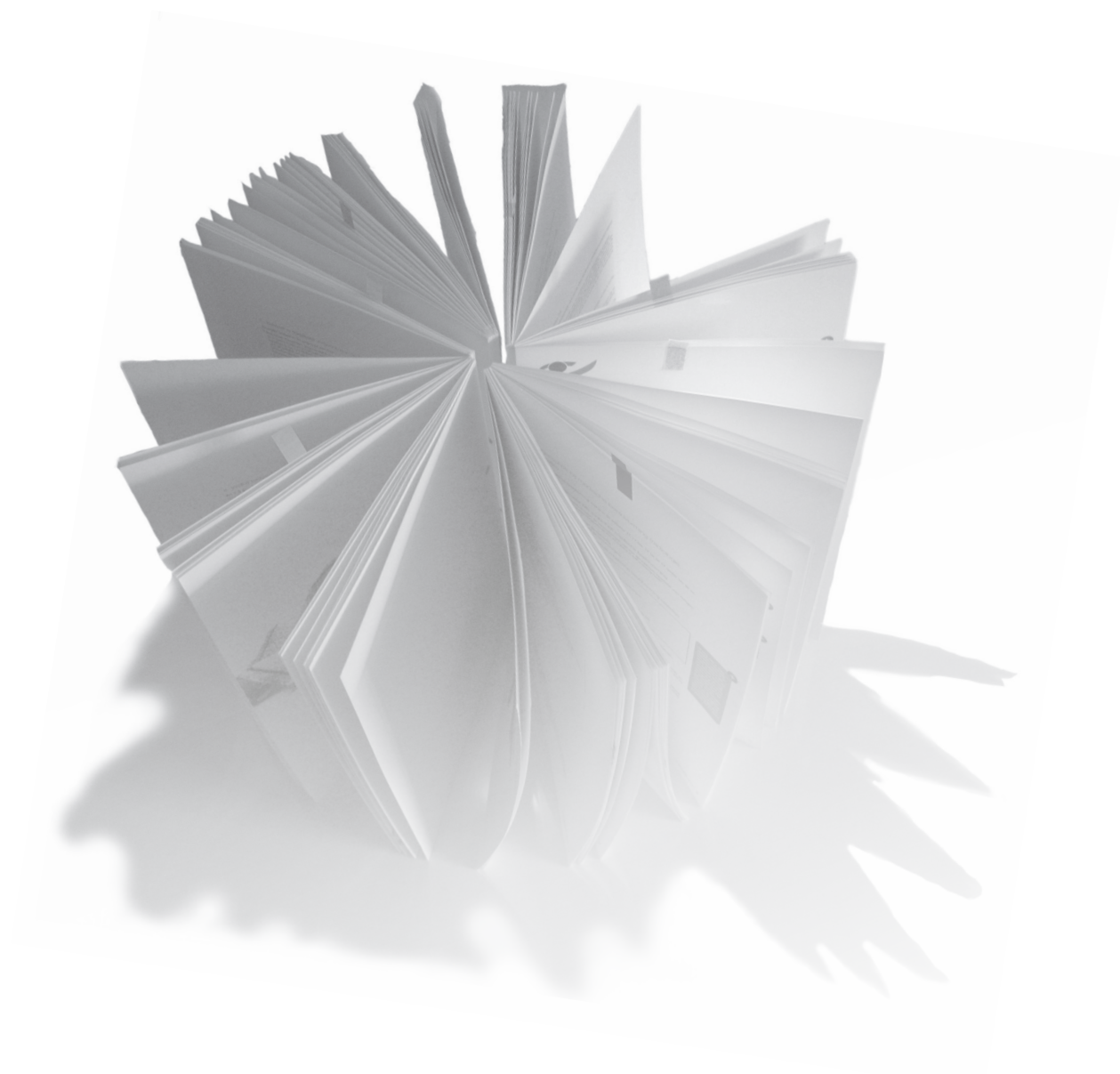
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.09.2023		Indicator voor het vastleggen van een minimale intervalperiode tussen de eerste raadpleging van de patiënt met een bariatrische chirurg en de eigenlijke bariatrische ingreep

Samenvatting van de wijzigingen

Een periode van minimaal drie volledige kalendermaanden tussen de eerste raadpleging van de patiënt met een bariatrische chirurg en het tijdstip van de eigenlijke bariatrische ingreep wordt voor alle patiënten vastgelegd. De drie volledige kalendermaanden beginnen te lopen vanaf de eerste dag van de kalendermaand die volgt op de dag van de raadpleging. Bij hoge medische nood kan hiervan gemotiveerd worden afgeweken.

2^e Deel

Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, arrest nr. 169/2022 van 22 december 2022

Schorsing toekenning arbeidsongeschiktheidsuitkeringen – Gedetineerden – Gelijkheidsbeginsel – Niet-discriminatiebeginsel

Artikel 105, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015, schendt de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet niet.

In zoverre het gelijkheidsbeginsel ook inhoudt dat ongelijke toestanden niet gelijk kunnen worden behandeld, is dit beginsel niet geschonden. Beide uitkeringen zijn immers vervangingsinkomens voor werknemers die niet langer een arbeidsinkomen kunnen verkrijgen wegens hun gezondheidstoestand of arbeidsmarktsituatie. De wetgever kon ervan uitgaan dat de hechtenis of gevangenzetting, gedurende de tijd ervan, de determinerende oorzaak wordt van het onvermogen om een arbeidsinkomen te verkrijgen. De wetgever kan in die situatie dus ook de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkering schorsen. Dat criterium is tevens pertinent in het licht van de doelstelling van de wetgever om coherentie te verzekeren tussen de uitbetaling van sociale uitkeringen aan personen gedurende de periode van hechtenis of gevangenzetting.

Het feit dat die uitkeringen voortaan volledig worden geschorst is een aanzienlijke achteruitgang van het recht op sociale zekerheid. Om bestaansbaar te zijn met artikel 23 van de Grondwet, moet die aanzienlijke achteruitgang worden verantwoord door redenen van algemeen belang. Er zijn evenwel redenen van algemeen belang die de aanzienlijke achteruitgang van het beschermingsniveau voor de betrokken personen gedurende hun hechtenis of gevangenzetting rechtvaardigen. Die aanzienlijke achteruitgang wordt verantwoord door dezelfde redenen als die de gelijke behandeling van arbeidsongeschikte en werkloze personen verantwoorden. De wetgever heeft met die maatregel een coherent systeem voor de uitbetaling van sociale uitkeringen aan personen in hechtenis of gevangenzetting willen uitwerken (cf. supra). De bevoegde federale overheid dient de gepaste uitvoering te geven aan titel V inzake de levensvoorwaarden van de gedetineerden, als bedoeld in de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden.

A.R. 7613

...

I. Onderwerp van de prejudiciële vragen en rechtspleging

Bij vonnis van 8 maart 2021, waarvan de expeditie ter griffie van het Hof is ingekomen op 5 juli 2021, heeft de Arbeidsrechtbank Luik, afdeling Verviers, de volgende prejudiciële vragen gesteld:

“ 1) Schendt artikel 105 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals gewijzigd bij de artikelen 21 en 22 van de programmawet van 10 augustus 2015, dat, sinds de inwerkingtreding ervan, de toekenning van de ziekte- en invaliditeitsuitkeringen schorst gedurende een periode van hechtenis of gevangenzetting en het niveau van bescherming dat wordt geboden door de van kracht zijnde wetgeving aanzienlijk vermindert, zonder dat daartoe redenen bestaan die verband houden met het algemeen belang, artikel 23 van de Grondwet (*standstill*-beginsel), al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet?

2) Schendt artikel 105 van de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals gewijzigd bij de artikelen 21 en 22 van de programmawet van 10 augustus 2015, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet in zoverre het categorieën van personen die zich in situaties bevinden die, ten aanzien van de beschouwde maatregel, wezenlijk verschillend zijn, zonder redelijke verantwoording op identieke wijze behandelt, namelijk, enerzijds, de werkloze die het voorwerp uitmaakt van een maatregel van hechtenis of gevangenzetting en, anderzijds, de gerechtigde op ziekte- en invaliditeitsuitkeringen die het voorwerp uitmaakt van eenzelfde maatregel, aangezien die twee categorieën van personen hun vergoedingen of uitkeringen op dezelfde wijze geschorst zien tijdens de duur van de vrijheidsbenemende maatregel?”.

...

- B -

Ten aanzien van de in het geding zijnde bepaling en de context ervan

B.1. De prejudiciële vragen hebben betrekking op artikel 105 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de wet van 14.07.1994), zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015.

B.2. Artikel 105 van de wet van 14 juli 1994 is van toepassing op de verzekering voor uitkeringen in de werknemersregeling.

B.3. Vóór de wijziging ervan bij de programmawet van 10 augustus 2015 bepaalde artikel 105 van de wet van 14 juli 1994:

“De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden, wanneer de gerechtigde die geen personen ten laste heeft in de zin van artikel 93, laatste lid, in een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving verkeert”.

Ter uitvoering van die bepaling bepaalde artikel 233 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” (hierna: het K.B. van 03.07.1996), vóór de wijziging ervan bij het koninklijk besluit van 19 januari 2016 “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” (hierna: het K.B. van 19.01.2016):

“De gerechtigde die geen personen ten laste heeft en die verkeert in een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving, heeft recht op een uitkering beperkt tot de helft.

De volledige uitkering wordt evenwel toegekend aan de gerechtigde bedoeld in het vorige lid, vanaf de eerste dag van de voorwaardelijke invrijheidsstelling of van de voorlopige invrijheidsstelling en, wanneer hij de toelating heeft bekomen om de instelling te verlaten voor een ononderbroken periode van ten minste zeven dagen, vanaf de eerste dag van deze periode”.

B.4.1. Artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015 heeft de tekst van artikel 105 van de wet van 14 juli 1994 volledig vervangen. Die wijziging is in werking getreden op 1 januari 2016 (art. 22 van de programmawet van 10.08.2015, zoals het is gewijzigd bij art. 24 van de wet van 16.05.2016 “houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken”). Na die wijziging bepaalt artikel 105 van de wet van 14 juli 1994:

“De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de toekenning van de uitkeringen wordt geschorst gedurende een periode van hechtenis of gevangenzetting. Hij bepaalt eveneens volgens welke nadere regels de voor de toepassing van deze maatregel noodzakelijke gegevens aan de verzekeringsinstelling worden meegedeeld.

De Koning bepaalt eveneens onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend als de gerechtigde die geen persoon ten laste heeft in de zin van artikel 93, zevende lid, in een periode van vrijheidsberoving, andere dan de hechtenis of de gevangenzetting, verkeert”.

B.4.2. In de memorie van toelichting bij het ontwerp dat aan de oorsprong ligt van de programma-wet van 10 augustus 2015 wordt vermeld:

“De Regering voorziet om [...] de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te schorsen gedurende de periode waarin de in de zin van artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in hechtenis of gevangen gezet is.

Deze maatregel vindt haar rechtvaardiging in de volgende passage van het regeerakkoord (blz. 123):

“De regering zal de coherentie tussen de uitbetaling van sociale uitkeringen aan gevangenen tijdens de periode van gevangenschap onderzoeken en bijsturen”.

Er moet inderdaad vastgesteld worden dat de diverse takken van de sociale zekerheid deze problematiek anders benaderen. Tot nu toe bepaalt artikel 233 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dat de arbeidsongeschiktheidsuitkering met de helft wordt verminderd zolang de gevangene zich bevindt in een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving en op voorwaarde dat de betrokkene geen personen ten laste heeft.

Van zijn kant bepaalt artikel 67 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsuitkering dat de werkloze geen werkloosheidsuitkering kan genieten gedurende een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving. Er is immers geen sprake van een verlies van inkomen dat door de werkloosheidsuitkering zou moeten worden gecompenseerd. Immers, zolang een werknemer in de gevangenis verblijft, heeft hij geen recht op loon vanwege zijn werkgever. Wanneer een werknemer in voorlopige hechtenis is, wordt zijn arbeidsovereenkomst geschorst (art. 28 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten). Wanneer een werknemer het voorwerp is van een vrijheidsstraf, kan hij zijn arbeid niet meer verrichten voor zijn werkgever. Als gevolg hiervan heeft de werkgever geen wettelijke verplichting om een loon uit te betalen. Met andere woorden, er is geen loonverlies dat door een werkloosheidsuitkering zou moeten worden gecompenseerd.

De regering is van oordeel dat een zelfde redenering kan opgaan voor de arbeidsongeschiktheidsuitkering. De arbeidsongeschiktheidsuitkering is immers een vervangingsinkomen, net als de werkloosheidsuitkering. Ze komt namelijk in de plaats van het loon dat een werknemer niet meer door eigen arbeid kan verwerven doordat zijn verdienvermogen met minstens 66 % verminderd is. Tijdens een periode van gevangenschap bestaat er evenwel geen recht op loon. Er is derhalve geen sprake van een loonverlies dat door de ziekteverzekering ten laste zou moeten worden genomen. Het loonverlies in kwestie heeft niets meer met de ziekte of de arbeidsongeschiktheid te maken. Het loonverlies is te wijten aan het feit dat er door de gevangenschap geen arbeid meer kan worden verricht en er daardoor geen loon meer verschuldigd kan zijn.

Vanuit dit oogpunt valt eveneens te verklaren waarom deze maatregel enkel beoogt om de betalingen van de uitkeringen te schorsen tijdens een periode van hechtenis of gevangenzetting; de erkenning van de arbeidsongeschiktheid blijft behouden zolang de betrokkene de voorwaarden bedoeld in artikel 100 van de voormelde gecoördineerde wet vervult.

Voorts moet erop gewezen worden dat in het algemeen aansprakelijkheidsrecht (art. 1382 van het B.W.) een gedetineerde evenmin een [vordering tot] vergoeding wegens loonschade kan instellen. Zijn loonverlies heeft immers ook daar op de eerste plaats met zijn detentie te maken. [Het] heeft niets meer te maken met het feit dat hij bijvoorbeeld als gevolg van een ongeval arbeidsongeschikt is geworden. Het is namelijk door zijn vrijheidsberoving dat hij geen beroepsinkomsten kan verwerven. Derhalve kan een gedetineerde, voor de hele periode dat hij van zijn vrijheid is beroofd, geen loonschade ten laste leggen van de persoon die voor het ongeval aansprakelijk is of diens verzekeraar [...]” (*Parl. St.*, Kamer, 2014-2015, DOC 54-1125/001, pp. 16-17).

B.4.3. De in het geding zijnde bepaling stelt het beginsel vast van de schorsing van de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tijdens een periode van hechtenis of gevangenzetting en machtigt de Koning ertoe de voorwaarden van die schorsing te bepalen.

Uit de in B.4.2 aangehaalde parlementaire voorbereiding blijkt dat de wetgever aldus de regeling van de verzekering voor uitkeringen in lijn heeft willen brengen met die welke van toepassing is op de werkloosheidsuitkeringen. Artikel 67 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 “houdende de werkloosheidsreglementering” (hierna: het koninklijk besluit van 25 november 1991) bepaalt immers:

“De werkloze kan geen uitkeringen genieten gedurende een periode van vervullen van militieverplichtingen, van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving”.

B.4.4. Ter uitvoering van artikel 105 van de wet van 14 juli 1994, zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015, heeft de Koning het koninklijk besluit van 19 januari 2016, genomen, dat de tekst van artikel 233 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 heeft vervangen door de volgende tekst:

“ § 1. De toekenning van de uitkering wordt geschorst tijdens een periode waarin de gerechtigde het voorwerp vormt van een maatregel van hechtenis of gevangenzetting in uitvoering van een strafrechtelijke veroordeling waardoor hij daadwerkelijk in de gevangenis verblijft.

De schorsing van de toekenning van de uitkering geldt ook tijdens het tijdvak waarin de gerechtigde zich in uitvoering van een beslissing van de bevoegde instantie buiten de gevangenis bevindt wegens de toepassing van één van de volgende strafuitvoeringsmodaliteiten:

1° de uitgaansvergunning bedoeld in artikel 4 van de wet van 17 mei 2006 betreffende de externe rechtspositie van de veroordeelden tot een vrijheidsstraf en de aan het slachtoffer toegekende rechten in het raam van de strafuitvoeringsmodaliteiten;

2° het penitentiair verlof bedoeld in artikel 6 van de voormelde wet van 17 mei 2006;

3° de beperkte detentie bedoeld in artikel 21 van de voormelde wet van 17 mei 2006.

§ 2. De verzekeringsinstelling van de gerechtigde verkrijgt op elektronische wijze de gegevens in de databank van de Federale Overheidsdienst Justitie die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de vorige paragraaf. In afwachting van deze elektronische gegevensuitwisseling gebeurt de noodzakelijke gegevensuitwisseling via een papieren attest.

§ 3. De toekenning van de uitkering wordt beperkt tot de helft voor de geïnterneerde gerechtigde die geen persoon ten laste heeft en die in een door de bevoegde instantie aangewezen inrichting verblijft onder het statuut van een plaatsing. De volledige uitkering wordt evenwel aan deze gerechtigde toegekend als hij vanwege de bevoegde instantie de toelating heeft verkregen om de inrichting te verlaten voor een ononderbroken periode van ten minste zeven dagen, vanaf de eerste dag van deze periode”.

Bij zijn arrest nr. 241.794 van 14 juni 2018 heeft de Raad van State de woorden “3^o de beperkte detentie bedoeld in artikel 21 van de voormelde wet van 17 mei 2006” die zijn vervat in de voormelde bepaling nietig verklaard. De Raad van State heeft immers vastgesteld dat de regeling van de beperkte detentie de uitoefening van een beroepsactiviteit mogelijk maakt zodat, volgens de logica die doorslaggevend was bij de aanneming van het nieuwe artikel 105 van de wet van 14 juli 1994, de schorsing van de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in een dergelijke situatie haar bestaansreden verliest.

Ten aanzien van de prejudiciële vragen

B.5.1. De Ministerraad doet gelden dat de prejudiciële vragen niet-ontvankelijk zijn, aangezien de formulering ervan noodzakelijkerwijs tot een vaststelling van ongrondwettigheid zou leiden.

B.5.2. De eerste prejudiciële vraag moet in die zin worden begrepen dat daarin aan het Hof een vraag wordt gesteld over de bestaanbaarheid van de in het geding zijnde bepaling met artikel 23 van de Grondwet, in het bijzonder met de in die bepaling vervatte *standstill*-verplichting al dan niet in samenhang gelezen met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

De tweede prejudiciële vraag moet in die zin worden begrepen dat daarin aan het Hof een vraag wordt gesteld over de bestaanbaarheid van de in het geding zijnde bepaling met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, in zoverre zij het beginsel vaststelt dat de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt geschorst gedurende een periode van hechtenis of gevangenzetting en in zoverre zij aldus voor arbeidsongeschikte personen voorziet in een soortgelijke behandeling als die waarin bij artikel 67 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 is voorzien voor de werklozen.

Het Hof onderzoekt de prejudiciële vragen in die zin. De exceptie van niet-ontvankelijkheid wordt verworpen.

B.6. Het Hof beperkt zijn onderzoek tot de situatie van een arbeidsongeschikte persoon die gevangen is gezet ter uitvoering van een definitieve strafrechtelijke veroordeling en die geen persoon ten laste heeft, aangezien het gaat om de situatie die voor het verwijzende rechtcollege in het geding is.

Daaruit volgt ook dat het onderzoek van het Hof beperkt wordt tot artikel 105, eerste lid, van de wet van 14 juli 1994, zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015.

Wat betreft de tweede prejudiciële vraag

B.7. Het Hof onderzoekt eerst de tweede prejudiciële vraag.

B.8.1. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is. Dat beginsel verzet er zich overigens tegen dat categorieën van personen, die zich ten aanzien van de betwiste maatregel in wezenlijk verschillende situaties bevinden, op identieke wijze worden behandeld, zonder dat daarvoor een redelijke verantwoording bestaat.

Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betwiste maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen; het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie is geschonden wanneer vaststaat dat geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel.

B.8.2. In sociaaleconomische aangelegenheden beschikt de wetgever over een ruime beoordelingsvrijheid. Het Hof vermag de beleidskeuze die de wetgever heeft gemaakt en de motieven die daaraan ten grondslag liggen slechts af te keuren indien zij niet redelijk verantwoord zijn.

B.9.1. Arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en werkloosheidsuitkeringen voorzien beide in een vervangingsinkomen voor werknemers die niet meer in staat zijn een inkomen uit arbeid te verwerven en zulks om reden van hun gezondheidstoestand dan wel hun arbeidsmarktsituatie.

B.9.2. Uit de parlementaire voorbereiding van de in het geding zijnde bepaling, geciteerd in B.4.2, blijkt dat de wetgever van oordeel was dat, aangezien personen gedurende een periode van hechtenis of gevangenzetting hun beroepsactiviteit niet kunnen uitoefenen en bijgevolg hun gebruikelijke loon niet kunnen ontvangen, het passend is om een inkomen ter vervanging van het inkomen uit arbeid op dezelfde wijze te behandelen. En dat ongeacht of zij dit inkomen niet kunnen verwerven wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid. Het gehanteerde principe is dat geen vervangingsinkomen wordt toegekend aan personen die dergelijke inkomsten uit arbeid niet zouden kunnen genieten (zie in die zin RvSt, 14.06.2018, nr. 241.794, p. 12).

B.9.3. De identieke behandeling van beide categorieën van personen berust dus op een objectief criterium, namelijk het onvermogen om op de arbeidsmarkt een inkomen uit arbeid te verwerven gedurende de periode van hechtenis of gevangenzetting. De wetgever vermocht ervan uit te gaan dat tijdens die periode de determinerende oorzaak van het onvermogen om een inkomen uit arbeid te verwerven, niet langer te wijten is aan hun gezondheidstoestand of arbeidsmarktsituatie maar aan hun hechtenis of gevangenzetting. Dat criterium is tevens pertinent in het licht van de doelstelling van de wetgever, zoals is vermeld in B.4.2, om coherentie te verzekeren tussen de uitbetaling van sociale uitkeringen aan personen gedurende de periode van hechtenis of gevangenzetting.

B.10.1. Dat verklaart eveneens waarom de in het geding zijnde maatregel de betaling van de uitkeringen enkel schorst tijdens de periode van hechtenis of gevangenzetting. De erkenning van de arbeidsongeschiktheid blijft behouden voor zover de betrokkene de wettelijke voorwaarden vervult (*Parl. St.*, Kamer, 2014-2015, DOC 54-1125/001, p. 17).

B.10.2. De bepaling dient dan ook zo te worden begrepen dat de schorsing een einde neemt van zodra de hechtenis of gevangenzetting niet meer de determinerende oorzaak is van de onmogelijkheid om een inkomen uit arbeid te verwerven, waarbij de onmogelijkheid evenwel nog steeds het rechtstreekse gevolg is van de arbeidsongeschiktheid. De schorsing van de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering verliest bijvoorbeeld haar bestaansredenen in het geval van beperkte detentie, aangezien die regeling de uitoefening van een beroepsactiviteit mogelijk maakt (zie in die zin RvSt, 14.06.2018, nr. 241.794, p. 15).

B.10.3. Voorts dient erop te worden gewezen dat gedurende de periode van hechtenis of gevangenzetting in huisvesting en levensonderhoud van de betrokkenen wordt voorzien. Zulks dient te gebeuren in overeenstemming met de levensvoorwaarden die voortvloeien uit de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden. Naargelang van de individuele levensbehoeften kunnen de openbare centra voor maatschappelijk welzijn ter aanvulling maatschappelijke dienstverlening bieden.

B.10.4. Gelet op het voorgaande is de gelijke behandeling van personen in hechtenis of gevangenzetting wat betreft de schorsing van hun vervangingsinkomen wegens werkloosheid of wegens arbeidsongeschiktheid, niet zonder redelijke verantwoording.

B.11. Artikel 105, eerste lid, van de wet van 14 juli 1994, zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015, is bestaanbaar met de artikelen 10 en 11 van de Grondwet.

Wat betreft de eerste prejudiciële vraag

B.12. Zoals is vermeld in B.5.2, moet de eerste prejudiciële vraag in die zin worden begrepen dat daarin aan het Hof een vraag wordt gesteld over de bestaanbaarheid van de in het geding zijnde bepaling met artikel 23 van de Grondwet, in het bijzonder met de in die bepaling vervatte *standstill*-verplichting.

B.13.1. Artikel 23 van de Grondwet bepaalt dat ieder het recht heeft een menswaardig leven te leiden en draagt de onderscheiden wetgevers op de erin vermelde economische, sociale en culturele rechten daartoe te waarborgen, waaronder “het recht op sociale zekerheid”.

B.13.2. Het bevat een *standstill*-verplichting die eraan in de weg staat dat de bevoegde wetgever het beschermingsniveau dat wordt geboden door de van toepassing zijnde wetgeving, in aanzienlijke mate vermindert zonder dat daarvoor redenen zijn die verband houden met het algemeen belang.

B.14.1. Vóór de inwerkingtreding van de in het geding zijnde bepaling bleven personen zonder personen ten laste de helft van hun arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen gedurende hun hechtenis of gevangenzetting (oud art. 105 van de wet van 14.07.1994 en oud art. 233 van het K.B. van 03.07.1996, geciteerd in B.3).

Sinds de wijziging ervan bij de programmawet van 10 augustus 2015 stelt artikel 105 van de wet van 14 juli 1994, geciteerd in B.4.1, het beginsel van de volledige schorsing van de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen vast in geval van hechtenis of gevangenzetting en geeft het de Koning de bevoegdheid de voorwaarden van deze schorsing te bepalen.

B.14.2. De in het geding zijnde bepaling brengt aldus een aanzienlijke achteruitgang te weeg in het recht op sociale zekerheid ten aanzien van de gerechtigden op een arbeidsongeschiktheidsuitkering die zich in hechtenis bevinden of gevangen zijn gezet.

Om bestaanbaar te zijn met artikel 23 van de Grondwet, moet die aanzienlijke achteruitgang worden verantwoord door redenen van algemeen belang.

B.15.1. Er zijn evenwel redenen van algemeen belang die de aanzienlijke achteruitgang van het beschermingsniveau voor de betrokken personen gedurende hun hechtenis of gevangenzetting rechtvaardigen.

B.15.2. De wetgever heeft met die maatregel een coherent systeem voor de uitbetaling van sociale uitkeringen aan personen in hechtenis of gevangenzetting willen uitwerken (*Parl. St.*, Kamer, 2014-2015, DOC 54-1125/001, p. 16).

Zoals is vermeld in B.9.3 tot B.10.2, schakelt de in het geding zijnde bepaling de behandeling van personen gelijk die recht hebben op een vervangingsinkomen wegens werkloosheid of arbeidsongeschiktheid. In beide gevallen verandert de determinerende oorzaak van het onvermogen om inkomen uit arbeid te verwerven gedurende de periode van hechtenis of gevangenzetting. Om die reden schorst de in het geding zijnde bepaling de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen enkel wanneer er wegens de hechtenis of gevangenzetting geen arbeid meer kan worden verricht.

B.15.3. Het staat, in het licht van hetgeen is vermeld in B.13.1, aan de bevoegde federale overheid de gepaste uitvoering te geven aan titel V inzake de levensvoorwaarden van de gedetineerden, als bedoeld in de basiswet van 12 januari 2005 betreffende het gevangeniswezen en de rechtspositie van de gedetineerden.

B.16. De in het geding zijnde bepaling is aldus niet onbestaanbaar met de in artikel 23 van de Grondwet vervatte *standstill*-verplichting.

Om die redenen,

het Hof

zegt voor recht:

Artikel 105, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals het is vervangen bij artikel 21 van de programmawet van 10 augustus 2015, schendt de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet niet.

...

II. Rechtbank van eerste aanleg van Henegouwen, afdeling Charleroi, 27 oktober 2023

Juridische aspecten - 31 maart 2010 - Wet op de
vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg

*In deze zaak werd het Fonds gedagvaard om te verschijnen naar aanleiding van een door de verzoeker
ontoereikend geacht voorstel tot schadevergoeding.*

*Aangezien het om een burgerrechtelijke aansprakelijkheidszaak ging, heeft het Fonds de verzekeraar
van de zorgverlener als borg of als partij in vrijwaring gedagvaard.*

*Gelet op het feit dat de aanvrager zich niet aan de vervaltermijn van artikel 27 van de wet van
31 maart 2010 heeft gehouden, verliest hij het recht om een vordering in te stellen tegen het Fonds met
betrekking tot de schadevergoeding."*

... t./FMO en ...

A.R. 22/233/A

...

II. Objet des demandes

Au termes de ses dernières conclusions, le demandeur au principal sollicite à *titre principal* la condamnation du FAM au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

À *titre subsidiaire et avant dire droit*, le demandeur au principal sollicite la désignation d'un médecin avec pour mission en substance de dire si des manquements dans la prise en charge d'... au regard des règles de l'art ont été commis par les praticiens lors de l'intervention du ... et dans le suivi post-opératoire, et dans ce cas, décrire les éventuelles fautes commises dans le suivi post-opératoire et à qui ils sont imputables, et donner son avis sur le lien de causalité entre les manquements et le décès d'...

À *titre subsidiaire*, le demandeur au principale sollicite la condamnation de la défenderesse sur incident au paiement de la somme de 61.866,63 EUR à majorer des intérêts compensatoires au taux légal à dater des différentes dates reprises en termes de conclusions, ainsi qu'aux frais et dépens de l'instance liquidés à 4.037,58 EUR en ce compris une indemnité de procédure de 3.750,00 EUR.

Par voie de conclusions, le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande et conclut également à son non-fondement et demande la condamnation du demandeur au principal aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR.

À *titre subsidiaire*, le FAM demande la réduction de l'indemnisation aux montants tels que repris dans ses conclusions et s'oppose à l'exécution provisoire du présent jugement, ou demande à tout le moins à être autorisé à cantonner les fonds litigieux.

Le défendeur au principal a formé une demande en garantie et demande la condamnation de la défenderesse en garantie à payer les frais d'expertise payés ... à concurrence de 4.027,02 EUR et la condamner aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 975,00 EUR.

En tout état de cause, la défenderesse au principal demande de déclarer le présent jugement commun et opposable à la défenderesse en garantie.

Aux termes de ses dernières conclusions, la défenderesse en garantie ne conteste pas la recevabilité de la demande en garantie et de la demande incidente mais conclut à leur non-fondement et demande la condamnation des demanderesses en garantie et sur incident aux frais et dépens de l'instance soit une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR.

III. Discussion

• Recevabilité

La recevabilité des demandes en garantie et incidente n'est pas contestée et il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

Les demandes en garantie et incidente sont recevables.

Le défendeur au principal conteste la recevabilité de la demande principale au motif que le demandeur au principal n'a pas respecté le délai prescrit à peine de déchéance par l'article 27 de la loi du 31 mars 2010.

À juste titre, le demandeur fait valoir qu'il ne s'agit pas d'un argument de recevabilité mais bien de fondement.

Conformément aux articles 17 et 18 du Code judiciaire, l'action ne peut être admise si le demandeur n'a pas qualité et intérêt pour la former. La qualité s'apprécie également dans le chef du défendeur.

L'intérêt consiste en tout avantage matériel ou moral, effectif mais non théorique que le demandeur peut retirer de la demande au moment où il la forme. L'intérêt doit être concret, légitime, personnel et direct, né et actuel.

En outre, *"La partie au procès qui soutient être titulaire d'un droit subjectif a qualité et intérêt pour former la demande, même si ce droit est contesté, dès lors que l'instruction quant à l'existence ou à la portée du droit subjectif invoqué, ne concerne pas la recevabilité mais le bien-fondé de la demande"*¹

Tel est bien le cas en l'espèce.

L'exception de chose jugée, la prescription ou encore la forclusion donnent lieu à des défenses qualifiées de *"fins de non-recevoir"* ; lesquelles ne relèvent pas à proprement parler de la recevabilité de la demande.

Par ailleurs, il n'apparaît pas qu'un moyen d'irrecevabilité devrait être soulevé d'office par le Tribunal.

La demande principale est recevable.

1. Cass. 26.01.2017, J.L.M.B. 2017, liv. 33, 1557 ; Cass. 02.04.2004, Arr. Cass. 2004, liv. 4, 597.

- Sur la déchéance d'agir à l'encontre du FAM

Conformément à l'article 4 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé :

"Le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun :

1° lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

2° lorsque le Fonds est d'avis ou qu'il est établi que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité d'un prestataire de soins, dont la responsabilité civile n'est pas ou pas suffisamment couverte par un contrat d'assurance ;

3° lorsque le Fonds est d'avis que le dommage trouve sa cause dans un fait engageant la responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5 ;

4° lorsque l'assureur couvrant la responsabilité du prestataire de soins qui a causé le dommage formule une offre d'indemnisation que le Fonds juge manifestement insuffisante."

En l'espèce, le FAM a émis un avis le ... aux termes duquel elle retient la responsabilité de plusieurs prestataires de soins, responsabilité contestée par l'assureur ... par courrier du ... En outre, il n'est pas contesté que compte tenu du décès de la patiente, les conditions de gravité visées à l'article 5 de la loi sont rencontrées.

L'article 25 de la loi précitée dispose que :

"§ 1^{er}

Lorsque l'avis conclut qu'il y a lieu à indemnisation en vertu de l'article 4, 1°, ou 2°, et pour autant que, si l'hypothèse est celle de l'article 4, 1°, le dommage présente la gravité prévue à l'article 5, le Fonds, dans les trois mois de la notification de l'avis, adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 3°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 30, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois de la notification de la décision du prestataire de soins ou de son assureur de contester la responsabilité du prestataire de soins.

Dans cette même hypothèse, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 32, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation, dans les trois mois qui suivent l'expiration du délai d'un mois laissé à l'assureur pour répondre au rappel du Fonds.

Dans l'hypothèse visée à l'article 4, 4°, lorsque le Fonds se substitue à l'assureur du prestataire de soins en application de l'article 31, il adresse au demandeur, par envoi recommandé, une offre d'indemnisation dans les trois mois de la notification de son avis motivé sur l'insuffisance manifeste de l'offre de l'assureur."

En l'espèce, le FAM a adressé une première offre d'indemnisation au demandeur par courrier du ... soit au-delà du délai de trois mois à dater de la notification par la ..., de la contestation de responsabilité ; ce délai ne constituant toutefois qu'un délai d'ordre.

Dans cette hypothèse, l'article 26 de la loi prévoit que :

"§ 1^{er}

Le demandeur dispose d'un délai de trois mois pour accepter l'offre d'indemnisation du Fonds.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans ce délai, le Fonds lui adresse un rappel par envoi recommandé.

À défaut de réaction de la part du demandeur dans un délai d'un mois suivant ce rappel, l'offre est présumée refusée. L'attention du demandeur est attirée, dans la lettre de rappel, sur les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Dans le mois de l'acceptation expresse de l'offre, le Fonds paie au demandeur l'indemnisation proposée.

§ 2

Avant de prendre position sur l'offre du Fonds, le demandeur peut également, dans le délai prévu au § 1^{er}, formuler des observations sur l'offre du Fonds, auxquelles le Fonds est tenu de répondre. S'il estime opportun au vu des observations du demandeur, le Fonds peut adapter le montant de son offre. Les délais prévus au § 1^{er} sont suspendus pendant la durée de l'examen des observations par le Fonds, sans que le délai restant à courir puisse jamais être inférieur à deux mois.

Le Fonds adresse sa réponse avec, le cas échéant, l'offre adaptée, par envoi recommandé au demandeur. Cette lettre mentionne la date d'expiration du délai encore disponible, ainsi que les conséquences d'une absence de réaction de sa part.

Le demandeur ne peut adresser d'observations qu'à une seule reprise."

En l'espèce, le demandeur au principal a formulé ses observations par courrier du ... ce qui a eu pour effet de suspendre le délai restant à courir jusqu'à la notification de l'offre adaptée par le FAM par courrier du À cette date, il restait à courir un délai de un mois et 22 jours à courir pour accepter l'offre d'indemnisation, ce délai étant porté à deux mois conformément à la disposition précitée, soit au ...

Il ressort du courrier adressé par le FAM en date du ... que celui-ci attire expressément l'attention du demandeur au principal sur le fait que : "cette offre est définitive et que vous disposez d'un délai de deux mois pour l'accepter".

En annexe se trouve l'offre d'indemnisation adaptée, dont le demandeur au principal a nécessairement pris connaissance pour connaître le montant proposé par le FAM et à l'article 6 de laquelle est indiqué expressément :

"À peine de déchéance, si le soussigné de seconde part conteste la présente offre d'indemnisation, elle porte conformément au Code judiciaire la contestation, devant le Tribunal de première instance avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1^{er}, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le soussigné de première part n'est lié ni par son avis ni par son offre"

Ce courrier est également adressé en copie au conseil de ...

Le demandeur au principal ne peut donc raisonnablement soutenir ne pas avoir été informé du délai dans lequel il pouvait faire valoir ses droits et exercer un recours devant le Tribunal de céans.

L'article 27 de la loi du 31 mars 2010 dispose que :

"À peine de déchéance, le demandeur qui conteste l'offre d'indemnisation du Fonds porte, conformément au Code judiciaire la contestation, devant le tribunal avant l'expiration du délai prévu à l'article 26, § 1^{er}, le cas échéant prolongé conformément au § 2 de ce même article. Dans le cadre de cette procédure, le Fonds n'est lié ni par son avis ni par son offre."

En l'espèce, il ressort des éléments soumis à l'appréciation du Tribunal que la citation introductive d'instant a été signifiée le ..., soit après l'expiration du délai prévu par l'article 27 de la loi précitée.

Par conséquent, le demandeur au principal est déchu de son droit d'agir contre le défendeur au principal en indemnisation.

- *Sur la demande incidente à l'égard ...*

Se basant sur le rapport d'expertise du Docteur ... et de l'avis du FAM qui en a découlé, le demandeur au principal forme une demande d'indemnisation à l'égard de la ..., assureur en responsabilité civile professionnelle des différents prestataires de soins dont la responsabilité est recherchée sur la base des articles 1382 et suivants de l'ancien Code civil.

Conformément aux règles d'administration de la preuve visées aux articles 8.4 et suivants du nouveau code civil, il appartient au demandeur au principal d'établir avec un degré raisonnable de certitude les conditions de mise en œuvre de cette responsabilité.

Ainsi, le demandeur au principal fait grief aux prestataires de soins concernés d'avoir commis une faute professionnelle, laquelle consiste selon lui en une erreur médicale.

Il appartient donc au demandeur au principal de démontrer successivement :

- une erreur constitutive d'un manquement professionnel dans le chef des différents prestataires de soins visés dans le cadre de l'intervention subie par sa mère le ... et/ou dans le cadre du suivi post-opératoire
- le caractère fautif de cette erreur ou de ce manquement
- l'existence d'un dommage consécutif à cette intervention
- le lien causal entre la faute et le dommage vanté.

En matière de responsabilité médicale, il importe de ne pas procéder par un raisonnement *a posteriori*, à savoir partir d'un diagnostic connu pour remonter le cours des événements et se focaliser sur quelques indices ou hypothèses qui auraient pu conduire à un diagnostic plus adéquat au regard de la suite, mais bien de se replacer autant que faire se peut dans les circonstances concrètes de la cause.

En l'espèce, le demandeur au principal produit l'avis du Fonds des Accidents Médicaux établi le ... sur la base du rapport d'expertise établi par le Docteur ... le ... lequel retient la responsabilité des prestataires de soins concernés considérant deux manquements dans le suivi postopératoire de Madame ... à savoir :

- une erreur dans la posologie d'héparine administrée ayant engendré un surdosage et une tendance hémorragique
- l'absence d'intervention chirurgicale alors que l'état de la patiente se dégradait.

En matière de responsabilité médicale, il suffit que la victime produise un ou plusieurs rapports médicaux révélant l'existence d'indices suffisamment sérieux d'éventuels manquements aux règles de l'art de guérir dans le chef du praticien dont la responsabilité est recherchée pour établir tout le moins la vraisemblance des faits allégués et justifier le cas échéant une mesure d'expertise judiciaire.

En ce qui concerne plus particulièrement l'avis du Fonds des Accidents Médicaux, il est établi que l'expertise mise en place par l'article 17 de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant des soins de santé n'est ni une expertise amiable, ni une expertise judiciaire, et ne présente pas les mêmes garanties que l'expertise judiciaire puisqu'à l'inverse du juge, le Fonds des Accidents Médicaux n'est pas un tiers totalement neutre, dès lors que les conclusions de l'expertise auront une incidence sur ses propres droits et obligations.

Si le Fonds des Accidents Médicaux n'apparaît pas comme un organe totalement impartial, il ne s'en déduit pas pour autant que l'expertise qu'il a diligentée doive être purement et simplement écartée dans le cadre d'un débat judiciaire ultérieur : le juge apprécie si le rapport auquel elle aboutit contient des éléments pouvant être retenus à titre de renseignements, de présomptions, voire même de preuves.

En l'espèce, l'avis du Fonds des Accidents Médicaux se fonde sur le rapport établi par le Docteur ..., neurochirurgien, lequel conclut avec vraisemblance à l'existence de plusieurs manquements fautifs dans le chef des différents prestataires de soins visés.

Partant, si le rapport d'expertise médicale établi par le Docteur ... dans le cadre d'une mission lui confiée par le FAM, ne peut être pris en considération tel quel comme établissant avec un degré raisonnable de certitude l'existence de fautes dans le chef des prestataires de soins en lien causal avec le décès de la patiente, engageant ainsi leur responsabilité professionnelle, il n'en demeure pas moins que ce rapport constitue un élément suffisant à établir que cette responsabilité n'est pas exclue.

Partant la désignation d'un expert médecin dans le cadre d'une mesure d'expertise judiciaire s'avère nécessaire pour la solution du litige.

Le Tribunal réserve donc à statuer sur le fondement de la demande incidente eu égard à la mesure avant dire droit ordonnée au dispositif du présent jugement.

- Sur la demande en garantie formée à l'égard ...

Conformément à l'article 20 de la loi du 31 mars 2010 :

"La procédure devant le Fonds est gratuite pour le demandeur.

Le cas échéant, les frais d'expertise sont à charge du prestataire de soins responsable du dommage et de son assureur, si la responsabilité du prestataire a été reconnue par lui ou son assureur ou si elle a été établie par une décision judiciaire coulée en force de chose jugée."

En exécution de cette disposition, le défendeur au principal entend réclamer à la défenderesse en intervention forcée le remboursement des frais d'expertise décaissés en date du ... à concurrence de 4.027,02 EUR.

Compte tenu de la mesure d'instruction qui sera ordonnée par le présent jugement, visant à déterminer la responsabilité des assurés de la défenderesse en garantie, et partant à statuer sur le fondement de la demande incidente formée par le demandeur au principal, il est à ce stade prématuré de statuer sur le fondement la demande en intervention forcée et il sera donc réservé à statuer sur ce point.

IV. Les dépens

Le Tribunal n'étant de sa saisine, il sera réservé à statuer sur les frais et dépens de l'instance, à l'exception des frais et dépens relatifs à la demande principale.

Le demandeur au principal succombe dans sa demande à l'égard du défendeur au principal et sera dès lors condamné à une indemnité de procédure liquidée à 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

Par ces motifs,

Le tribunal, statuant contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, usage de la langue française ayant été fait ;

Reçoit les demandes principale, incidente et en intervention ;

Dit la demande principale non fondée ;

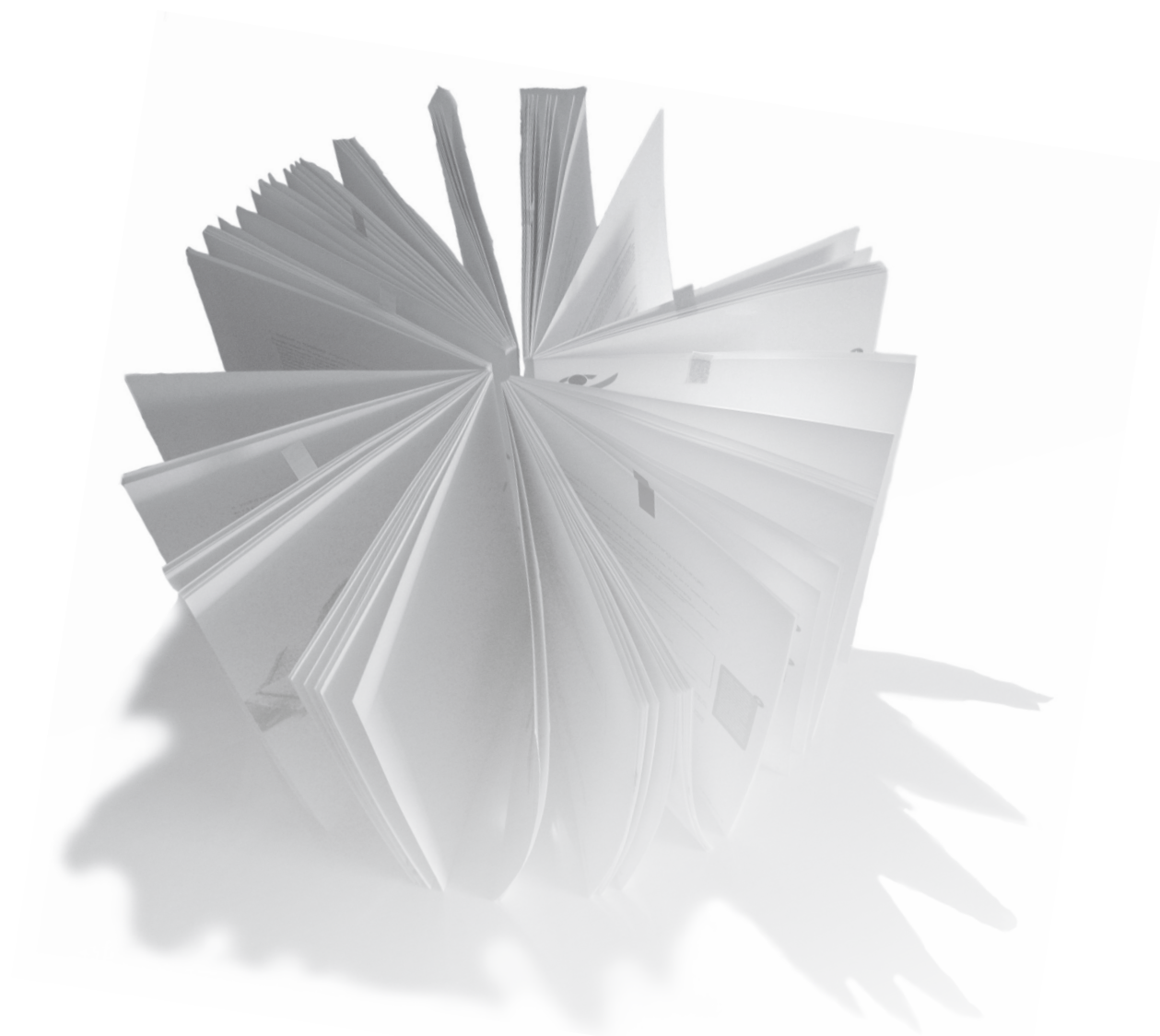
En déboute le demandeur au principal ... ;

Condamne ... aux frais et dépens de l'instance relatif à la demande principale, liquidés à une indemnité de procédure de 4.500,00 EUR (montant de base indexé au 01.11.2022)

...

3^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



Fonds medische ongevallen (FMO)

Besmet bloed – Vergoeding – Geen enkele aanvraag ontvangen door het FMO

Vraag nr. 2190, gesteld op 19 juni 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DE JONGE, volksvertegenwoordigster¹

Ik verwijs graag naar mijn eerder gestelde schriftelijke vraag. Hierin heb ik u bevraagd over de vergoeding van besmette bloedtransfusies. Dit voor personen die voor 1985 een transfusie hebben gekregen met bloed dat besmet was met hiv of hepatitis C (antwoord van 28.01.2021 op vraag nr. 194 van 20.11.2020, *Vragen en Antwoorden*, Kamer, 2020-2021, nr. 37 van 03.02.2021, blz. 103).

U heeft hierop geantwoord dat het Fonds medische ongevallen (FMO) na 2 april 2010 en tot dan toe nog geen dossier heeft opgestart.

Heeft het FMO al nieuwe dossiers opgestart? Zo ja, hoeveel? Zo neen, wanneer zou dit gebeuren?

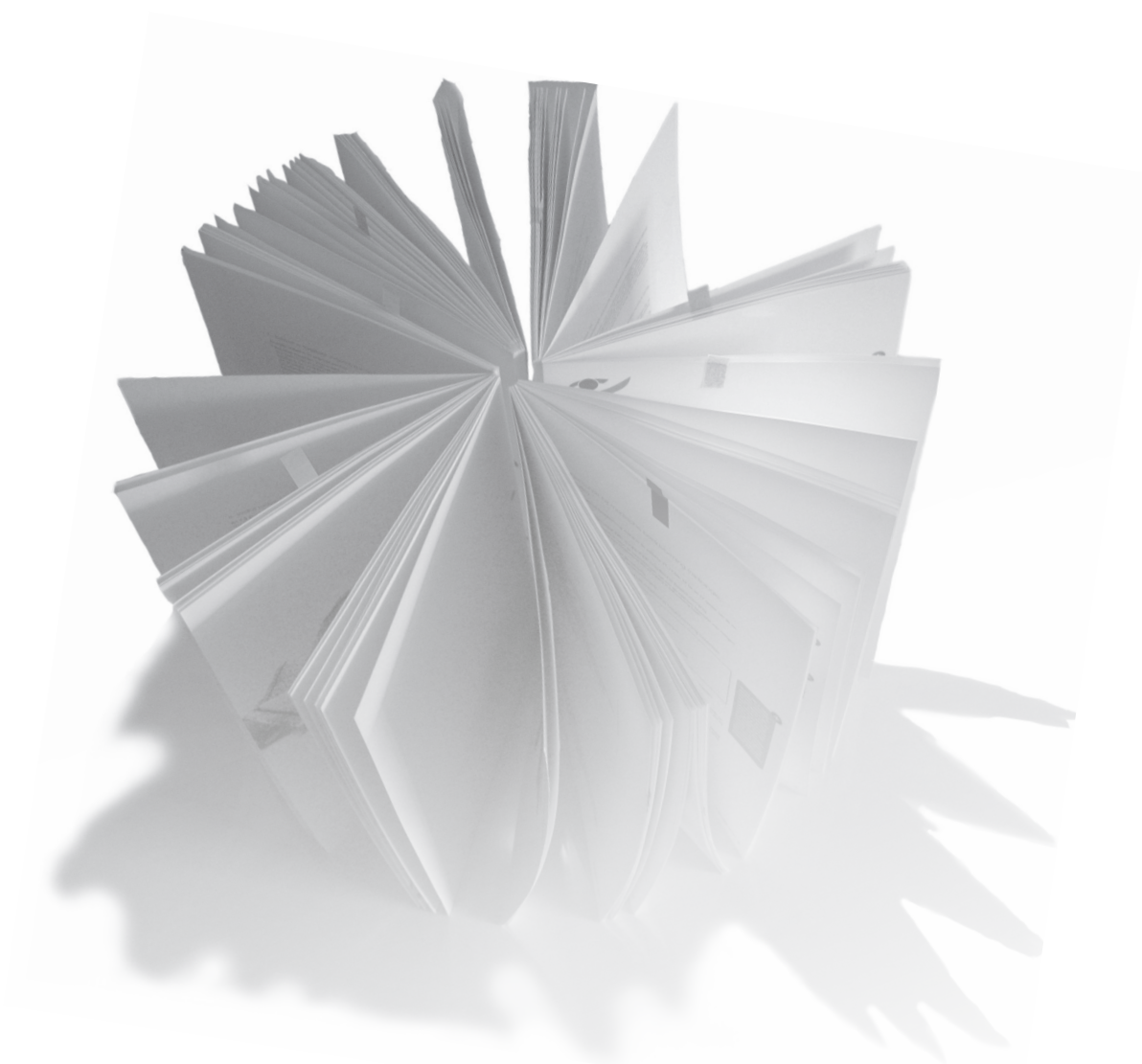
Antwoord

De wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg voorziet niet in het behandelen van medische ongevallen, die zich hebben voorgedaan voor 2 april 2010.

Er zijn bij het Fonds Medische Ongevallen geen dossiers behandeld, in verband met besmette bloedtransfusies, van na 2 april 2010. Het Fonds heeft namelijk hieromtrent nog steeds geen aanvragen ontvangen.

1. Bulletin nr. 115, Kamer, gewone zitting 2022-2023, blz. 234.

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 verzekerbareidheid.²

Het advies van de Werkgroep verzekerbareidheid, 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° 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.

II. Gerechtigden waarvan de geboortedatum niet gekend is – Vaststelling van de wettelijke pensioenleeftijd

Van toepassing vanaf 15 juli 2023.

Bij de aanvraag tot inschrijving in een Belgische gemeente of, in voorkomend geval, in het *Bis*register van de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, is het mogelijk dat sommige burgers, meestal burgers van vreemde nationaliteit, hun volledige en correcte geboortedatum niet kunnen bewijzen aan de hand van akten of authentieke documenten.

Indien de burger minstens het geboortjaar kan bewijzen, kan de gemeente deze “verklaarde” geboortedatum op verzoek van de burger registreren. Overeenkomstig de bepalingen van artikel 5, eerste lid van het koninklijk besluit van 3 april 1984 betreffende de samenstelling van het identificatienummer van de personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen worden in dat geval de eerste zes cijfers gevormd door het geboortjaar en vier “nullen”. Het tweede lid van hetzelfde artikel bepaalt tevens dat wanneer de mogelijkheden van het reeksnummer uitgeput zijn, bij een nieuwe inschrijving het zesde cijfer van de geboortedatum met één eenheid wordt verhoogd en terzelfdertijd de inschrijving in het reeksnummer van bij de aanvang wordt hervat.

Voor een correct beheer van hun dossiers, zoals het bepalen van het begin en het einde van de rechten, de betalingstermijnen, enz. hebben de meeste instellingen van sociale zekerheid een volledige geboortedatum nodig.

In dat kader geldt het principe dat **de personen, waarvan de geboortedatum niet gekend is, steeds worden beschouwd als geboren op 1 juli van hun geboortjaar.**



Bijvoorbeeld: een mannelijke persoon met als rijksregisternummer 630000/003-32 zal pensioengerechtigd zijn op 1 augustus 2029 (de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd bereikt die in 2029 op 66 jaar is vastgesteld).

Er wordt verzocht dat de verzekeringsinstellingen met dit principe rekening houden in het kader van bijvoorbeeld de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid (met in voorkomend geval een impact op de voorstellen tot intrede of verlenging van de staat van invaliditeit overeenkomstig de bepalingen van art. 177, § 1 van het K.B. van 03.07.1996) en de toepassing van de bepalingen van artikel 108 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en artikel 26 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (recht op uitkeringen vóór de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de wettelijke pensioenleeftijd wordt bereikt en recht op uitkeringen vanaf de eerste dag van de kalendermaand volgend op de kalendermaand waarin de wettelijke pensioenleeftijd is bereikt – stelsel van de werknemers en stelsel van de zelfstandigen).



Omzendbrief V.I. nr. 2023/193 – 401/9 en 480/14 van 14 juli 2023.

III. Recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen na de wettelijke pensioenleeftijd – Stelsel van de werknemers

In het Belgisch Staatsblad van 14 juni 2023 is de wet van 4 juni 2023 tot wijziging, wat de uitkerings- en moederschapsverzekering betreft, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 gepubliceerd.

Het hoofdstuk 5 vervangt artikel 108 van de voormelde gecoördineerde wet en handelt over het recht op uitkeringen vóór en vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de wettelijke pensioenleeftijd wordt bereikt.

I. Toelichting van de regeling

1. Arbeidsongeschiktheid die begint vóór de maand die volgt op de maand waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd bereikt (art. 108, 1^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

1.1. Principe

Indien de arbeidsongeschiktheid begint vóór de maand die volgt op de maand waarin de verzekerde de wettelijke pensioenleeftijd bereikt, worden de uitkeringen geweigerd vanaf de maand volgend op die waarin deze verzekerde de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt.

Wanneer de verzekerde echter op dat ogenblik nog niet gedurende zes maanden arbeidsongeschikt is erkend, blijft hij recht hebben op uitkeringen voor de resterende periode (voor de nog te lopen periode tot het einde van de zesde maand van primaire ongeschiktheid).

In dat kader is het niet langer vereist dat de betrokkene na de maand waarin hij de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt, de hoedanigheid van gerechtigde moet behouden door middel van een onderwerping aan de “RSZ-wet” van 27 juni 1969 opdat de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen kunnen worden toegekend.



Voorbeeld:

Een werknemer wordt ziek op 1 augustus 2023 en bereikt de leeftijd van 65 jaar op 15 september 2023. Hij beslist om nog niet zijn rustpensioen met ingang van 1 oktober 2023 op te nemen. De betrokkene zal kunnen worden vergoed vanaf 1 augustus 2023 – behalve voor de eventuele periode gedekt door het gewaarborgd loon – tot en met 30 september 2023 én ook vanaf 1 oktober 2023 tot en met uiterlijk 31 januari 2024 (voor zover hij arbeidsongeschikt erkend blijft tijdens deze periode).

1.2. Impact van de toekenning van een rustpensioen (art. 108, 3^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

Artikel 235, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat, onverminderd de bepalingen van de wetgeving inzake rust- en overlevingspensioenen, de gerechtigde, die uit welke hoofde ook aanspraken kan doen gelden op een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of op eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend hetzij door een Belgische of een buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, respectievelijk aanspraak kan maken, naargelang hij personen ten laste heeft of niet, op een bedrag gelijk aan het verschil tussen 150 of 125 procent van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, vastgesteld voor de gerechtigde met personen ten laste, en het bedrag van het pensioen of van het als dusdanig geldend voordeel in werkdagen geëvalueerd zonder het dagbedrag van de uitkering te mogen overschrijden dat hem zou toegekend worden indien er geen cumulatie was.

1.2.1. SITUATIE TOT EN MET DE LAATSTE DAG VAN DE MAAND WAARIN DE WETTELIJKE PENSIOENLEEFTIJD IS BEREIKT

De voormelde cumulatieregels bedoeld in artikel 235, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 is steeds van toepassing (als de toepasselijke pensioenreglementering geen weigering van het rustpensioen bepaalt zodra arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden genoten¹).

1.2.2. SITUATIE VANAF DE EERSTE DAG VAN DE MAAND VOLGEND OP DE MAAND WAARIN DE WETTELIJKE PENSIOENLEEFTIJD IS BEREIKT

Behalve in de situatie waarin het rustpensioen krachtens het Belgische **werknemersstelsel** (overeenkomstig het K.B. nr. 50 van 24.10.1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers) wordt genoten, is de voormelde cumulatieregels bedoeld in artikel 235, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing (op voorwaarde dat de toepasselijke pensioenreglementering geen weigering van het rustpensioen bepaalt zodra arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden genoten²).

Indien de betrokkene aanspraken kan doen gelden op het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel (beslissing tot opname van dit pensioen), dienen de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen steeds te worden geweigerd. Het gegeven dat de betrokkene beslist om te verzaken aan de toekenning van het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel, doet hieraan geen afbreuk.

2. Arbeidsongeschiktheid die begint na de maand waarin de betrokkene de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt (art. 108, 2^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

2.1. Principe

Indien de arbeidsongeschiktheid begint na de maand waarin de verzekerde de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt, kan deze verzekerde aanspraak maken op uitkeringen gedurende de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid. De uitkeringen worden dus geweigerd vanaf de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid.

1. Er dient te worden opgemerkt dat de actuele Belgische pensioenreglementering van het zelfstandigenstelsel (vgl. art. 30bis, eerste lid van het K.B. nr. 72 van 10.11.1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen) en van het ambtenarenstelsel (vgl. art. 91, eerste lid van de programmawet van 28.06.2013; een uitzondering vormt evenwel het pensioen wegens lichamelijke ongeschiktheid dat onbeperkt kan worden gecumuleerd met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) de cumulatie met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen principieel verbiedt zodat de betrokkene dient te verzaken aan het rustpensioen van het andere stelsel opdat hij daadwerkelijk de uitkeringen kan genieten.

2. Vgl. voetnoot 1.

In het kader van dit recht op uitkeringen is het niet langer vereist dat de hoedanigheid van gerechtigde moet behouden blijven door middel van een onderwerping aan de “RSZ-wet” van 27 juni 1969. Het volstaat dat de betrokken verzekerde na de maand waarin de wettelijke pensioenleeftijd is bereikt als werknemer (of gelijkgesteld) tewerkgesteld is geweest (vgl. de bedoeling om na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd extra pensioenrechten op te bouwen).

De verzekeraarvoorwaarden inzake wachttijd en behoud van het recht op uitkeringen en de “dertig-dagen-regel” (gerechtigde zijn op uitkeringen binnen de dertig dagen vóór het begin van de arbeidsongeschiktheid) blijven uiteraard volledig van toepassing.

 **Opmerking:** Indien de gerechtigde opnieuw arbeidsongeschikt erkend wordt buiten de termijn van hervat bedoeld in artikel 87, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, opent hij een nieuw recht op primaire ongeschiktheidsuitkeringen gedurende maximaal zes maanden.

 *Voorbeeld:*

Een werknemer bereikt de leeftijd van 65 jaar op 15 juli 2023 en hij beslist om nog niet zijn rustpensioen met ingang van 1 augustus 2023 op te nemen.

Hij is arbeidsongeschikt vanaf 1 september 2023 tot en met 20 oktober 2023. De betrokkene zal kunnen worden vergoed vanaf 1 september 2023 – behalve voor de eventuele periode gedekt door het gewaarborgd loon – tot en met 20 oktober 2023.

Hij is opnieuw arbeidsongeschikt vanaf 15 januari 2024. De betrokkene zal opnieuw kunnen worden vergoed vanaf 15 januari 2024 – behalve voor de eventuele periode gedekt door het gewaarborgd loon – tot en met uiterlijk 14 juli 2024 (en voor zover hij arbeidsongeschikt erkend blijft tijdens deze periode).

2.2. Impact van de toekenning van een rustpensioen (art. 108, 3^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)

Artikel 235, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat, onverminderd de bepalingen van de wetgeving inzake rust- en overlevingspensioenen, de gerechtigde, die uit welke hoofde ook aanspraken kan doen gelden op een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of op eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend hetzij door een Belgische of een buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut, respectievelijk aanspraak kan maken, naargelang hij personen ten laste heeft of niet, op een bedrag gelijk aan het verschil tussen 150 of 125 procent van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid, vastgesteld voor de gerechtigde met personen ten laste, en het bedrag van het pensioen of van het als dusdanig geldend voordeel in werkdagen gewaardeerd zonder het dagbedrag van de uitkering te mogen overschrijden dat hem zou toegekend worden indien er geen cumulatie was.

Behalve in de situatie waarin het rustpensioen krachtens het Belgische **werknemersstelsel** (overeenkomstig het K.B. nr. 50 van 24.10.1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers) wordt genoten, is de voormelde cumulatieregel bedoeld in artikel 235, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 van toepassing (op voorwaarde dat de toepasselijke pensioenreglementering geen weigering van het rustpensioen bepaalt zodra arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden genoten³).

Indien de betrokkene aanspraken kan doen gelden op het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel (beslissing tot opname van dit pensioen), dienen de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen steeds te worden geweigerd. Het gegeven dat de betrokkene beslist om te verzaken aan de toekenning van het rustpensioen krachtens het Belgische werknemersstelsel, doet hieraan geen afbreuk.

3. Er dient te worden opgemerkt dat de actuele Belgische pensioenreglementering van het zelfstandigenstelsel (vgl. art. 30b/s, eerste lid van het K.B. nr. 72 van 10.11.1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen) en van het ambtenarenstelsel (vgl. art. 91, eerste lid van de programmawet van 28.06.2013; een uitzondering vormt evenwel het rustpensioen wegens lichamelijke ongeschiktheid dat onbeperkt kan worden gecumuleerd met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) de cumulatie met arbeidsongeschiktheidsuitkeringen principieel verbiedt zodat de betrokkene dient te verzaken aan het rustpensioen van het andere stelsel opdat hij daadwerkelijk de uitkeringen kan genieten.

II. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van **1 juli 2023** en is van toepassing op de periodes van arbeidsongeschiktheid die vanaf deze datum aanvatten, evenals op de periodes van arbeidsongeschiktheid die op diezelfde datum nog lopende zijn.

Vervangt omzendbrief 2019/137 van 24 april 2019.⁴



Omzendbrief V.I. nr. 2023/194- 44/257 van 17 juli 2023.

4. Gepubliceerd in het I.B. nr. 2019/2.

IV. Uitgestelde bezoldiging van de tijdelijke leerkrachten: wijziging van de werkloosheidsreglementering en impact op de uitkerings- en moederschapsverzekering

Van toepassing vanaf 1 juli 2023.

I. Inleiding

Tijdens het schooljaar worden de prestaties van de tijdelijke leerkrachten, ter herinnering, verhoogd overeenkomstig de instructies bedoeld in de omzendbrief VI nr. 2007/115 van 6 april 2007 (rubriek 21/7).

Voor elke uitgeoefende tewerkstelling als leerkracht moet de werkgever (of zijn mandataris) in de DMFA of mini-DMFA van de ASR aangeven of de betrokkene in tienden wordt betaald via de code 10 (of zelfs via de code 20 (voor de betalingswijze aangepast aan de hervorming van het schooljaar 2022-2023 voor het Franstalige onderwijs¹)), in de zone 00060 "Onderwijs - Betalingswijze".

Deze indicatie laat toe om, in voorkomend geval, het volgende te bepalen:

- de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging die wordt gelijkgesteld met een periode van arbeid, overeenkomstig de bepalingen van artikel 203, vierde lid, 8^o en 12^o, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging waarvoor de uitkeringen moeten worden geweigerd, overeenkomstig de bepalingen van artikel 103 (en van art. 117) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, of verminderd, overeenkomstig artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging (beschouwd als een "periode van wettelijke vakantie") die de postnatale rust verlengt, overeenkomstig artikel 220, 1^o, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging die de periode van 30 dagen bedoeld in artikel 31 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 verlengt.

De periode van uitgestelde bezoldiging dekt ongeveer 20 % van de prestaties van het afgelopen schooljaar tijdens de zomervakantie. Ingevolge de hervorming van de schoolritmes in (een deel van) het onderwijs van de Federatie Wallonië-Brussel (Franse Gemeenschap) stemt deze periode van zomervakantie sinds de zomer van 2022 niet langer noodzakelijk overeen met de periode van 1 juli tot 31 augustus².

1. Enseignement.be - Que prévoit la réforme des rythmes scolaires ?

2. In dit verband heeft de Algemene Directie van de Onderwijssectoren van de Federatie Wallonië-Brussel op 11.03.2022 aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV gepreciseerd dat het hervormde schooljaar steeds 313 dagen zou omvatten, dat de zomervakantie loopt van de dag na het einde van een schooljaar tot de dag voor het volgende schooljaar en dat dit in het algemeen 51 kalenderdagen vertegenwoordigt (maar dat dit aantal dagen om de 5 of 6 jaar 58 zal bedragen (de eerste keer dat de zomervakantie langer zal duren is de zomer van 2027).

In het kader van de werkloosheidsreglementering werden de bepalingen van het ministerieel besluit van 26 november 1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering (art. 37 van het K.B. van 25.11.1991 betreffende de toelaatbaarheidsvoorwaarden en de artn. 45, 46, 51 en 55 van het K.B. van 25.11.1991 betreffende het onvrijwillig zonder arbeid en zonder loon zijn) aangepast bij ministerieel besluit van 8 juni 2023. Deze aanpassingen zijn in werking getreden op 19 juni 2023 (de dag van de bekendmaking van het M.B. in het B.S.). Zij zullen dus voor het eerst van toepassing zijn tijdens de zomer van 2023.

II. Periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging

=> Eerste (werk)dag van de periode van zomervakantie

In het kader van de werkloosheidsverzekering wordt een fundamenteel onderscheid gemaakt tussen:

- *het gebruik van een vaste schoolkalender*: een kalender waarin het schooljaar en de zomervakantie op vaste data beginnen en eindigen, ongeacht het kalenderjaar
- *het gebruik van een variabele schoolkalender*: een kalender waarin het schooljaar en de zomervakantie op verschillende data beginnen en eindigen afhankelijk van de kalenderjaren.

In het kader van de werkloosheidsreglementering hanteert een deel van de onderwijssector die onder de bevoegdheid van de Federatie Wallonië-Brussel (Franse Gemeenschap) valt, dus een variabele kalender.

Met de code 20 (voor de betalingswijze die is aangepast aan de hervorming van het schooljaar 2022-2023 voor het Franstalig onderwijs) in de zone 00060 «Onderwijs - Betalingswijze», kan ter herinnering worden aangegeven voor welke tewerkstellingen het gebruik van een variabele kalender van toepassing is.

In dit geval (variabele kalender) is de maandag van de eerste volledige week van de zomervakantie de eerste werkdag van de periode van zomervakantie.

In de andere gevallen (vaste kalender) is de eerste werkdag van de eerste volledige maand van de zomervakantie de eerste werkdag van de periode van zomervakantie (dus 1 juli als dat een werkdag is of de maandag die daarop volgt als 1 juli een zondag is).

=> Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging (principes)

Het aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging, wordt in **het algemeen**³ bepaald volgens:

- het aantal effectieve of gelijkgestelde arbeidsdagen die door de betrokken gemeenschap in aanmerking worden genomen voor de berekening van de uitgestelde bezoldiging van de betrokken leerkracht (A)
- de tewerkstellingsbreuk van de tewerkstelling (Q/S)
- de verhouding tussen de periode van zomervakantie (B) en de periode van het schooljaar (C).

B - de periode die begint op de eerste werkdag van de zomervakantie en eindigt op de laatste dag van de zomervakantie (zoals bepaald door de betrokken gemeenschap).

C - de periode van het schooljaar, exclusief de zomervakantie, die begint op de eerste werkdag van de periode van het schooljaar (zoals bepaald door de betrokken gemeenschap) en eindigt op de dag vóór de eerste werkdag van de periode van zomervakantie.

3. Zie art. 20/1 (§ 2, derde lid) van het M.B. van 26.11.1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering dat verwijst naar art. 9 (derde lid) van hetzelfde M.B.

Uitgestelde bezoldiging (# dagen) = $A \times Q/S^4 \times B/C$

De periodes van de zomervakantie (B) en van het schooljaar (C) worden uitgedrukt op basis van de door de betrokken gemeenschap vastgestelde schoolkalender waaraan de betrokken leerkracht is onderworpen⁵, meer bepaald:

1° in weken als de gemeenschap een variabele schoolkalender gebruikt;

2° in maanden als de gemeenschap een vaste schoolkalender gebruikt.

Het vijfde cijfer achter de komma in het resultaat van de formule $[B/C]$ en de formule $[A \times Q/S \times B/C]$ wordt geschrapt⁶.



Voorbeeld 1 (voor 2022/2023) wat een variabele schoolkalender betreft:

C - schooljaar: 45 weken van maandag 29 augustus 2022 tot en met zondag 9 juli 2023

B - schoolvakantie: 7 weken van maandag 10 juli 2023 tot en met zondag 27 augustus 2023

$B/C = [7 \text{ weken} / 45 \text{ weken}] = [1,1555...] = 0,1555$

De betrokken leerkracht heeft vanaf vrijdag 7 oktober 2022 voltijds gewerkt ($Q = 24u / S = 24u$), hetgeen overeenstemt met 236 arbeidsdagen (in een arbeidsregime van 6 dagen per week).

Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging: $236 \times 24/24 \times 0,1555 = 36,698$ dagen [afgerond tot 37 dagen (arbeidsregime van 6 dagen per week), hetgeen overeenstemt met de periode vanaf maandag 10 juli 2023 tot en met maandag 21 augustus 2023 voor de toepassing van de bepalingen inzake de weigering van de uitkeringen bedoeld in artikel 103 (117) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994].



Voorbeeld 2 (voor 2022/2023) wat een variabele schoolkalender betreft:

C - schooljaar: 45 weken van maandag 29 augustus 2022 tot en met zondag 9 juli 2023

B - schoolvakantie: 7 weken van maandag 10 juli 2023 tot en met zondag 27 augustus 2023

$B/C = [7 \text{ weken} / 45 \text{ weken}] = [1,1555...] = 0,1555$

De betrokken leerkracht heeft deeltijds gewerkt:

- ($Q = 12u / S = 24u$) vanaf vrijdag 7 oktober 2022 voor de rest van het schooljaar hetgeen overeenkomt met 236 arbeidsdagen (in een arbeidsregime van 6 dagen per week)
- ($Q = 5u / S = 21u$) vanaf vrijdag 7 oktober 2022 voor de rest van het schooljaar hetgeen overeenkomt met 236 arbeidsdagen (in een arbeidsregime van 6 dagen per week).

Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging: 27,0866 dagen (18,349 dagen + 8,7376 dagen)

- $236 \times 12/24 \times 0,1555 = 18,349$ dagen
- $236 \times 5/21 \times 0,1555 = 8,7376$ dagen

Voor de toepassing van de bepalingen inzake de weigering van de uitkeringen bedoeld in artikel 103 (117) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, stemt dit aantal dagen van uitgestelde bezoldiging (27,0866 afgerond op 28) overeen met de periode van maandag 10 juli 2023 tot en met donderdag 10 augustus 2023.

Het aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging wordt **echter**⁷ geacht de volledige zomervakantieperiode te dekken, zoals vastgesteld door de betrokken gemeenschap, als de leerkracht een volledige jaarwedde als voltijds leerkracht heeft ontvangen.

4. De factoren Q en S worden in dit verband gedefinieerd in art. 99, 1° en 2°, van het K.B. van 25.11.1991 houdende de werkloosheidsreglementering.

5. Art. 9, vijfde lid, van het M.B. van 26.11.1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering.

6. Art. 9, vierde en zesde lid, van het M.B. van 26.11.1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering.

7. Art. 20/1, § 2, vierde lid, van het M.B. van 26.11.1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering.

=> Aanrekening van jaarlijkse vakantiedagen (beginselen)

De dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging worden aangerekend:

- vanaf de eerste werkdag van de door de betrokken gemeenschap vastgestelde periode van zomervakantie;
- vanaf de eerste werkdag na het einde van de arbeidsovereenkomst die recht geeft op de uitgestelde bezoldiging, dat wil zeggen ten vroegste de eerste werkdag van de maand juli (bij gebrek aan de uitdrukkelijke vaststelling van een periode van zomervakantie door de betrokken gemeenschap)⁸.

=> Verschillende schoolkalenders (uitzondering)

Indien voor een leerkracht die geen volledige jaarwedde heeft ontvangen, gedurende hetzelfde schooljaar verschillende schoolkalenders gelden, wordt de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging uitgeput:

- tussen de datum waarop de zomervakantie ten vroegste begint en de datum waarop de zomervakantie ten laatste begint [periode uitgedrukt door het getal z die aanvat vanaf de datum waarop de vakantie ten vroegste begint]
- eerder of later, afhankelijk van het relatieve belang van het aantal dagen in de vaste kalender (getal y) en variabele kalender (getal x) [weging gesymboliseerd door de vermenigvuldiging met de verhouding tussen het aantal dagen in de variabele kalender (x) en het aantal dagen in de variabele (x) en vaste (y) kalenders].

In dit specifieke geval (gemengd) worden de dagen gedekt door een uitgestelde bezoldiging immers uitgeput *vanaf de eerste werkdag na een periode (...) die aanvangt vanaf de eerste werkdag van de zomervakantieperiode die het vroegste begint*.

Deze **periode**, bedoeld in artikel 20/1, § 3, van het ministerieel besluit van 26 november 1991, bestaat uit een aantal dagen dat gelijk is aan het resultaat van de formule $z \cdot x / (x + y)$:

z - het aantal kalenderdagen in de periode vanaf de eerste werkdag van de *vroegste beginnende* periode van zomervakantie tot de dag vóór de eerste werkdag van de *laatst beginnende* periode van zomervakantie. Voor het schooljaar 2022-2023 zou 'z' dan overeenstemmen met het aantal kalenderdagen tussen de periode vanaf zaterdag 1 juli 2023 tot en met zondag 9 juli 2023, dus 9 dagen.

x - het aantal dagen, in een zesdagenstelsel, gedekt door een arbeidsovereenkomst voor alle tewerkstellingen die worden uitgeoefend in een onderwijsinstelling die een *variabele* schoolkalender hanteert, en die door de betrokken gemeenschap in aanmerking worden genomen voor de berekening van de uitgestelde bezoldiging, vermenigvuldigd met Q/S ;

y - het aantal dagen, in een zesdagenstelsel, gedekt door een arbeidsovereenkomst voor alle tewerkstellingen die worden uitgeoefend in een onderwijsinstelling die een *vaste* schoolkalender hanteert, en die door de betrokken gemeenschap in aanmerking worden genomen voor de berekening van de uitgestelde bezoldiging; vermenigvuldigd met Q/S ;

Het verkregen resultaat wordt naar de lagere eenheid afgerond.

8. Art. 20/1, § 2, eerste en tweede lid, van het M.B. van 26.11.1991 houdende toepassingsregelen van de werkloosheidsreglementering.

> Voorbeeld:

Vaste schoolkalender	Variabele schoolkalender
Schooljaar: 01.09.2022 – 30.06.2023 = 10 maanden	Schooljaar 29.08.2022 – 09.07.2023 = 45 weken
Zomervakantie: 01.07.2023 – 31.08.2023 = 2 maanden	Zomervakantie: 10.07.2023 – 27.08.2023 = 7 weken
B/C = $2/10 = 0,2$	B/C = $7/45$ (waarbij het vijfde cijfer na de komma wordt weggelaten) = 0,1555
Voltijdse tewerkstelling van 03.10.2022 tot 31.01.2023	Voltijdse tewerkstelling van 01.03.2023 tot 31.05.2023
Aantal dagen gedekt door een arbeidsovereenkomst in R6 = 104 dagen	Aantal dagen gedekt door een arbeidsovereenkomst in R6 = 79 dagen
Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging: 21 dagen ($104 \times 2/10 = 20,8$)	Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging: 13 dagen ($79 \times 0,1555 = 12,29$)

Totale uitgestelde bezoldiging: 34 dagen (21 dagen + 13 dagen)

De uitgestelde bezoldiging begint te lopen vanaf dinsdag 4 juli 2023, meer bepaald de werkdag na de periode van *drie dagen** die begint op zaterdag 1 juli 2023. Vgl.

* $9 \times 79 / (79 + 104) = 3,88$ afgerond naar de lagere eenheid.

Ook in een dergelijke situatie van verschillende schoolkalenders geldt het principe dat het aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging geacht wordt de volledige zomervakantieperiode te dekken, zoals vastgesteld door de betrokken gemeenschap, als de leerkracht een volledige jaarwedde als voltijds leerkracht heeft ontvangen.

Om te bepalen of een leerkracht een volledige voltijdse jaarwedde heeft ontvangen, moet er rekening worden gehouden met de effectieve arbeidsdagen gedekt door een arbeidsovereenkomst. Afhankelijk van de gebruikte schoolkalender verschilt het aantal arbeidsdagen:

- in een vaste schoolkalender: 260 arbeidsdagen
- in een variabele schoolkalender: 270 arbeidsdagen.

Als principe geldt dat een leerkracht een volledige voltijdse jaarwedde heeft ontvangen als het resultaat van de formule $x/X + y/Y$ minstens gelijk is aan 1 (waarbij X = 270 dagen en waarbij Y = 260 dagen).

> Voorbeeld:

Vaste schoolkalender	Variabele schoolkalender
Schooljaar: 01.09.2022 – 30.06.2023 = 10 maanden (dagen)	Schooljaar: 29.08.2022 – 09.07.2023 = 45 weken (270 dagen)
Zomervakantie: 01.07.2023 – 31.08.2023 = 2 maanden	Zomervakantie: 10.07.2023 – 27.08.2023 = 7 weken
$B/C = 2/10 = 0,2$	$B/C = 7/45$ (waarbij het vijfde cijfer na de komma wordt weggelaten) = 0,1555
Voltijdse tewerkstelling van 01.09.2022 tot 31.01.2023	Voltijdse tewerkstelling van 01.02.2023 tot 07.07.2023
Aantal arbeidsdagen (y) = 131 dagen	Aantal arbeidsdagen (x) = 135 dagen
$x/X + y/Y = 135/270 + 131/260 = 1$	
De betrokkene zou wel degelijk een volledige voltijdse jaarwedde hebben gekregen.	
Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging = $(131 * 0,2 = 26,2)$ 27 dagen	Aantal dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging = $(135 * 0,1555 = 20,9)$ 21 dagen
Totale uitgestelde bezoldiging = 48 dagen (27 + 21)	
De uitgestelde bezoldiging zou beginnen te lopen vanaf 05.07.2023 (eerste werkdag na de periode van 4 dagen die begint op 01.07.2023).	
$9 * 135 / (135 + 131) = 4,5$, afgerond naar de lagere eenheid (4)	
De volledige zomervakantieperiode zou aflopen op 29.08.2023 (48 dagen geteld vanaf 05.07.2023), en die datum ligt na de laatste dag van de zomervakantie die het vroegste eindigt.	

III. Uitkerings- en moederschapsverzekering

=> Principe

Met het oog op een harmonisatie en uniformiteit zijn de hierboven beschreven regels, die vanaf de zomer 2023 gelden in het kader van de werkloosheidsreglementering, ook van toepassing in het kader van de uitkerings- en moederschapsverzekering, voor de toepassing van de algemene regel van de weigering van de uitkeringen bedoeld in artikel 103 (via, in voorkomend geval, art. 117) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en om de aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen te bepalen overeenkomstig de bepalingen van artikel 203, vierde lid, 8° en 12° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 of overeenkomstig de bepalingen van artikel 224, § 1, 1° of 2° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

=> Uitzonderingen

In het kader van de reglementering van de uitkerings- en moederschapsverzekering is de (mogelijke) vermindering van de periode van uitgestelde bezoldiging in functie van de (deeltijdse) tewerkstellingsbreuk, uitgedrukt door de vermenigvuldiging van de factor Q/S van de tewerkstelling, echter niet van toepassing:

- in het kader van de toepassing van de bepalingen van artikel 220, 1°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 met het oog op de verlenging van de nabevallingsrust
- in het kader van de toepassing van de bepalingen van artikel 203, vierde lid, 8° en 12°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 *indien deze vermindering de sociaal verzekerde verhindert te voldoen aan de voorwaarden inzake de wachttijd of het behoud van het recht op uitkeringen, met inbegrip van de voorwaarde, bedoeld in artikel 131 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, om de hoedanigheid van gerechtigde te bewijzen binnen dertig dagen voorafgaand aan het begin van de arbeidsongeschiktheid of het begin van een ander door de uitkerings- of moederschapsverzekering gedekt risico.*

De vermindering van de periode van uitgestelde bezoldiging volgens de deeltijdse tewerkstellingsbreuk, uitgedrukt door de vermenigvuldiging met de factor Q/S van de tewerkstelling, kan dan *omwille van de interne coherentie* evenmin worden toegepast voor de toepassing van de bepalingen bedoeld in artikel 103 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (weigering van de uitkeringen), en evenmin voor de toepassing van de bepalingen van artikel 224, § 1, 1° of 2° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (hoedanigheid van regelmatig werknemer).

De vermindering van de periode van uitgestelde bezoldiging volgens de deeltijdse tewerkstellingsbreuk, uitgedrukt door de vermenigvuldiging met de factor Q/S van de tewerkstelling, zou ook niet kunnen worden in aanmerking genomen voor de toepassing van de bepalingen van artikel 31 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997, indien het niet verminderen van de periode waarop de uitgestelde bezoldiging betrekking heeft, globaal gunstiger blijkt te zijn, rekening houdend met de toepassing van deze regel voor het bepalen van het gemiddeld dagloon met, in voorkomend geval, de toepassing van de cumulatiebepalingen van de uitkeringen bedoeld in artikel 103 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (cumulatie verboden) of in artikel 242 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (cumulatie toegestaan in geval van meerdere tewerkstellingen) en, in voorkomend geval, de toepassing van de bepalingen van artikel 224, § 1, 1° of 2° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (hoedanigheid van regelmatig werknemer)⁹.

Behalve voor de verlenging van de postnatale rust (krachtens de specifieke bepalingen van art. 220, 1°, van het K.B. van 03.07.1996), zouden de regels voor de vaststelling en de aanrekening van de uitgestelde bezoldiging die zijn weerhouden in het kader van de werkloosheidsreglementering (principe), algemeen gesteld, voorrang moeten hebben in geval van gecontroleerde werkloosheid tijdens de (volledige) zomervakantieperiode (niet gedekt door de uitgestelde bezoldiging).

In geval van een toegelaten activiteit mag worden aangenomen dat de vermindering van de uitkeringen (gedurende een periode die niet verminderd is volgens de tewerkstellingsbreuk), krachtens de bepalingen van artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, in het algemeen gunstiger zal zijn dan de weigering van uitkeringen (gedurende een periode die verminderd is volgens de tewerkstellingsbreuk) krachtens de algemene bepalingen inzake het cumulatieverbod bedoeld in artikel 103 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. De vermindering van de periode van uitgestelde bezoldiging volgens de deeltijdse tewerkstellingsbreuk, uitgedrukt door de vermenigvuldiging met de factor Q/S van de tewerkstelling, mag dus niet worden toegepast in de hypothesen bedoeld in bijlage 0b van de omzendbrief V.I. nr. 2018/382 over de berekening van de uitkeringen op grond van de cumulatieregel bedoeld in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

9. In het kader van de toepassing van de bepalingen van art. 224, § 1, 1°, van het K.B. van 03.07.1996 (hoedanigheid van regelmatig werknemer) worden de dagen van gecontroleerde werkloosheid, ter herinnering, niet in aanmerking genomen.

=> Opheffing van de Omzendbrief V.I. nr. 1991/334 (rubriek 21/1)

De instructies in deze omzendbrief V.I. vervangen die in de Omzendbrief V.I. nr. 1991/334 (rubriek 21/1) (met name die waarnaar in fine wordt verwezen in de Omzendbrief V.I. nr. 2007/115 van 6 april 2007 (rubriek 21/7)).



Omzendbrief V.I. nr. 2023/196 – 21/16 van 18 juli 2023.

V. Gegevensstromen in het raam van de systematische controle op het recht op de verhoogde tegemoetkoming in het jaar 2023

Inleiding:

Deze omzendbrief behandelt de inkomstencontrole bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (B.S. 29.01.2014), bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (K.B. van 15.01.2014).

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van de systematische controle.

Als bijlage bij deze omzendbrief gaat de technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling alsmede een document met de lijst van IPCAL-codes¹ betreffende het aanslagjaar 2022 (inkomsten van het jaar 2021) voor het berekenen van het gezinsinkomen en de lijst met de benaming en timing van de stromen.

1. Doel van de systematische controle

De systematische controle wordt in het koninklijk besluit van 15 januari 2014 beschreven in afdeling 9 van hoofdstuk 4, dat is het deel over het behoud van het recht (artn. 37-41).

De belangrijkste bestaansreden van dit proces is de verzekeringsinstellingen in staat te stellen om na de opening op grond van een verklaring op eer (verder in deze omzendbrief afgekort tot "VOE") het recht op verhoogde tegemoetkoming (verder in deze omzendbrief afgekort tot "V.T.") te kunnen verlengen zonder tussenkomst van de sociaal verzekerden. De verlenging gebeurt op basis van de inkomensgegevens van de sociaal verzekerden die momenteel V.T. genieten. Deze inkomensgegevens worden opgevraagd bij FOD Financiën. Dit proces verloopt via de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV (verder in deze omzendbrief afgekort tot DAC).

Het is de DAC die de noodzakelijke inkomensgegevens van de FOD Financiën aan de verzekeringsinstellingen bezorgt. De inkomsten van de gezinsleden stellen de verzekeringsinstelling in staat om de inkomenssituatie van het V.T.-gezin te onderzoeken en het recht op V.T. daaropvolgend te kunnen verlengen of stop te zetten.

Als de inkomensgegevens, waarover de verzekeringsinstelling beschikt tijdens het inkomensonderzoek dat volgt op de gegevensuitwisseling met de FOD Financiën en de DAC, een overschrijding van het inkomstenplafond aangeven of als er geen fiscale gegevens beschikbaar zijn voor minstens één gezinslid, wordt het recht beperkt tot 31 december.² Als in beide laatste situaties het gezin een nieuwe VOE indient en het recht opnieuw wordt toegekend vanaf 1 januari van het volgende jaar, dan wordt deze toekenning niet beschouwd als een opening van recht.

1. In bijlage 2 staat de lijst met de IPCAL-codes die worden opgevraagd bij de FOD Financiën voor het controlejaar 2023. Het zijn de inkomsten uit het jaar 2021, met aanslagjaar 2022, die worden opgevraagd. De lijst geeft ook een indicatie over de berekenwijze van de verschillende inkomsten.

De afspraken rond de berekening van de gezinsinkomsten zijn terug te vinden in het K.B. van 15.01.2014 en worden verder uitgewerkt in de Omzendbrief V.I. nr. 2019/81 van 01.03.2019 betreffende "Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten".

2. Tenzij dat de ontbrekende inkomsten afkomstig zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar.

De gegevens binnen dit proces stellen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV tevens ook in staat om de kwaliteit van de verklaringen op eer en de inkomstencontrole bij de toekenning van het recht op V.T. op te volgen en te evalueren.

2. Algemene beschrijving van het proces Systematische controle

2.1 Beschrijving van het proces

In het proces systematische controle worden tussen de verzekeringsinstellingen en de DAC drie bestanden uitgewisseld.

Het eerste bestand, "Syst_01", bestaat uit de gezinnen met een recht op V.T. op basis van een verklaring op erewoord. Meer bepaald de gezinnen die:

- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand³
- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referteperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 K.B. 15.01.2014)
- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, die dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand opende met een referteperiode van een jaar en die het voorgaande jaar een verlenging kregen na de systematische controle (art. 46 K.B. 15.01.2014).

Het tweede bestand dat wordt uitgewisseld tussen de DAC en de verzekeringsinstelling, het bestand "Syst_04", bestaat uit de opgevraagde inkomensgegevens. Het RIZIV heeft deze opgevraagd bij de FOD Financiën en geeft deze door aan de betrokken verzekeringsinstelling. De uitwisseling zal gebeuren via de filter van het Intermutualistisch College (verder in deze omzendbrief afgekort tot NIC).

Het feedbackbestand, "Syst_05", is het derde bestand dat wordt uitgewisseld tussen de verzekeringsinstellingen en de DAC binnen de systematische controle. Hierin laten de verzekeringsinstellingen weten welke rechten werden verlengd of stopgezet en de reden hiervoor.

De feedback zal worden gevraagd voor alle gezinnen uit de populatie van die controlecyclus en niet alleen voor deze met een overschrijding of waarbij het recht werd stopgezet.

De bestanden met fiscale gegevens die worden uitgewisseld tussen de DAC en de FOD Financiën zijn de "Syst_02" en "Syst_03" bestanden. De modaliteiten en inhoud van gegevensuitwisseling worden uitgewerkt in het Project Initiatie Document (PID), een Service level agreement (SLA) dat wordt afgesloten door het RIZIV (DAC) en de Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid (KSZ), en worden niet uitgewerkt in deze omzendbrief.

3. Dit zijn de gezinnen wiens V.T.-recht werd geopend op basis van een hoedanigheid en die gans het jaar 2021 recht hebben gehad.

2.2 Gebruik van het aanvraagnummer

Het aanvraagnummer bestaat uit de elementen verzekeringsinstelling + jaar + INSZ-aanvrager⁴. Dit jaar is het jaar waarin het bestand wordt doorgestuurd. Binnen het kader van deze omzendbrief is het jaar van uitwisseling het jaar 2023.

Wanneer een persoon naar een andere verzekeringsinstelling muteert, kan het zijn dat de verzekeringsinstelling die de gegevens in flux Syst_05 moet doorsturen, niet de flux Syst_01 heeft doorgestuurd. De V.I. die de gegevens in flux Syst_05 doorstuurt, moet hetzelfde aanvraagnummer gebruiken als in de andere gegevensuitwisselingen voor hetzelfde controleproces. Het is niet mogelijk dat er een ander aanvraagnummer gebruikt wordt voor eenzelfde gezin in de bestanden van eenzelfde controlejaar.

Het aanvraagnummer verschilt niet tussen bestand Syst_01, Syst_04 en Syst_05. De reden waarom het aanvraagnummer als zone behouden blijft, heeft te maken met de stabiliteit. Een INSZ-nummer kan wijzigen tijdens het proces⁵ en ook de verzekeringsinstelling kan veranderen. Het aanvraagnummer blijft echter stabiel.

2.3 Het effect van een mutatie tijdens het proces systematische controle

In de systematische controle worden de inkomensgegevens verstuurd naar de actuele verzekeringsinstelling. Dit is mogelijk omdat het RIZIV de records verstuurd via het NIC. De NIC-filter zorgt ervoor dat de records met fiscale gegevens toekomen bij de actuele verzekeringsinstelling van de aanvrager.

Het gebruik vermijdt vertragingen. Als het RIZIV het bestand met fiscale gegevens volledig zou terugsturen naar de verzekeringsinstelling die de aanvraag deed, dan zou deze de inkomensgegevens ontvangen voor gezinnen waarvan de aanvrager geen lid meer was.

Zij zou de systematische controle daardoor niet kunnen uitvoeren. Deze verzekeringsinstelling zou het RIZIV op de hoogte moeten brengen van de situatie én van de nieuwe verzekeringsinstelling van de aanvrager. Van zodra het RIZIV op de hoogte werd gebracht kan deze laatste een nieuw bestand doorsturen naar respectievelijk alle nieuwe verzekeringsinstellingen.

Door het gebruik van de NIC-filter kan het gebeuren dat de records met fiscale gegevens toekomen bij een verzekeringsinstelling zonder dat deze verzekeringsinstelling de originele aanvraag verstuurd. Dit omdat deze verzekeringsinstelling in de tussentijd de verzekeringsinstelling werd van de aanvrager. Dit heeft een impact op de regels om de aanvraagnummers te bepalen. Elke verzekeringsinstelling moet 'aanvraagnummers' die door een andere verzekeringsinstelling worden gebruikt, kunnen verwerken in hun programma's.

Met de mutaties die tussen het versturen van de aanvragen en het ontvangen van de fiscale gegevens plaatsvinden, wordt in het proces rekening gehouden. Aan de mutatie die gebeurt tussen het ontvangen van de fiscale gegevens door een verzekeringsinstelling en het opmaken en het versturen van de daaropvolgende feedback wordt het proces niet aangepast.

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die ook de feedback verstuurt. Deze geeft bovendien ook de feedback voor gezinnen die tegen dan muteerden naar een andere verzekeringsinstelling. In deze gevallen wordt in het feedback bestand meegedeeld dat het V.T.-recht van dat gezin bij deze verzekeringsinstelling wordt stopgezet als gevolg van een mutatie.

4. Het INSZ-nummer van de aanvrager op moment van aanvraag.

5. In het proces wordt het meest recente INSZ-nummer gebruikt.

2.4 Historiek/wijziging van (de) INSZ-nummers

Indien iemand tussen het opmaken van het bestand flux Syst_01 een gewijzigd INSZ-nummer krijgt, wordt in de verdere gegevensuitwisselingen tussen het RIZIV en de verzekeringsinstelling dat nieuwe INSZ-nummer gebruikt. Het RIZIV houdt de oude bij en gebruikt de nieuwe in de opvraging bij de FOD Financiën en de gegevensuitwisselingen met de verzekeringsinstellingen.

Op basis van het aanvraagnummer kan de link worden gemaakt met het oude INSZ-nummer.

3. Lijst gezinnen onderworpen aan de systematische Controle (Syst_01)

3.1 Overdracht van de gegevens

Elke verzekeringsinstelling moet het bestand met gezinnen met een V.T.-recht die participeren aan de systematische controle en waarvan de aanvrager bij hen is aangesloten, ten laatste op 15 april 2023 aan het RIZIV bezorgen via de interface Nippin.

Het gezin wordt dus door de verzekeringsinstelling 'beheerder' naar de DAC gestuurd. Dat is de verzekeringsinstelling waar de aanvrager lid is. De beheerder verzekeringsinstelling is de verzekeringsinstelling waarbij de aanvrager op 1 januari lid is. Het is deze verzekeringsinstelling die de aanvragen voor de systematische controle doorstuurt.

Er werd niet voorzien in de mogelijkheid om bepaalde records na het versturen te kunnen corrigeren in het geval er foutieve informatie (semantisch, syntactisch) in voorkomt. Er werd geen verbeterbestand voorzien in het proces, gezien de uitzonderlijke natuur van dit soort verwerpingen en de beperkte inhoud van de records.

Indien het hele bestand wordt verworpen, biedt de verzekeringsinstelling binnen de drie werkdagen een gecorrigeerd bestand aan.

Het gebruik van een incorrect of niet-bestaand INSZ-nummer in het bestand Syst_01 leidt automatisch in het antwoordbestand Syst_04 tot een antwoord met een returncode verschillend van 0. Dit wil zeggen dat de inkomensgegevens niet gekend zijn bij de FOD Financiën. Dit antwoord wordt gegenereerd omdat het INSZ-nummer niet kon worden geïntegreerd en er dus geen inkomsten konden worden opgevraagd.

3.2 Welke gezinnen

Het gezin wordt samengesteld uit de aanvrager, zijn/haar echtgenoot of samenwonende en hun personen ten laste (art. 25 K.B. van 15.01.2014). Als de aanvrager een persoon ten laste is, is het gezin samengesteld uit de aanvrager, de gerechtigde ten laste waarvan de aanvrager is ingeschreven, de echtgenoot of de samenwonende van de gerechtigde en de personen ten laste van de gerechtigde of van de echtgenoot of de samenwonende van de gerechtigde. Als de aanvrager een kind is dat is ingeschreven als gerechtigde, dat voldoet aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als kind ten laste en samenwoont met zijn ouders of adoptieve ouders of met een van hen, is het gezin samengesteld uit de aanvrager, de ouder(s) waarbij hij woont, alsook van de partner die niet feitelijk gescheiden is en ook niet van tafel en bed is gescheiden of samenwoont met die ouder en hun personen ten laste (art. 26 K.B. 15.01.2014).

Voor elk van deze gezinsleden wordt het INSZ-nummer meegedeeld.

De verzekeringsinstellingen sturen naar het RIZIV een bestand dat alle gezinnen bevat die op dat moment recht op V.T. hebben op basis van een verklaring op eer, en waarvan de financiële situatie op het moment van de verklaring op eer controleerbaar is, met andere woorden de gezinnen die op 1 januari van dat jaar recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en:

- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand
- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referteperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 K.B. 15.01.2014)
- op 1 januari 2023 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand opende met een referteperiode van een jaar die het voorgaande jaar een verlenging kregen na de systematische controle (art. 46 K.B. 15.01.2014).

De rechthebbenden met een uitlooprecht worden niet opgenomen in de systematische controle.

Rechthebbenden op basis van een automatisch recht worden evenmin opgenomen in het bestand, tenzij ze deel uitmaken als persoon ten laste (PTL) van een gezin met een recht op V.T. op basis van een VOE.

Gezinsleden (tijdelijk) zonder recht op geneeskundige verzorging worden ook in het bestand opgenomen. Gezinnen waarvan één of meerdere gezinsleden op 1 januari geen recht hebben op prestaties geneeskundige verzorging, maar waarvoor het recht op V.T. potentieel bestaat, moeten opgenomen worden in de systematische controle. Er stellen zich geen praktische problemen (vb. in het gebruik van de NIC-filter).

De verzekeringsinstellingen bezorgen het identificatienummer van de sociale zekerheid van de leden van die gezinnen en andere informatie met betrekking tot die rechthebbenden, zoals beschreven in het technisch document. De gegevensuitwisseling blokkeert niet als een gezin anders is samengesteld in de lijst van de systematische controle en het globaal bestand. In sommige situaties is zo'n verschil ook een logisch gevolg van enkele beslissingen (vb. oplossing bij een PTL met sociaal voordeel in een gezin met een recht na een inkomstenonderzoek). Indien er zonder reden een verschillende samenstelling is in de systematische controle en het globaal bestand, wordt dat wel beschouwd als een element van slechte kwaliteit van de gegevensuitwisseling.

Indien tijdens de gegevensoverdracht, gezinnen niet zijn opgenomen in de systematische controle, zoals door een vergetelheid, zullen geen fiscale gegevens overgedragen worden voor deze gezinnen. Bijgevolg bekijken wij deze gezinnen zoals gezinnen voor degene de beperkte inkomensgegevens onvolledig of niet gekend zijn bij de FOD Financiën.

De omzendbrief voorziet dat indien geen fiscale gegevens beschikbaar zijn voor minstens één gezinslid, het recht gelimiteerd is tot 31 december 2023⁶. Indien het gezin een nieuwe verklaring op eer invult en het recht opnieuw toegekend is vanaf 1 januari van het volgende jaar, gaat dit niet over een opening.

3.3 Het INSZ-nummer van de aanvrager en de gezinsleden

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden.

Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt twee keer in het bestand systematische controle opgenomen: één keer in het veld INSZ-nummer van de aanvrager en één keer als gezinslid. De aanvrager is de rechthebbende die de aanvraag doet.⁷

6. Tenzij dat de ontbrekende inkomsten afkomstig zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar.

7. Bij de V.T. op basis van een sociaal voordeel is de aanvrager de persoon met het sociaal voordeel. De aanvrager in het fotobestand bij de gezinnen met verschillende rechthebbenden op een sociaal voordeel is het lid wiens sociaal voordeel het vroegste recht op V.T. opent. De rechthebbenden op basis van een sociaal voordeel worden niet opgenomen in de systematische controle. Uitsluitend deze die deel uitmaken van een ruimer V.T.-gezin met een recht op basis van een VOE.

3.4 Rechthebbenden zonder INSZ-nummer

Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- de rechthebbende – sociaal verzekerde - woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op V.T. na een inkomensonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ- of bisnummer.⁸
- de pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 dagen à 10 dagen gegeven.

In deze voorbeelden gaat het steeds om gezinsleden zonder INSZ-nummer, en niet om aanvragers. Bij in het buitenland wonende sociaal verzekerden zouden we (voor de flux) altijd deze persoon als aanvrager aangeven. De overige gezinsleden zijn geen sociaal verzekerden en kunnen effectief geen V.T.-recht aanvragen (vb. grensarbeiders).

In de systematische controle zijn de V.T.-gezinnen altijd samengesteld met minstens één gezinslid met een INSZ-nummer, namelijk de aanvrager. Bij gezinnen met een recht op V.T. die in het buitenland resideren, is het steeds de Belgisch sociaal verzekerde (of één van de Belgische sociaal verzekerden) die de aanvrager is. Elk gezin telt minstens één INSZ- of bisnummer, dat van de aanvrager.

Als er gezinsleden zijn zonder INSZ-nummer worden deze gezinsleden niet meegedeeld. Dit heeft een kleine impact op de statistieken met betrekking tot het aantal rechthebbenden, maar niet op de controle. De fiscus heeft toch geen inkomstegegevens voor deze personen. Het is aan de verzekeringsinstelling om deze gevallen op te volgen.

4. Inkomsten van de gezinnen en van de afzonderlijke gezinsleden (Syst_04)

4.1 Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling

De DAC stuurt voor 15 juni 2023 de lijst met INSZ-nummers uit de systematische controle door naar de belastingadministratie (art. 37 § 2 K.B. 15.01.2014). Deze uitwisseling verloopt via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

In de praktijk worden de inkomsten van de gezinsleden en het totale gezin twee keer binnen een controlejaar verstuurd. Voor 15 juni wordt de lijst met alle INSZ-nummers een eerste keer verstuurd. Daarop volgt een eerste antwoordbestand naar het NIC in augustus 2023. Voor de gezinnen waarvan de dienst en dus ook de verzekeringsinstelling de eerste keer geen antwoord ontving, wordt een tweede opvraging gedaan bij de belastingadministratie.

Het antwoord daarop wordt doorgestuurd in een tweede bestand in de maand oktober. Het versturen van dit tweede bestand moet gebeuren voor 1 november 2023 (art. 37 § 3 K.B. 15.01.2014). Het NIC verstuurt de informatie naar de verzekeringsinstelling van de aanvrager via de NIC-filter.

Voor elke "aanvraag" verstuurt de DAC een antwoord. Door het gebruik van de NIC-filter kan het zijn dat elke verzekeringsinstelling apart niet hetzelfde aantal aanvragen als antwoorden heeft, maar het totaal over alle verzekeringsinstellingen is gelijk. Het antwoord wordt dus ook in twee zendingen verstuurd.

8. Bij Belgen die naar het buitenland verhuizen, krijgen hun kinderen (die in het buitenland geboren worden) een INSZ-nummer via de FOD buitenlandse zaken.

4.2 Welke informatie

Naast de informatie die dient voor de identificatie van het gezin (INSZ-aanvrager, INSZ-gezinsleden, controlejaar) bestaat het antwoord uit het inkomstenjaar, per gezinslid een returncode uit TAXI-AS, per gezinslid een nummer van het aanslagbiljet voor dat inkomstenjaar, mogelijk IPCAL-codes, mogelijk apart het KI van de eigen woning, het totaal persoonlijk inkomen en voor het volledige gezin het totale gezinsinkomen.

In de systematische controle wordt steeds het inkomen van het jaar X-2 opgevraagd, waarbij X het controlejaar is. Het inkomstenjaar voor de systematische controle in 2023 is 2021. Het inkomstenjaar 2021 is ook gekend als het aanslagjaar 2022.

Voor het inkomstenjaar voor de systematische controle in 2023 wordt het gemiddeld grensbedrag van 2021 gebruikt.

De inkomensgrens die van toepassing is, is vastgesteld op 20.292,59 EUR verhoogd met 3.756,71 EUR per bijkomende persoon in het gezin (art. 21 van het K.B. van 15.01.2014).

Gemiddeld grensbedrag van het jaar 2021	
Basisgrensbedrag	Bedrag per bijkomend gezinslid
20.292,59 EUR	3.756,71 EUR

De returncode geeft de beschikbaarheid van het dossier van de rechthebbende in de TAXI-AS databank aan.

De returncode 0 geeft aan dat de inkomensgegevens voor dat inkomstenjaar en voor die persoon beschikbaar zijn in de databank en de FOD Financiën deze heeft doorgestuurd. Achter deze code volgt dan minstens één IPCAL-code. De overige returncodes duiden aan dat de gegevens nog niet of niet beschikbaar zijn in de databank. Op deze codes volgen geen IPCAL-codes. (zie punt 4.3.)

Verschillende inkomsten worden gecodeerd meegedeeld met een welbepaalde code, namelijk een IPCAL-code. De inkomsten waarmee bij de toekenning en controle op de verhoogde tegemoetkoming rekening wordt gehouden zijn de bruto belastbare inkomens (Afdeling 5 K.B. 15.01.2014). Het zijn dan ook de IPCAL-codes voor deze inkomsten die worden opgevraagd.

In bijlage bevindt zich de lijst van codes die in 2023 worden opgevraagd voor het inkomensjaar 2021. In deze bijlage staat ook aangeduid op welke wijze de dienst op basis van de meegedeelde inkomsten het totaal gezinsinkomen berekent⁹ (zie punt 4.4).

4.3 Beschikbaarheid van de inkomsten

Als de FOD Financiën in de databank TAXI-AS beschikt over inkomensgegevens voor een recht-hebbende uit de systematische controle stuurt zij als antwoord een returncode gelijk aan "00" samen met de lijst van IPCAL-codes en de bijhorende waarde.

Indien één gezinslid niet gekend is in de databank voor dat jaar of zijn inkomsten (nog) onbekend zijn op het ogenblik van de opvraging, bestaat het antwoord voor deze persoon uit een returncode verschillend van "00" (zie de lijst op blz. 11 van het technisch document in bijlage van deze omzendbrief). Voor deze persoon verstuurt de FOD Financiën geen IPCAL-codes.

9. De afspraken rond de berekening van de gezinsinkomsten zijn terug te vinden in het K.B. van 15.01.2014 en worden verder uitgewerkt in de Omzendbrief V.I. nr. 2019/81 van 01.03.2019 betreffende "Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten".

Zoals verder wordt beschreven in het technisch document in bijlage wordt het veld met het totale gezinsinkomen enkel ingevuld als alle leden van het gezin gekende inkomsten hebben in de gegevensuitwisseling. Als het inkomen van één gezinslid ongekend is, bij de FOD Financiën, kan het veld “totaal gezinsinkomen” uit het bestand SySt_04 niet worden berekend. In die gevallen wordt het detail van de fiscale inkomensgegevens van de andere gezinsleden, waarvan de inkomsten wel gekend zijn, wel aan de verzekeringsinstelling overgemaakt.

Als de ongekende persoon een gezinslid is dat jonger is dan 18 jaar of de ongekende inkomsten de inkomsten zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar, wordt diens inkomen gelijk gesteld aan nul EUR. De verzekeringsinstelling ontvangt voor deze rechthebbende een returncode gelijk aan “00”. Op die manier kan het gezinsinkomen wel worden berekend. Voor deze gezinnen ontvangt de verzekeringsinstelling dus wel een totaal gezinsinkomen.

Een vergelijkbare afspraak bestaat voor gezinsleden onder de 18 jaar die het gezin vervoegen tijdens het eerste trimester van het jaar en hierdoor niet werden opgenomen in het globaal bestand. Indien dit gezinslid enkel in de systematische controle voorkomt en de V.I. hierdoor een returncode verschillend van 00, maar een foutcode van de KSZ ontvangt, omdat deze persoon niet werd geïntegreerd, mag de V.I. de ontvangen returncode negeren en 0,00 EUR meetellen bij het gezinsplafond.

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum in relatie tot 1 januari van het aanslagjaar wordt bepaald of het gezinslid ouder of jonger is dan 18 jaar op datum voor de systematische controle.

Voor de systematische controle in 2023 is het aanslagjaar 2022, want de inkomsten 2021 hebben als aanslagjaar 2022. Dus de rechthebbenden die op 1 januari 2022 jonger zijn dan 18 jaar en ongekende inkomsten hebben in de controle van 2023, krijgen toch een returncode “00” met een inkomen gelijkgesteld aan 0 EUR.

In de gevallen waarvoor bij de FOD Financiën gegevens aanwezig zijn in juli, maar deze gegevens nog niet verwerkt zijn¹⁰, hernieuwt de Dienst de vraag naar de FOD Financiën in september. Indien op dat ogenblik voor dat gezinslid nog steeds geen returncode “00” kan worden verkregen, worden de inkomsten voor deze persoon voor de controle van 2023 als onbekend beschouwd.

4.4 Totaal gezinsinkomen

De berekeningswijze van de waarde van het totale inkomen die wordt doorgegeven in het bestand Syst_04, wordt aangeduid in de lijst met IPCAL-codes in bijlage. De berekeningswijze die wordt gehanteerd is een hulpmiddel voor de verzekeringsinstelling en dient als zodanig te worden beschouwd. De instructies met betrekking tot de inkomsten uit het koninklijk besluit van 15 januari 2014 vormen de basis van het inkomensonderzoek.

Om het gezinsinkomen te bepalen moet de verzekeringsinstelling zelf nog een aantal bewerkingen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld de verrekening van de vrijgestelde bedragen van het kadastrale inkomen, toevoeging buitenlandse inkomsten, vrijstelling beroepsinkomsten van kinderen indien zij het effectieve genot van de kinderbijslag behouden tijdens de periode waarin zij de voormelde inkomsten hebben verkregen ...

Indien het ziekenfonds een totaal negatief familie inkomen ontvangt voor een gezin, mag het ziekenfonds het totaal negatief familie inkomen terugbrengen naar 0,00 EUR. Met het negatief inkomen hoeft er dus geen rekening gehouden te worden.

Voor de te volgen werkwijze, indien geen enkele informatie met betrekking tot de leden van het betrokken gezin werd ontvangen, verwijst de dienst naar artikel 38 § 3 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 en naar punt 4.3.

10. Het gaat om de returncodes 03, 04, 10 en 11. Zie Technisch document in bijlage. (Hier niet gepubliceerd)

5. Feedback van de verzekeringsinstellingen (Syst_05)

5.1 Overdracht van de gegevens

Het derde bestand dat wordt uitgewisseld tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV binnen de systematische controle is het feedbackbestand (flux Syst_05). Hierin laten de verzekeringsinstellingen weten welke rechten werden verlengd of stopgezet, en de reden voor de verlenging of stopzetting van het recht op V.T. Het ziekenfonds deelt in het bijzonder de motivering van de beslissing mee. (art. 39 K.B. 15.01.2014)

In de feedbackstroom worden dezelfde gezinnen gecommuniceerd als in Syst_01 en met hetzelfde aanvraagnummer. De feedback zal worden gevraagd voor alle gezinnen uit de systematische controle.

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die de feedback stuurt naar de DAC. Dit bestand moet voor 1 mei van het jaar volgend op de uitwisseling van het bestand flux Syst_01 worden verstuurd. Voor de controle in 2023 is dat dus voor 1 mei 2024.

Op basis van de informatie ontvangen in de Syst_04 en van de informatie waarover zij beschikt (zie art. 37 § 3 van het K.B. van 15.01.2014 en punt 4.3) onderzoekt de verzekeringsinstelling of het recht op V.T. voor dat gezin al dan niet wordt verlengd. Indien uit dat onderzoek blijkt dat het betrokken gezin aan de inkomstenvoorwaarden voldoet voor het jaar waarop die informatie betrekking heeft, (in dit geval voor het controlejaar 2023), wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming verlengd tot 31 december 2024.

Indien blijkt dat het gezin geen recht had op de V.T. voor het jaar waarop die informatie betrekking heeft, vervalt het recht op de verhoogde tegemoetkoming op 31 december 2023. Ook als er voor één of meer gezinsleden geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën, wordt de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken op 31 december 2023 (art. 38 § 3 K.B. 15.01.2014). Hier houdt men rekening met de uitzondering voor kinderen jonger dan 18 jaar waarvoor geen inkomsten zijn gekend bij de FOD Financiën.

Als gezinnen in één van beide situaties uit de voorgaande paragraaf een nieuwe verklaring op erewoord indienen op basis waarvan het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend vanaf 1 januari 2024, dan gaat het niet om een opening van het recht en wordt deze hetzelfde jaar opgenomen in de systematische controle.

Het recht wordt toegekend vanaf 1 januari 2024 als de nieuwe verklaring op erewoord wordt ingediend tussen 1 oktober 2023 en voor 1 april 2024. In gevallen waar de verzekeringsinstelling het recht toekent vanaf 1 januari 2024 aan gezinnen die in navolging van de afspraken in artikel 38 § 4 toch zouden moeten meegedeeld worden in de systematische controle, maar waarvan de VOE niet volledig¹¹ is (ontbrekende bewijsstukken, nog geen handtekening) voor 20 maart 2024, ondervindt de verzekeringsinstelling geen impact als deze gezinnen niet worden opgenomen in de lijst met gezinnen onderworpen aan de systematische controle (Syst_01).

5.2 Welke verzekeringsinstelling

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die de feedback stuurt naar de DAC. Dit bestand moet voor 1 mei 2024 worden verstuurd.

Het aanvraagnummer van een gezin in het feedbackbestand moet overeenkomen met het aanvraagnummer voor hetzelfde gezin uit de lijst met aan de controle onderworpen gezinnen (Syst_01).

11. Volledig betekent: ondertekend en met alle nodige bewijsstukken toegevoegd.

5.3 Welke feedback

Na de effectieve behandeling van de dossiers bij de verzekeringsinstellingen, delen deze de Dienst de feedback mee van hun beslissing met betrekking tot het behoud van het recht op V.T.

De mogelijkheden zijn:

- stopzetting recht door verandering van de gezinssamenstelling
- einde dossier recht door verandering van verzekeringsinstelling
- stopzetting recht door overlijden
- stopzetting recht door aanvullende fiscale informatie bij verzekeringsinstelling (vb. buitenlandse inkomsten, alimentatiegeld)
- stopzetting recht door de systematische controle (inkomsten)
- behoud recht door verkrijgen van een sociaal voordeel
- behoud recht door nieuw inkomstenonderzoek (VOE)
- behoud recht door de systematische controle.

STOPZETTING RECHT DOOR VERANDERING GEZINSSAMENSTELLING

In alle gevallen waarin de samenstelling van het gezin wordt gewijzigd, wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming in het kader van dit hoofdstuk beëindigd, uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Behalve als die wijziging het gevolg is van de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd, in welk geval het recht op de verhoogde tegemoetkoming eveneens aan het kind wordt toegekend (art. 35 K.B. 15.01.2014). Als het recht wordt ingetrokken op basis van zo'n wijziging in de gezinssamenstelling, wordt in het veld "Reden" de gecodeerde waarde voor 'Stopzetting recht door verandering gezinssamenstelling' gebruikt.

In volgend onderdeel worden voorbeelden geschetst van situaties waar een wijziging van de gezinssamenstelling gecombineerd wordt met een overschrijding van het inkomensplafond. Voor elk voorbeeld, wordt de reden voor het einde recht weergegeven die moet worden gebruikt in de feedback (= ReasonCode):



Voorbeeld 1: Een verandering in de gezinssamenstelling treedt op tijdens het tweede trimester van 2023 en heeft als gevolg dat het recht op V.T. moet worden stopgezet uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Het recht op V.T. stopt op 30 september 2023. Het ziekenfonds contacteert zijn leden om hen te informeren over het einde van hun recht op de V.T. en de mogelijkheid een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen. In oktober 2023 stuurt de DAC het bestand SYST_04 naar de V.I. Volgens de fiscale gegevens is het inkomensplafond overschreden. Naar aanleiding van de systematische controle wordt het recht op V.T. stopgezet op 31 december 2023. Het ziekenfonds moet geen actie meer ondernemen, want het recht werd reeds stopgezet naar aanleiding van de wijziging in de gezinssamenstelling.

Wat betreft de reden voor de intrekking van het recht in de feedback gebruikt de V.I. de code "STOP-FAM" (= stopzetting van het recht na een wijziging in de gezinssamenstelling).

De V.I. communiceert de "ReasonCode" waarin het recht op V.T. het eerst werd beëindigd.

Voor een nieuwe inkomensverklaring gelden ook de regels gelinkt met de wijziging in de gezinssamenstelling en niet deze van toepassing bij het einde recht na de systematische controle.

 *Voorbeeld 2:* Een verandering in de gezinssamenstelling komt voor in het derde trimester 2023 en bijgevolg moet het recht op V.T. worden beëindigd uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Het recht op V.T. stopt op 31 december 2023. Het ziekenfonds contacteert zijn leden om hen te informeren over het einde van hun recht op de V.T. en de mogelijkheid een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen. In oktober 2023 stuurt de DAC het bestand SYST_04 door naar de V.I.. Volgens de fiscale gegevens is het inkomensplafond overschreden. Naar aanleiding van de systematische controle wordt het recht stopgezet op 31 december 2023.

De reden voor de intrekking van het recht die moet worden gebruikt in de feedback (bestand SYST_05) is de code “STOPFAM” (= stopzetting van het recht na een wijziging in de gezinssamenstelling). De V.I. communiceert de “ReasonCode” waarin het recht op de V.T. het eerst werd beëindigd.

 *Voorbeeld 3:* Wanneer er een verandering in de gezinssamenstelling optreedt tijdens het eerste kwartaal van 2022 en de stroom SYST_04 van de systematische controle in 2022 wordt daarna verstuurd (vb. In juli 2023) en op basis van deze informatie blijkt dat het inkomensplafond werd overschreden, dan is de periode van het behoud van het recht op V.T. door middel van de wijziging in de gezinssamenstelling korter dan de periode behoud van recht naar aanleiding van de systematische controle. Omdat het recht al op 30 juni 2023 werd stopgezet, wordt de reasoncode gebruikt ‘Einde recht naar aanleiding van een wijziging in de gezinssamenstelling’, zijnde STOPFAM.

BEHOUD RECHT DOOR EEN NIEUW INKOMSTENONDERZOEK (VOE)

Wanneer gezinnen die op basis van de fiscale gegevens of het gebrek aan fiscale gegevens voor alle gezinsleden (met uitzondering van gezinsleden tot 18 jaar) een nieuwe verklaring op erewoord indienen op basis waarvan het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt verlengd (zie 5.1.), dan wordt de waarde ‘Behoud recht door nieuwe VOE’ gebruikt.

EINDE ONDERZOEK DOOR VERANDERING VERZEKERINGSINSTELLING

In een dergelijk geval heeft de verzekeringsinstelling geen informatie meer over het recht omdat het gezin met een overschrijding op basis van de systematische controle muteerde zonder een VOE in te dienen voor het heronderzoek.

Voor de ‘oude’ verzekeringsinstelling is het recht voor dat gezin ten einde, maar er kan een heronderzoek (een nieuwe VOE) zijn afgenomen in de nieuwe verzekeringsinstelling. Daarnaast hoeft het niet alleen te gaan om mutaties, maar kan een gerechtigde PTL worden van een gerechtigde in een andere verzekeringsinstelling en dat is dus geen mutatie. Ten einde een duidelijke beschrijving te geven wordt: ‘Einde recht door mutatie’ ‘Einde onderzoek door verandering verzekeringsinstelling’.

6. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot betaling van prestaties in de geneeskundige verzorging verjaart 2 jaar na het einde van de maand waarop die prestaties betrekking hebben. Maar krachtens artikel 174, derde lid geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste 5 jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen.

Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.



Opmerking: Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Nippin”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de V.T. ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: De machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn tot 6 jaar, zoals hiervoor vermeld. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Nippin-gegevens-overdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

7. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief geldt voor de systematische controle in 2023.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/138 – 3991/366 van 7 juni 2023.

VI. Uitwisseling van het globaal bestand met rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari 2023

Inleiding:

Deze omzendbrief behandelt de uitwisseling van het globaal bestand bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (B.S. 29.01.2014), bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen in het kader van het globaal bestand met de toestand (“foto”) van de rechthebbenden op 1 januari 2023.

In bijlage bij deze omzendbrief bevinden zich naast het technisch document met de gedetailleerde beschrijving van de gegevensuitwisseling ook de lijst met ziekenfondsen, de lijst met CT-codes, de lijst met NIS-codes voor de Belgische gemeenten, de lijst met landcodes en de lijst met de benaming van de stromen.

1. Doel van de uitwisseling van het globaal bestand

De uitwisseling van het globaal bestand met alle rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (verder in deze omzendbrief afgekort tot V.T.) wordt geregeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014.

“De verzekeringsinstellingen maken aan de Dienst voor administratieve controle van het Instituut jaarlijks een globaal bestand over waarin alle rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming zijn opgenomen, met vermelding van het gezin als bedoeld in artikel 14 of in hoofdstuk 4, afdeling 4, waartoe ze behoren, volgens de regels en met de aanvullende gegevens die deze dienst vaststelt.”

In totaal worden in de loop van 2023 twee bestanden met alle rechthebbenden op de V.T. uitgewisseld. De toestand van de rechthebbenden op een bepaald moment (“foto”) wordt twee keer per jaar genomen: op 1 januari en op 1 juli. De eerste uitwisseling van het bestand met de foto op 1 januari gebeurt ten laatste op 15 april 2023.

Het bestand met de tweede foto¹ die een beeld geeft van de situatie op 1 juli 2023, maakt deel uit van de semestriële statistieken. Deze wordt ten laatste op 31 augustus 2023 uitgewisseld. De beschrijving van deze tweede foto is terug te vinden in de omzendbrief over de semestriële statistieken. De tweede gegevensuitwisseling heeft echter een beperktere finaliteit dan de eerste.

De doelstelling van de eerste gegevensuitwisseling staat verder vermeld in het voornoemde artikel 7: “De Dienst voor administratieve controle van het Instituut voert elk jaar een kwantitatieve analyse uit van de gegevens die werden meegedeeld door de verzekeringsinstellingen volgens de regels vastgesteld door die dienst. Op basis van die kwantitatieve analyse evalueert de werkgroep verzekeraarbaarheid elk jaar de doeltreffendheid van het mechanisme voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming.”

1. Het tweede FOTO bestand = SemStatDétailé.

De bijkomende doelstelling van de eerste gegevensuitwisseling is dat het RIZIV samen met de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), de verantwoordelijkheid heeft om voor V.T.-rechthebbers de toegang tot allerlei aanvullende voordelen te garanderen, door er voor te zorgen dat al deze sociaal verzekerden geïntegreerd zijn in de KSZ.

De doelstellingen van de uitwisseling van het eerste globaal bestand zijn:

- het opmaken van de kwantitatieve analyse op de V.T.-rechthebbers. Daarnaast worden de data gebruikt door de directie toegankelijkheid van de DAC om rapporten en statistieken te kunnen maken. Deze dienen ter evaluatie van de maatregel die als doel heeft om, binnen het RIZIV en de werkgroep verzekerbaarheid, data en rapporten over de huidige V.T. genietende rechthebbers en gezinnen (en ook over de evolutie doorheen de tijd) voor statistische doeleinden ter beschikking te hebben
- door integratie met een specifieke kwaliteitscode en de machtigingen voor steden en gemeenten (en andere) bij de KSZ kunnen alle sociaal verzekerden met V.T. sneller en zonder eigen tussenkomst genieten van aanvullende voordelen die deze steden en gemeenten bieden aan V.T.-rechthebbers.

Zoals reeds vermeld is het doel van de tweede “foto” beperkt. Uitsluitend de eerste foto wordt gebruikt voor de integratie bij de KSZ voor het genereren van aanvullende voordelen. De finaliteit van het tweede bestand beperkt zich tot de kwantitatieve evaluatie en de rapportering over het recht op V.T. Dit bestand kadert in de semestriële opvolging van de V.T.

In het voornoemde artikel 7 lezen we: “De verzekeringsinstellingen maken elk semester, met het oog op de opvolging van de evolutie van de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming, aan de DAC van het Instituut statistische gegevens over betreffende het aantal rechthebbers op de verhoogde tegemoetkoming; de DAC van het Instituut bepaalt de regels volgens welke die gegevens worden overgemaakt alsook de elementen die zij moeten bevatten.”

Al is er een verschil in doelstelling tussen beide bestanden, op het vlak van gegevensuitwisseling tussen verzekeringsinstellingen en RIZIV en van de inhoud zijn beide bestanden echter gelijk.

2. De lijst van leden met een recht op de V.T. op 1 januari (Stroom foto_01)

2.1 Overdracht

De verzekeringsinstellingen sturen het globaal bestand (foto_01) ten laatste op 15 april 2023 naar de DAC (art. 7 van het K.B. van 15.01.2014). Elke verzekeringsinstelling stuurt in dit bestand de V.T.-rechthebbers door die lid zijn bij die verzekeringsinstelling zelf. Dit bestand met de foto van de rechthebbers in die verzekeringsinstelling op 1 januari 2023 wordt ten laatste op 15 april overgemaakt.

Er werd niet voorzien in de mogelijkheid om bepaalde records na het versturen te kunnen corrigeren in het geval van (semantisch of syntactisch) foutieve informatie. De mogelijkheid om een verbeterbestand te versturen louter voor enkele records wordt niet voorzien, gezien de uitzonderlijke natuur van dit soort verwerpingen en beperkte inhoud van de records. Indien één record van het foto-bestand een niet bestaande CT-code, ziekenfonds of NIS-nummer bevat wordt het hele bestand verworpen. De verzekeringsinstelling biedt binnen de 3 werkdagen een gecorrigeerd bestand aan.

2.2 Welke gegevens?

Elke verzekeringsinstelling stuurt in het bestand al zijn leden door met een recht op de verhoogde tegemoetkoming op 1 januari 2023: Zowel de rechthebbenden met een automatisch recht op de V.T. (art. 8 van het K.B. van 15.01.2014) als deze die hun recht werd toegekend na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds (artn. 17-18 van het K.B. van 15.01.2014).

Voor elke sociaal verzekerde met een recht op V.T. op 1 januari 2023 wordt zijn INSZ-nummer, het INSZ-nummer van de aanvrager van zijn V.T.-recht², de wijze van toekenning van het V.T.-recht, de woonplaats (op 1/1), de datum van de opening van het V.T.-recht, de code gerechtigde (CT1/CG1), het ziekenfonds en het feit of hij gerechtigde of persoon ten laste (PTL) is meegedeeld.

Gezinsleden van een V.T.-gezin die op 1 januari 2023 geen recht hebben op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging, maar waarvoor de voorwaarden vervuld zijn om het recht op V.T. te behouden als hun recht op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging kan worden verlengd, worden ook opgenomen in het globaal bestand. Zij krijgen de code gerechtigde 000.

2.3 Het begrip “Aanvrager”

De aanvrager vormt in het fotobestand de sleutel om de V.T.-gezinnen samen te stellen. Elke verzekeringsinstelling stuurt zijn V.T.-rechthebbende leden door in de fotobestanden, maar samen met elke rechthebbende wordt in het record ook de aanvrager meegedeeld.

Dit gebeurt ook als de aanvrager bij een andere verzekeringsinstelling is aangesloten dan het gezinslid. Van alle rechthebbenden wordt de aanvrager van zijn V.T.-gezin vermeld. In de records van de aanvrager zelf, wordt zijn INSZ-nummer twee keer vermeld: Eén maal in het veld met de INSZ-nummer van het gezinslid en eenmaal in het veld van de aanvrager.

Bij de V.T. op basis van een inkomensonderzoek (VOE) is de aanvrager de rechthebbende die de aanvraag doet.

Bij de V.T. op basis van een sociaal voordeel is de aanvrager de persoon met het sociaal voordeel. De aanvrager in het fotobestand bij de gezinnen met verschillende rechthebbenden op een sociaal voordeel is het lid wiens sociaal voordeel het eerst recht op V.T. laat ontstaan.

2.4 Identificatie van de rechthebbenden

De rechthebbenden zonder INSZ-nummer worden niet opgenomen in het bestand.

Gezinsleden van een V.T.-gezin die op de dag van de foto geen recht hebben op geneeskundige verzorging, maar waarvoor de voorwaarden vervuld zijn om het recht te hebben op V.T., worden opgenomen in het fotobestand. De aanduiding wordt de CT-code “000”.

2.5 Meegedeelde informatie over de “Wijze van toekenning van het V.T.-recht”

Voor de rechthebbenden met V.T. op basis van een inkomensonderzoek door het ziekenfonds wordt de meest recent gebruikte referentieperiode meegedeeld. Bij de rechthebbenden met een automatisch recht wordt het sociaal voordeel of situatie op basis waarvan hun V.T.-recht wordt toegekend meegedeeld in het globaal bestand.

2. In de records wordt het INSZ-nummer van de “aanvrager” opgenomen, ook indien deze aanvrager aangesloten is bij een andere verzekeringsinstelling.

Indien er verschillende soorten recht (rechtsgronden/voorwaarden) tegelijkertijd aanwezig zijn voor één rechthebbende moet de verzekeringsinstelling in de zone “Oorsprong van recht” maar één waarde invullen. Elk INSZ wordt maar één keer meegedeeld in het fotobestand. Als er meerdere mogelijke waarden zijn, gebruikt men volgende prioriteiten om de selectie te kunnen maken:

1) ALS VERSCHILLENDE SOCIALE VOORDELEN SAMENGAAN

In gevallen waar een rechthebbende geniet van meerdere sociale voordelen die een recht op de verhoogde tegemoetkoming laten ontstaan, deelt de verzekeringsinstelling het actieve sociaal voordeel mee dat het eerst het recht op V.T. doet ontstaan³.



Voorbeeld:

Rechthebbende A heeft recht op de V.T. nadat hij 3 maanden ononderbroken leefloon geniet. Zijn recht opent zich op 1 april 2022. Op 15 juli 2022 ontvangt persoon A een erkenning als gehandicapte door Directie Generaal voor Personen met een handicap van de FOD Sociale zaken. De erkenning is retroactief en het recht op een integratietegemoetkoming (krachtens de wet van 27.02.1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap) wordt ook retroactief toegekend vanaf 21 november 2020. Rechthebbende A wordt in het globaal bestand van 2023 opgenomen met als “wijze toekenning recht” het recht op de Integratietegemoetkoming gehandicapten (AUTO2).



Voorbeeld:

Als rechthebbende B de echtgenote is van rechthebbende A en rechthebbende B heeft zelf ook een recht op de V.T. op basis van 3 maanden ononderbroken recht op het leefloon met als datum van recht 1 april 2023, wordt ook voor rechthebbende B het recht op basis van de Integratietegemoetkoming gehandicapten in de foto meegedeeld als “wijze toekenning recht”.

2) ALS EEN SOCIAAL VOORDEEL EN EEN V.T.-RECHT OP BASIS VAN EEN INKOMSTEN-ONDERZOEK SAMENGAAN:

Bij opening van recht voorziet de reglementering dat voorrang moet worden gegeven aan het automatisch recht op basis van een sociaal voordeel in artikel 3 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014. Het recht op basis van het sociaal voordeel of situatie (voor wezen, kinderen met een handicap en niet-begeleide minderjarige vreemdelingen) zal dan de rechtsbasis zijn die de verzekeringsinstelling effectief gebruikt.

In het globaal bestand hoeft dit echter niet de rechtsgrond te zijn die ook wordt meegedeeld.⁴ Bij de opmaak van het globaal bestand wordt per rechthebbende slechts één “wijze van toekenning van het V.T.-recht” doorgegeven. De “wijze toekenning recht” die wordt meegedeeld is de actieve rechtsgrond die het verst in het verleden rechten toekent aan de rechthebbende. Dus als het recht op V.T. op basis van een inkomstenonderzoek door de verzekeringsinstelling het eerst recht geeft, dan wordt deze rechtsgrond meegedeeld.

Als het sociaal voordeel nadien wordt toegekend en het recht op basis van een inkomstenonderzoek nog actief⁵ is, dan wordt dus voor deze rechthebbenden de VOE als “wijze toekenning recht” meegedeeld. Als het V.T.-recht eerst wordt toegekend op basis van het sociaal voordeel is het dat sociaal voordeel dat wordt meegedeeld in het bestand, ook al opent het ruimer V.T.-gezin op een latere datum een recht op basis van een inkomstenonderzoek.

3. De actieve toekenningsvoorwaarde dat het eerst (of anders gezegd dat verst in het verleden) recht op de V.T. opent.

4. In de systematische controle worden wel alle gezinsleden van het gezin meegedeeld, ook deze persoon die een automatisch recht op V.T. heeft bovenop het gezinsrecht na een inkomstenonderzoek.

5. Actief is het feit dat de persoon nog deel uitmaakt van een V.T.-gezin dat in de systematische controle zit. Dus eerst V.T.-recht op basis van een VOE voor een gezin dat nog in de systematische controle van hetzelfde jaar zit.

> *Voorbeeld:*

Gezin ABC heeft een recht op V.T. op basis van een VOE met referentieperiode van 1 maand. Het recht op V.T. opent zich op 1 januari 2023. Een gezinslid, rechthebbende C, heeft als PTL ook een persoonlijk recht op de V.T. op basis van een sociaal voordeel. Zijn V.T.-recht op basis van het sociaal voordeel heeft als openingsdatum 15 oktober 2022. Rechthebbende C geeft zijn V.T.-recht op basis van het sociaal voordeel niet door aan gerechtigden A en B.

Elk gezinslid, dus ook rechthebbende C, komt één keer voor in het fotobestand. Als persoon A de aanvrager is van het gezin met recht op basis van het inkomstenonderzoek, worden de records uit het fotobestand als volgt samengesteld:

- AA VOE1M (Aanvrager = A, en A als gezinslid)
- BA VOE1M (Aanvrager = A, en B als gezinslid)
- CC AUTO4 (Aanvrager = C, en C als gezinslid).

> *Voorbeeld:*

Gezin ABC is gelijk aan de situatie in voorbeeld 1. Rechthebbende persoon ten laste C geeft in dit voorbeeld zijn recht wel door aan zijn levenspartner, D. Persoon A blijft de aanvrager van het gezin met recht op basis van het inkomensonderzoek.

Elke rechthebbende komt maar één keer voor in het fotobestand. De records uit het fotobestand worden als volgt samengesteld:

- AA VOE1M (Aanvrager = A, en A als gezinslid van het gezin ABC)
- BA VOE1M (Aanvrager = A, en B als gezinslid van het gezin ABC)
- CC AUTO4 (Aanvrager = C, en C als gezinslid van het gezin CD)
- DC AUTO4 (Aanvrager = C, en D als gezinslid van het gezin CD).

2.6 Overledenen

De mogelijkheid bestaat dat een rechthebbende die de aanvrager is binnen een V.T.-gezin op basis van een sociaal voordeel of na een inkomensonderzoek overlijdt. In deze gevallen behouden de gezinsleden in beide scenario's enige tijd een uitlooptrecht. De rechthebbende(n) met het uitlooptrecht wordt (worden) opgenomen in het fotobestand. In de records van het fotobestand wordt steeds melding gemaakt van de aanvrager.

Als de overleden persoon de aanvrager was, wordt hij niet in een apart record opgenomen in het fotobestand. Hij wordt wel als aanvrager vermeld in het record van het rechthebbende gezinslid met uitlooptrecht op de V.T.⁶

> *Voorbeeld:*

Gerechtigde A heeft 3 maanden ononderbroken recht op een leefloon. Gerechtigde A is getrouwd met gerechtigde B. Het gezin AB heeft dus een recht op V.T.. Op 25 december 2022 sterft A. B heeft een uitlooptrecht tot 1 juli 2023. Dus op 1 januari 2023 heeft B nog een recht op V.T. en wordt gerechtigde B opgenomen in het fotobestand.

In het fotobestand bevindt zich voor gezin AB één record, namelijk het record voor gerechtigde B met een uitlooptrecht. In dat record wordt gerechtigde A wel vermeld als aanvrager. Voor A wordt geen apart record meegedeeld.

6. In het fotobestand wordt de overleden aanvrager meegedeeld in het veld "INSZ-aanvrager" van het record van de rechthebbende met het uitlooptrecht.

3. Integratie Rechthebbenden uit Foto_01 in het repertorium van de KSZ

De tweede stap binnen het proces verwerking van het globaal bestand is de integratie van de INSZ-nummers van de rechthebbenden in het repertorium van de KSZ.

De integratie in het KSZ-repertorium heeft als doel:

- het integreren van een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming in het KSZ-repertorium voor de sector GVV, aan de hand van een specifieke hoedanigheidscode en voor de periode van het jaar waarin de integratie werd uitgevoerd (integratie voor 1/1 tot 31/12 van dat jaar)
- het automatisch generen van aanvullende voordelen op het recht op de verhoogde tegemoetkoming buiten de sector van de geneeskundige verzorging, maar wel binnen het netwerk van de sociale zekerheid en uitsluitend in de gevallen waarbij een machtiging werd verleend door het sectoraal comité van de sociale zekerheid en gezondheid, afdeling sociale zekerheid.

Een beperkte selectie van informatie uit het fotobestand wordt dus beschikbaar gesteld om aanvullende voordelen toe te kennen. Het gaat over de INSZ-nummers van de rechthebbenden, het jaar waarin ze geïntegreerd zijn als rechthebbende door het RIZIV en het feit of ze gerechtigde zijn dan wel persoon ten laste (PTL).

In het kader van verhoogde tegemoetkoming worden de integratiecodes 200 en 210 gebruikt (zie tabel 1).

Tabel 1: De integratiecodes in de sector 28 van het repertorium voor rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming

Code voor de juridische context	Kwaliteitscode voor de correspondent	Beschrijving
NIHDI_CONTROL	200	Rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (titularis)
NIHDI_CONTROL	210	Rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming (persoon ten laste)

Op termijn is de mogelijkheid om de personen ten laste met een recht op de verhoogde tegemoetkoming te onderscheiden van de gerechtigden niet vereist, dus verdwijnen de onderscheiden codes op termijn en blijft alleen de code 200 behouden, voor alle rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming (zowel PTL als gerechtigden).

4. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6^o van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot betaling van prestaties in de geneeskundige verzorging verjaart 2 jaar na het einde van de maand waarop die prestaties betrekking hebben. Maar krachtens artikel 174, derde lid geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is.

In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van ten minste 5 jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen.

Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “NIPPIN”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de V.T. ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden. De machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn tot 6 jaar – zoals hiervoor vermeld. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de NIPPIN-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief geldt voor de uitwisseling van het globaal bestand in 2023.

 Omzendbrief V.I. nr. 2023/139 – 3991/367 van 8 juni 2023.

VII. De procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden in uitvoering van artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, tot uitvoering van hoofdstuk III *bis* en van titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur (MAF) op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende. Dit type MAF wordt ook de Inkomensmaximumfactuur genoemd.

De omzendbrief stelt de modaliteiten en termijnen vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van dit proces. Als bijlage bij deze omzendbrief gaat een technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling.

Tot in 2011 werd de informatie over deze gegevensuitwisseling in één omzendbrief opgenomen met de modaliteiten met betrekking tot de uitbetalingsverplichting en de termijnen voor de informatieverstrekking van de V.I. aan de sociaal verzekerden. Het tweede luik wordt nu in een aparte omzendbrief, namelijk omzendbrief V.I. nr. 2016/85 van 30 maart 2016, vastgelegd.

Deze omzendbrief en het bijhorende technische document hebben betrekking op het MAF-jaar 2023.

1. Inleiding

Het systeem van de MAF beoogt de financiële toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te verbeteren door de kosten van geneeskundige verzorging voor alle gezinnen te beperken tot een bepaald maximumbedrag. Dat maximumbedrag varieert in functie van het inkomen van het gezin waartoe men behoort of in functie van de sociale categorie waar men deel van uitmaakt.

2. Het doel van het proces

De belangrijkste bestaansreden van dit proces is de toekenning van de MAF mogelijk te maken. Om de MAF correct toe te kennen, moeten de verzekeringsinstellingen in principe beschikken over het gezinsinkomen van alle gezinnen waarvan het oudste lid bij hen is aangesloten. Het gezinsinkomen is nodig om ze onder te brengen in de juiste categorie.

Omdat de V.I. deze gegevens niet rechtstreeks via de FOD Financiën kunnen verkrijgen, sturen zij in eerste instantie hun gezinnen door naar de DAC van het RIZIV. Op basis van de inkomensgegevens, die de DAC verkrijgt van de FOD Financiën, bezorgt de Cel MAF van deze dienst vervolgens het gezinsinkomen en de bijhorende MAF-categorie aan de V.I.

3. Algemene beschrijving van het proces

3.1. Beschrijving van het proces

De grote lijnen van de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen worden beschreven in het koninklijk besluit van 15 juli 2002. De beschrijving is terug te vinden in artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022.

De V.I. houden per gezin het bereikte totaal bedrag aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging bij. Indien dit totaal bedrag 250 EUR bereikt, maken de verzekeringsinstellingen de identificatiegegevens van de leden van het betrokken gezin over aan de DAC van het RIZIV.¹

De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 250 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de Sociale Maximumfactuur werd toegepast.

Nadat de DAC de gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de betrokken sociaal verzekerden, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), over aan de FOD Financiën. In antwoord maakt de FOD Financiën via de KSZ de fiscale inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid) in de flux TAXI AS. De toekenning van de MAF gebeurt op basis van het netto gezinsinkomen zoals het gekend is door de FOD Financiën.

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. 2023/5 van 11.01.2023: Maximumfactuur. Dienstjaar 2023 & het technisch document in bijlage). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meege-deeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. De enige uitzondering hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid, bezorgt de DAC het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen.

De verwerking van een MAF-jaar neemt 3 kalenderjaren in beslag. Een MAF-jaar wordt 2 jaar na het betreffende kalenderjaar afgesloten, omdat de getuigschriften voor verstrekte hulp tot 2 jaar na de verstrekingsdatum kunnen worden ingediend. Zo zullen de remgeldtellers voor het MAF-jaar 2023 worden afgesloten op 31 december 2025.

1. 137,38 EUR in het geval dat het gaat om een gezin met (potentieel) de MAF chronisch Zieken.

Zo kan iemand in 2024 nog recht krijgen op de MAF voor prestaties uit 2023 waarvoor hij/zij nu pas zijn/haar getuigschriften opstuurt naar zijn/haar ziekenfonds.

Gedurende dit 3 jaar durende proces sturen de V.I. 2 keer feedback door met betrekking tot de toekenning van de MAF. De eerste keer voor gezinnen waarvoor het inkomen niet (volledig) gekend was bij de FOD Financiën. De tweede keer bij de toepassing van behartigenswaardige gevallen. De gegevensuitwisseling gebeurt via Carenet.

3.2. Gebruik van het aanvraagnummer

Dit is een uniek nummer dat de aanvraag van de V.I. identificeert doorheen het hele bestaan van de MAF-toepassing. Met andere woorden, twee records van dezelfde V.I. zullen nooit hetzelfde aanvraagnummer hebben en dit zelfs als deze 2 records zich in 2 verschillende bestanden bevinden. De structuur van dit nummer is vrij. De enige voorwaarde is dat het numeriek moet zijn.

Het aanvraagnummer blijft behouden voor eenzelfde gezin tijdens alle stappen van de gegevensuitwisseling. Zo verschilt het niet tussen de aanvraag, het antwoord en indien nodig de verwerping of de feedback.

3.3. Het effect van een mutatie tijdens het proces

In de uitwisseling van gegevens wordt geen rekening gehouden met de mutatie van de MAF-aanvrager tijdens het proces. De dienst stuurt het antwoordbestand door naar de V.I. die het bestand met aanvragen verstuurd. De records worden niet gefilterd.

Informatie over de MAF zit in de mutatieflux. (NOTA NIC MAF. Overdracht inter-VI na mutatie/transferte. Versie 12.0 van 13.06.2007) Bij een mutatie naar een andere V.I., moet de oude V.I. alle informatie ter beschikking stellen of doorsturen die het nieuw ziekenfonds toelaat de MAF verder toe te passen.

3.4. Historiek/wijziging van (de) INSZ-nummers

In de uitwisseling van gegevens wordt de informatie binnen de bestanden niet gewijzigd naar aanleiding van wijziging van het INSZ- nummer van de MAF-aanvrager noch een van de gezinsleden. De dienst stuurt het INSZ-nummer uit het aanvraagbestand door naar de V.I. in het antwoordbestand. De records worden niet aangepast.

De V.I. wordt wel via mail op de hoogte gebracht van de wijziging van INSZ-nummers. De verwerking van deze gevallen gebeurt in de Cel MAF tijdens de controle. De medewerkers krijgen de informatie over de verandering van een INSZ vanuit het Rijksregister en houden de INSZ nummers bij die gewijzigd zijn. Deze worden regelmatig per mail overgemaakt aan de V.I.. In de mail staat een overzicht met de gewijzigde INSZ: het aanvraagnummer, de oude INSZ en de nieuwe INSZ.

4. Actuele context

Er werd besloten voor het MAF-jaar 2023 dat personen die genieten van de bijzondere beschermingsstatus (meer bepaald de personen gevlucht uit Oekraïne), geen recht zullen hebben op de inkomensMAF. Het blijft voor hen wel zo dat gezinnen met recht op de verhoogde tegemoetkoming recht hebben op de sociale MAF.

In 2023 werd uitzonderlijk besloten om de MAF-plafonds niet te indexeren. De inkomensgrenzen werden wel geïndexeerd. Zie programmawet van 26 december 2022.

5. Lijst met gezinnen met 250 EUR remgeld (Aanvragen)

5.1. Overdracht van de gegevens

De V.I. dienen uiterlijk op 31 mei van 2023 hun eerste zending met aanvragen voor het betreffende MAF-jaar, namelijk MAF 2023, over te maken aan de DAC. Nadien versturen zij maandelijks minstens één zending met aanvragen door. De verplichting van één zending per maand houdt op te bestaan in de maand december van het MAF-jaar +1. Voor het MAF-jaar 2023 is dat in december 2024. Na deze datum zijn de V.I. vrij om de frequentie waarmee nog zendingen worden overgemaakt zelf te bepalen. Zijn er geen dossiers in een bepaalde maand voor december 2024 dan dient de verzekeringsinstelling dit te melden in een gemotiveerd schrijven² aan de DAC. Het minimum aantal zendingen mag steeds overschreden worden.

De inhoud van de zending moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document dat zich in bijlage bevindt bij deze omzendbrief.

De datum waarop het bestand met aanvragen wordt gecreëerd “Creation Date” geldt als enige officiële referentiedatum voor ontvangst.

5.2. Welke gezinnen

Zodra een gezin voor een bepaald MAF-jaar 250 EUR aan persoonlijke aandelen heeft ten laste genomen, zijn de V.I. er toe gehouden het dossier over te maken.

Voor de bepaling van de inkomenscategorie van een gezin met de Inkomensmaximumfactuur waarvan minstens één lid chronisch ziek is, volgens de bepaling van de maatregel Maximumfactuur Chronisch Zieken, maakt de VI de aanvraag over aan de Cel MAF van de DAC vanaf het ogenblik dat het gezin een bedrag van 137,38 EUR aan persoonlijke aandelen in zijn remgeldteller heeft staan. (Art. 16 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door art. 1 van het K.B. van 14.06.2022)

De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 250 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de Sociale Maximumfactuur werd toegepast (niet alleen wanneer het Rijksregistergezin ruimer is dan het VT-gezin en dus ook bestaat uit leden die geen deel uitmaken van het gezin waaraan de Sociale Maximumfactuur werd toegekend).

Als het inkomen van dit gezin niet in categorie G zit en het plafond van 250 EUR dus niet kan worden toegepast, wordt het plafond van de Sociale MAF van 506,79 EUR toegepast.

5.3. Het INSZ-nummer van de aanvrager en de gezinsleden

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden. Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt in het bestand systematische controle opgenomen in een apart veld. De aanvrager is het oudste gezinslid. (zie technisch document, sectie 1.1 tot 1.3)

2. Per post of per e-mail totdat een beveiligde SharePoint is aangemaakt.

5.4. Sociaal verzekerden zonder INSZ-nummer

Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- de rechthebbende, sociaal verzekerde, woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op de Maximumfactuur na een inkomstenonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ -of bisnummer
- de pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 à 10 dagen gegeven.

In deze voorbeelden gaat het steeds om gezinsleden zonder INSZ-nummer, en niet om aanvragers. Bij in het buitenland wonende sociaal verzekerden zouden we (voor de flux) altijd de persoon met een INSZ -of bisnummer als aanvrager aangeven. Elk gezin in de gegevensuitwisseling telt minstens één INSZ -of bisnummer, dat van de aanvrager.

Als er gezinsleden zijn zonder INSZ-nummer worden deze gezinsleden niet meegedeeld. De fiscus heeft toch geen inkomensgegevens voor deze personen. Het is aan de verzekeringsinstelling om deze gevallen op te volgen.

5.5. Aanvraagtypes

Het gebruik van de aanvraagtypes heeft te maken met de verschillende gezinssituaties van de rechthebbenden op de Maximumfactuur. (art. 9 van het K.B. van 15.07.2002) Personen die in gemeenschappen wonen, worden onder bepaalde voorwaarden beschouwd als verschillende eenpersoonsgezinnen in plaats van één groot Rijksregistergezin. Er bestaan ook andere uitzonderingen op de regel 'Rijksregistergezin op 1 januari 2023'.

AANVRAAG TYPE 0

Aanvraag voor een gezin met een verblijfplaats in het buitenland volgens de omzendbrief V.I. nr. 2011/301 van 18 juli 2011 "MAF-rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging woonachtig in een land waar de Europese Verordeningen inzake Sociale Zekerheid of een overeenkomst betreffende de Sociale Zekerheid, gesloten tussen België en één of meerdere Staten, van toepassing zijn". Deze omzendbrief is van toepassing vanaf 1 januari 2012.

Belgische sociaal verzekerden in 31 landen met een terugkeerrecht voor geneeskundige verzorging hebben ook recht op de MAF voor prestaties geneeskundige verzorging die ze in België ondergaan volgens de richtlijnen van deze omzendbrief.³

AANVRAAG TYPE 1

Aanvraag voor een Rijksregistergezin op 1 januari 2023.

Het Rijksregistergezin waaraan het recht op de Inkomensmaximumfactuur wordt toegekend, staat beschreven in artikel 37 *decies*, § 3 van de gecoördineerde wet, waarnaar verwezen wordt door artikel 37 *undecies*, § 1 van dezelfde gecoördineerde wet. Het gezin wordt samengesteld op basis van de informatie die is opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen op 1 januari van een kalenderjaar in aanmerking genomen om het recht van het betrokken gezin te bepalen in het raam van het maximum te factureren bedrag in de loop van datzelfde jaar.⁴

3. Zie lijst met landen in bijlage van deze omzendbrief (bijlage 2).

4. Indien iemand uitzonderlijk tijdelijk op twee plaatsen staat ingeschreven op 01/01, wordt voor de gezinssamenstelling rekening gehouden met de laatste situatie in het Rijksregister op 01/01. Een persoon die op 01/01 verhuist zal dus deel uitmaken van het gezin van zijn nieuwe verblijfplaats.

Het gezin wordt aangevuld met de eerste inschrijving in het Rijksregister van een kind met een leeftijd van maximaal 16 jaar zoals bedoeld in artikel 11 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Voor de MAF 2023 zijn dat de eerste inschrijvingen van kinderen geboren tussen “2007 en 2023”. Eerste inschrijving in het Rijksregister van kinderen geboren in het jaar 2006 of ouder worden in 2023 niet bij het MAF-gezin gerekend.⁵

AANVRAAG TYPE 2

De rechthebbende die op 1 januari 2023 zijn hoofdverblijfplaats heeft in een kloostergemeenschap wordt beschouwd als een eenpersoonsgezin. (Art. 9. § 1. 2^{de} lid van het K.B. van 15.07.2002)

Onder “kloostergemeenschap” wordt de gemeenschap verstaan die in aanmerking wordt genomen voor de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 32, eerste lid, 21° van de gecoördineerde wet.

AANVRAAG TYPE 3

Aanvragen met aanvraagtype 3 hebben betrekking op gezinnen met een gereguleerde vorm van gezinsplaatsing zoals bedoeld in artikel 37*decies*, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet waarnaar verwezen wordt door artikel 37*undecies*, § 1 van dezelfde gecoördineerde wet. Om die reden is het gezin dat in rekening wordt genomen afwijkend van het officiële Rijksregistergezin.

AANVRAAG TYPE 4

Aanvraagtype 4 is gelinkt met aanvraagtype 3. Aanvraagtypes 4 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 3.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 3 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

AANVRAAG TYPE 5

Aanvraagtype 5 is het aanvraagtype dat wordt gebruikt voor een gezin dat zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt en ervoor gekozen heeft op zichzelf een gezin te vormen. De gerechtigde heeft evenwel de verplichting dit gezin te vormen met zijn of haar echtgenoot/echtgenote of de persoon met wie hij of zij een feitelijk gezin vormt en met zijn/haar persoon (personen) ten laste (Art. 10 § 3 van het K.B. van 15.07.2002). Door deze gezinsleden verschilt het gezin waarvoor de inkomsten worden opgevraagd en rechten worden toegekend in het kader van de Maximumfactuur van het officiële Rijksregistergezin.

AANVRAAG TYPE 6

Aanvraagtype 6 is gelinkt met aanvraagtype 5. Aanvraagtypes 6 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 5.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 5 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

5. Het kind wordt steeds toegevoegd aan het Rijksregistergezin verbonden aan het adres waar het voor het eerst wordt ingeschreven. Indien zich een situatie voordoet waarin dit onmogelijk is omdat dit gezin in het verleden niet bestond, wordt het kind ingeschreven bij de oudste ouder.

AANVRAAG TYPE 7

Aanvraagtype 7 wordt gebruikt voor gezinnen zoals bedoeld in artikel 9 § 2 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. In afwijking van artikel 9 § 1, vormt een rechthebbende die dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als zijn/haar echtgenote/echtgenoot of hun personen ten laste, met die personen een gezin.

Dat geldt eveneens als een rechthebbende dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt. Vormen een feitelijk gezin, de personen die samen onder hetzelfde dak wonen en de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen. De situatie die in aanmerking wordt genomen voor gezinnen met aanvraagtype 7 is ook de situatie op 1 januari van het jaar waarin de Maximumfactuur wordt toegekend. In deze omzendbrief dus 1 januari 2023.⁶

AANVRAAG TYPE 8

Aanvraagtypes 8 zijn er voor gezinnen verschillend van het Rijksregister, omdat ze vallen onder het artikel 9 § 1 of artikel 12 § 1⁷ van het koninklijk besluit van 15 juli 2002.

Artikel 9 § 1 eerste lid: De rechthebbende verblijft op 1 januari van het MAF-jaar als hoofdverblijfplaats in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum voor sociaal verweer of een gevangenis.⁸ Om die reden vormt de rechthebbende een éénpersoonsgezin (uitzondering art. 9 § 2, zie aanvraagtype 7).⁹

Ter verduidelijking geven we graag mee dat mensen waarvoor bij het adres in het rijksregister “diplomatische post” vermeld staat, daarom geen diplomaten zijn. Dit gegeven geeft louter aan dat een Belg die in het buitenland woont zich heeft aangemeld bij de diplomatieke post van ons land in zijn woonland.

AANVRAAG TYPE 9

Aanvraagtype 9 is gelinkt met aanvraagtype 2. Aanvraagtypes 9 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd bij aanvraagtype 2.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 2 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

6. Broers of zussen die samen in een niet-religieuze instelling verblijven, kunnen samen een feitelijk gezin vormen, op voorwaarde dat ze de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen. In dit geval vormen zij samen een MAF gezin. Als een van de broers of zussen in het Rijksregister als referentiepersoon wordt vermeld van een gezin waarvan ook andere broers of zussen deel uitmaken, kan er voor het RIZIV van uitgegaan worden dat ze een feitelijk gezin vormen. Als dat niet het geval is kan men enkel op basis van feitelijke elementen oordelen dat ze de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen en een feitelijk gezin vormen.

7. Art. 12, § 1, betreft:

1. in het buitenland wonende begunstigen van een verplichte ziekteverzekering die krachtens een verordening van de Europese Unie of een tussen België en een of meer staten gesloten socialezekerheidsverdrag in het land van verblijf en tijdens hun tijdelijk verblijf in België recht hebben op terugbetaling van prestaties voor rekening van de verplichte ziekteverzekering

2. personen die zijn vrijgesteld van elke inschrijving in het Rijksregister van Natuurlijke Personen, overeenkomstig art. 19 van het K.B. van 16.07.1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister.

8. Andere middelen dan het RR zijn toegestaan als bewijs van hoofdverblijfplaats op 01.01 als, en enkel als, de rechthebbende op 01.01 zijn (haar) hoofdverblijfplaats heeft in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum voor sociaal verweer of een gevangenis.

9. Buitenlandse studenten die een kot huren van de universiteit beantwoorden niet aan de definitie van personen die in een gemeenschap leven.

6. Controles uitgevoerd door de DAC

De DAC controleert de aanvragen op het niveau van de juiste samenstelling van de gecommuniceerde gezinnen. Dit beheer is afhankelijk van het type aanvraag. De MAF-cel controleert standaard 100% van de aanvragen. In tijden van hoge werkdruk wordt echter een klein percentage van de aanvragen zonder controle geaccepteerd, om vertragingen bij de verwerking te beperken die gevolgen zouden hebben voor de tijd die nodig is om rechten toe te kennen. Aangezien dit percentage minimaal is, is het foutenpercentage normaal ook minimaal, maar mogelijks dus niet nul.

Naast het controleren van hun inhoud, worden verzoeken ook gecontroleerd op andere soorten fouten. Sommige fouten worden gedetecteerd na een syntactische controle. Dit bijvoorbeeld bij een verzoek met een wederkerigheid of een niet-bestaande numerieke waarde in het veld “toepassingsnummer”.

Dan zijn er ook nog de controles op de integratie van NISS- en bis-nummers in de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ). Wanneer NISS- of bis-nummers niet geldig zijn, verzendt de KSZ een foutbericht. Deze KSZ-foutcodes en -berichten worden ook in de vorm van een code naar de V.I. verzonden. Deze code is ook opgenomen in het technisch document. Het bericht dat een nieuw INSZ is gecommuniceerd naar het KSZ blokkeert het proces niet. INSZ-wijzigingen worden via een apart kanaal aan de V.I. gecommuniceerd.

7. Opvragen en ontvangen inkomstengegevens door DAC

7.1. Gegevensuitwisseling

Nadat de DAC de lijst met gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de INSZ-nummers van de betrokken sociaal verzekerden (gezinsleden), via de KSZ, over aan de FOD Financiën.

Als antwoord maakt de FOD Financiën, ook via de KSZ, de netto-inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid). Naast de inkomsten worden ook een inkomenscode (indicatie van de kwaliteit van het antwoord) en een heleboel andere gegevens doorgestuurd.

7.2. Het inkomstenjaar (X-2)

Het inkomstenjaar is het jaar van het inkomen dat gebruikt wordt om de categorie van het gezin te berekenen.

De inkomsten voor het MAF-jaar zelf zijn niet bekend bij de FOD Financiën bij de aanvang van het MAF-jaar. De belastingdienst beschikt niet over de inkomsten van het lopende jaar. De inkomsten uit het derde jaar voorafgaand aan het MAF-jaar waren de enige inkomsten waarover men bij de creatie van de MAF met zekerheid beschikte. De notie van het meest recente inkomstenjaar is moeilijk te definiëren en leidt tot het gebruik van verschillende jaren afhankelijk per gezin. Daarom wordt voor alle gezinnen bij de bepaling van het MAF-plafond voor een specifiek MAF-jaar hetzelfde inkomstenjaar gebruikt. Tot en met het MAF-jaar 2018 is het inkomstenjaar het jaar MAF-3. Vanaf het MAF-jaar 2019 wordt het jaar MAF-2 ingevoerd als inkomstenjaar bij de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. (37*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994)

Voor de MAF 2023 is het jaar van de inkomsten 2021.

7.3. Berekening fiscale leeftijd. (zie technisch document)

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum van het INSZ bepalen wij of het lid ouder of jonger is dan 16 jaar op datum van 1 januari van het aanslagjaar.

De berekening van de leeftijd is gerechtvaardigd door het feit dat elke belastingplichtige verondersteld wordt gekend te zijn bij de FOD Financiën (geregistreerd in hun database) als hij/zij de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft op 1 januari van het aanslagjaar. Vanaf de leeftijd van 16 jaar kan het gebrek aan inkomsten gekend bij de FOD Financiën voor die persoon leiden tot een onbetrouwbare inkomenscode.

Het inkomen waarmee rekening wordt gehouden voor het MAF-jaar 2023 is het inkomen ontvangen in 2021. Het aanslagjaar is het jaar 2022. De leeftijd (+ of – 16 jaar) wordt berekend ten opzichte van 1 januari 2022. (tot 2006, kind < 16 jaar; vanaf 2005, kind ≥ 16 jaar)

8. Berekening gezinsinkomen en toekennen MAF-categorie

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. 2023/5 van 11 januari 2023: Maximumfactuur. Dienstjaar 2023 & het technisch document in bijlage). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond dat van toepassing is voor het gezin. Deze informatie is voldoende om de verzekeringsinstelling in staat te stellen om het recht correct toe te kennen.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meegegeeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. De enige uitzondering hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid (inkomenscode ≠ 0), bezorgt de DAC, desgevallend het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen, tenzij het om een gezinslid gaat dat jonger is dan 16 jaar.

Op de verdere toekenning door de V.I. van de MAF-rechten voor gezinnen die zich in deze situatie bevinden, wordt ingegaan in het hoofdstuk over de Feedback.

9. Versturen MAF-categorieën en vaststellingen door de DAC (Antwoorden)

9.1. Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling

De DAC antwoordt uiterlijk 30 kalenderdagen na de ontvangstdatum van het aanvraagbestand.

9.2. Welke informatie?

Het antwoord in het bestand kan erg verschillen tussen verschillende gezinnen (records) van de lijst. Voor de correct samengestelde gezinnen wordt een MAF-categorie (letter van B tot G) meegegeeld. Deze letter staat voor het plafondbedrag dat de V.I. voor dat gezin mag toepassen. Naast de letter, deelt DAC ook mee of het antwoord betrouwbaar is of niet. Betrouwbaar wil zeggen dat de inkomsten van alle gezinsleden gekend zijn bij de FOD Financiën. Met onbetrouwbaar worden de gezinnen bedoeld waar het plafond (en het inkomen) berekend werden op onvolledige informatie omdat voor tenminste één gezinslid geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën. Bij de aanvragen met onbetrouwbaar remgeldplafond wordt ook het detail van de gekende fiscale gegevens meegedeeld aan de V.I..

Dan zijn er nog de returncodes bij vaststellingen door de DAC of de foutcodes bij syntactische of integratiefouten.

De verschillende opties:

- code betrouwbaar remgeldplafond
- code onbetrouwbaar remgeldplafond (+ detail gekende fiscale gegevens)
- code vaststelling DAC (geen fiscale gegevens, wel gezin fout samengesteld of dubbele aanvraag).

10. Feedback van de verzekeringsinstellingen

10.1. Soorten feedback

De verzekeringsinstelling die het dossier beheert waarbij inkomensgegevens ontbreken, licht de DAC in over twee types beslissingen in de toekenning van de MAF. Ten eerste de verwerking van de aanvragen met ontbrekende gezinsinkomens (art. 21 van het K.B. van 15.07.2002). Naast deze eerste soort feedback, brengt de V.I. de DAC ook op de hoogte van toegekende behartigenswaardige gevallen (artn. 22 tot 24 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door artn. 3 en 4 van het K.B. van 14.06.2022).

10.2. Welke informatie

Zoals vermeld staat in de inleiding zijn er twee situaties waarvoor de V.I. feedback versturen naar de Cel MAF:

- feedback op gezinnen met onvolledige inkomstengegevens (en dus zonder MAF-categorie)
- feedback op de toekenning van de behartigenswaardige gevallen.

De eerste beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van het recht aan gezinnen die op het einde van het proces met het RIZIV en de FOD Financiën met een onvolledig gezinsinkomen blijven, en waarvan er vanuit de Cel MAF dus geen MAF-categorie kon worden toegekend.

De V.I. definieert de MAF-categorie door de betrokken rechthebbende(n) een verklaring op erewoord te laten invullen en ondertekenen met vermelding van het inkomen waarover hij/ze beschikte(n) tijdens het gebruikte inkomstenjaar. De verklaring op erewoord (VOE) is conform het model dat in bijlage I van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 is opgenomen. Deze inkomens worden toegevoegd aan de inkomens meegedeeld door het RIZIV. Op basis van deze som van de inkomens definieert het ziekenfonds de categorie van het gezin.¹⁰

10. Bij intermutualistische gezinnen moet de VOE ingediend worden bij de eigen mutualiteit. Deze informatie staat opgenomen in de template voor de VOE, in bijlage van het K.B. van 15.07.2002. Elk gezinslid dient dus zijn verklaring in bij zijn eigen ziekenfonds en het beherend ziekenfonds van het gezinshoofd is verantwoordelijk voor het verzamelen van alle inlichtingen.

De records die de V.I.'s toelaten om aan het RIZIV de gezinnen mee te delen waarvoor de inkomens van sommige leden niet gekend waren door FOD Financiën, zijn de records met returncode '02'. De V.I. communiceert alleen feedback op VOE die uiteindelijk van het recht op de MAF genoten hebben na het inkomensonderzoek.

De tweede soort beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van de behartigenswaardigheid aan bepaalde gezinnen. Hier wordt de MAF toegekend aan een gezin dat een significante inkomensdaling ondergaan heeft.

Voor alle gezinnen die een significante inkomensdaling ondergaan hebben ten opzichte van de inkomens gebruikt om de MAF toe te kennen of te weigeren, wordt een enquête uitgevoerd om de bruto belastbare inkomens van het gezin te ramen voor het betreffende jaar. Op basis van deze inkomens zal de V.I. de categorie bepalen waartoe het gezin behoort en zal het beslissen of de MAF toegekend of geweigerd wordt.

De V.I. moet kunnen vaststellen dat het inkomen van dat gezin lager is dan één van de eerste twee inkomensgrensbedragen, bedoeld in artikel 37^{undecies}, § 1 van de gecoördineerde wet. In geval van toekenning van de behartigenswaardigheid moet het ziekenfonds zijn beslissing doorsturen naar de cel MAF van de DAC van het RIZIV.

10.3. Overdracht van de feedback gegevens

Voor een MAF-jaar moeten de verzekeringsinstellingen tussen de 1^{ste} en de 31^{ste} januari van dat zelfde MAF-jaar+2 en MAF-jaar+3 de feedbackbestanden overmaken aan DAC.

De V.I. sturen dan 2 aparte feedbackbestanden door voor elk van de 2 types beslissingen.

De inhoud van de feedbackzendingen moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document "*Uitvoering Maximumfactuur 2023 Stromen V.I. <-> RIZIV*". Het technisch document bevindt zich in bijlage bij deze omzendbrief.

Elk type record wordt geïdentificeerd door een zone "Code info". De verschillende recordtypes hebben dezelfde lengte, namelijk 31 karakters. Het verschil tussen de twee zit in de waarde van het veld "Code info". De records met gezinnen waarvoor onbetrouwbare codes terugkwamen van de fiscale administratie en waarvoor de verzekeringsinstelling op basis van een verklaring op een categorie heeft bepaald hebben in dit veld een waarde 1. De waarde van dit veld is bij de gezinnen met een inkomensdaling de waarde 2.

11. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot terugvordering van de waarde van de ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed. Maar krachtens artikel 174, derde lid van de gecoördineerde wet geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste zes jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen. Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Carenet”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de Maximumfactuur ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: de machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn, tot 6 jaar. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Carenet-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

12. Algemene bepalingen

Deze omzendbrief is van toepassing voor het proces Inkomstenmaximumfactuur voor het MAF-jaar 2023.

 Omzendbrief V.I. nr. 2023/157 – 3998/60 van 3 juli 2023.

VIII. Specifieke uitwisseling via DAC voor bewijsstukken bijzondere verzekerbaarheids situaties

1. Inleiding

1.1. Doel van het proces

In het kader van het ‘beheer van **gegevensuitwisselingen** over bijzondere verzekerbaarheidssituaties’ ontvangt de Directie van verschillende openbare instellingen voor sociale zekerheid (OISZ) bewijsstukken voor zeer uitzonderlijke verzekerbaarheidssituaties en zorgt ze ervoor dat deze aan de juiste V.I. worden bezorgd, zonder tussenkomst van de kruispuntbank van de Sociale zekerheid (KSZ).¹ De gegevensuitwisselingen bijzondere verzekerbaarheidssituaties verlopen niet via de KSZ door hun extreem gering aantal of door hun tijdelijk karakter.

1.2. Context en historiek

Gegevensuitwisselingen van OISZ verlopen normaal gezien steeds via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ). De gegevensuitwisselingen bijzondere verzekerbaarheidssituaties verlopen niet via de KSZ door hun extreem gering aantal of door hun tijdelijk karakter. Voor deze afwijking is echter wel steeds een akkoord van de KSZ verkregen.

Aangezien de betrokken OISZ niet kan vaststellen bij welke V.I. deze verzekerden zijn aangesloten en het aantal gegevensuitwisselingen te beperkt is om een gestructureerde gegevensuitwisseling via de KSZ op te zetten en te onderhouden, treedt de Directie op als tussenpersoon.

In dit proces zijn er in totaal vier specifieke situaties van verzekerbaarheid waarin bewijsstukken worden uitgewisseld:

- 1) **Bons voor gelijkgestelde dagen van voormalige Hoverspeed-werknemers**²: elk jaar ontvangt de Directie ACCES van de Identificatienummers Sociale Zekerheid (INSZ) een lijst van voormalige Hoverspeed-werknemers die gelijkgestelde dagen hebben verworven in de vorm van werkloosheid ten laste van de Pool van de zeelieden van de Hulp- en Voorzorgskas voor Zeevarenden. Op de lijst staan voormalige werknemers van Hoverspeed die nog onder het socialezekerheidsstelsel van de Regie voor Maritiem Transport vallen.
- 2) **Erkenning van de status van slachtoffer van terrorisme**: na de aanslagen in Brussel van 22 maart 2016 heeft de regering besloten om financiële bijstand te verlenen aan slachtoffers van deze en soortgelijke terreurdaden. Een van de initiatieven is de hogere tegemoetkoming voor geneeskundige verzorging. De wet van 18 juli 2017 betreffende de oprichting van het statuut van nationale solidariteit, de toekenning van een herstelpensioen en de terugbetaling van medische zorg ingevolge daden van terrorisme regelt onder meer de terugbetaling van de aan deze slachtoffers verstrekte geneeskundige verzorging. De Directie ACCES gaat na bij welke V.I. het slachtoffer is aangesloten en zendt hem de relevante identiteit en informatie toe.

1. De Directie Acces doet dit met de uitdrukkelijke goedkeuring van het Informatieveiligheidscomité (IVC) en de KSZ.

2. Hoverspeed was een in 1981 opgerichte scheepvaartmaatschappij die tot 2005 veerdiensten onderhield op het Kanaal.

Zoals te verwachten is gezien het uitblijven van grootschalige terroristische daden sinds 2016, daalt de frequentie waarmee deze erkenningen door de Directie Acces ontvangen worden. Niet tegenstaand blijven er af en toe nieuwe beslissingen toekomen en lijkt het ons dus ook belangrijk dit kanaal open te houden.

- 3) **Kennisgeving van het verlies van hoedanigheid in de VGVU van een gepensioneerde van de Overzeese Sociale Zekerheid (OSZ):** sinds 1 januari 2019 zijn OSZ-gepensioneerden verzekerd in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat ze in de Europese Economische Ruimte (EER) of Zwitserland wonen. De integratie heeft plaatsgevonden overeenkomstig de wet van 21 december 2018 betreffende verschillende sociale bepalingen, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 17 januari 2019. Wanneer OSZ-gepensioneerden of hun overlevende echtgenoten en weeskinderen naar een land buiten de EER/Zwitserland verhuizen, verliezen ze hun hoedanigheid in de VGVU en vallen ze wat betreft hun rechten op geneeskundige verzorging terug op de uitgestelde verzekering van de Overzeese Sociale Zekerheid. Het ziekenfonds moet dan het recht van de betrokken personen 'deactiveren'. Deze deactivering gebeurt op basis van een signaal van de Dienst Overzeese Sociale Zekerheid van de RSZ, dat via de Directie ACCES van de DAC aan de V.I. van de betrokkene wordt toegezonden. Dit signaal geeft aan dat de betrokkene wat betreft zijn of haar rechten op geneeskundige verzorging weer onder de OSZ-regeling valt.
- 4) **De erkenning van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met bepaalde specifieke aandoeningen als basis voor een automatisch recht op de V.T.:** vanaf 1 januari 2019 zijn de deelstaten bevoegd voor de toekenning van kinderbijslag, onder meer voor de erkenning van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met het oog op verhoogde kinderbijslag.

De informatie over deze erkenning wordt via de A652-stroom aan de VI meegedeeld. De leverancier voor deze informatie was tot 2019 de FOD Sociale Zekerheid - DG Handicap. Deze gaf aan de VI minstens 2 blokken van de A652-stroom door:

- de 4 punten van de eerste pijler
- de VT-indicator die de 4 punten van pijler 1 omvat en die er ook op gericht is kinderen met minder dan 4 punten maar met een specifieke stoornis op te nemen en aldus hun handicappercantage voor de toekenning van de VT.

Gezien de verschoven bevoegdheden moet deze informatie reeds enkele jaren door de gefedereerde autoriteiten ingegeven worden. De meesten onder hen sloten echter samenwerkingsakkoorden af met de FOD Sociale Zekerheid – DG HAN, waardoor de erkenningen nog bij hen bleven en ook door hen gecommuniceerd werden in de flux A652. Die samenwerkingsakkoorden liepen recent echter allemaal op hun einde.

Het Agentschap Opgroeien, de bevoegde autoriteit voor Vlaanderen, zond de informatie omtrent kinderen met specifieke pathologieën als tussentijdse oplossing rechtstreeks naar de Directie ACCES in 2020, 2021 en 2022. Eind 2022 werd deze tijdelijke oplossing vervangen door een integratie van de verzending van deze informatie via de Flux A652.

Ook voor de andere gefedereerde autoriteiten (Aviq, DSL, Iriscare) stelt dit vraagstuk zich. Ook voor hen zijn gesprekken lopende aangaande de nood aan een tijdelijke oplossing via de Directie Acces in afwachting van een integratie in de Flux A652.

1.3. Structuur van deze omzendbrief

In het vervolg van deze omzendbrief kaarten we volgende elementen aan:

- binnenkomende informatie:
- verwerking/bewerking van de informatie
- verzenden van de verwerkte/bewerkte informatie naar de V.I./het NIC

Voor elk van deze drie punten zal de informatie in een subtitel per specifieke uitwisseling worden toegelicht, gezien de verschillen per specifieke uitwisseling.

2. Binnenkomende informatie

2.1. Bons voor gelijkgestelde dagen van voormalige Hoverspeed-werknemers



De V.I. krijgen kennis van de gedekte dagen door middel van lijsten die de Directie Acces bezorgt aan het NIC. Die lijst wordt in maart (samen met start verzenden bons nieuwe bijdragejaar) naar het RIZIV (dac-acces@riziv-inami.fgov.be) doorgestuurd door het RSZ - Directie zeevarenden.

De directie Acces volg dit van nabij op en vraagt de lijst op indien deze enkele weken na het begin van maart nog niet werd doorgestuurd.

Het gaat hier over een jaarlijkse verzending (maart, ten laatste april).

2.2. Erkenning van de status van slachtoffer van terrorisme



Vanuit de Federale Pensioendienst, Cel voor Burgerslachtoffers van Oorlog en Slachtoffers van Daden van Terrorismen (Solidarite-Pension@sfpd.fgov.be), worden beslissingen, ondertekend door de Minister van Defensie, doorgestuurd naar directie Acces (e-mailadres dac-acces@riziv-inami.fgov.be). Daarbij wordt ook gespecificeerd of het gaat om een erkenning als direct of indirect slachtoffer, informatie die relevant is voor de verzekeringsinstelling. Doorgaans gaat het om verzendingen met meerdere, gegroepeerde beslissingen.

Het gaat hier tegenwoordig over een *ad hoc* verzending.

2.3. Kennisgeving van het verlies van hoedanigheid in de VGVU van een gepensioneerde van de Overzeese Sociale Zekerheid (OSZ)

Hier wordt de trigger gevormd door een signaal van de Dienst Overzeese Sociale Zekerheid van de RSZ aan de Directie ACCES van de DAC. Dat signaal stelt dat de betrokken persoon opnieuw onder het stelsel van de OSZ valt voor zijn rechten op geneeskundige verzorging.



Concreet gaat het over een mail die vanuit het RSZ wordt verzonden naar het e-mailadres dac-acces@riziv-inami.fgov.be.

Het gaat hier over een *ad hoc* verzending.

2.4. De erkenning van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met bepaalde specifieke aandoeningen als basis voor een automatisch recht op de V.T.

[Actueel geen actieve uitwisseling]

3. Verwerking/bewerking van de informatie

3.1. Bons voor gelijkgestelde dagen van voormalige Hoverspeed-werknemers

Voor deze informatie vindt er geen bijkomende bewerking plaats door de Directie Acces. De verwerking beperkt zich dus tot het jaarlijks doorsturen van de informatie.

3.2. Erkenning van de status van slachtoffer van terrorisme

De Directie ACCES zoekt voor alle betrokken personen de aansluiting VI op en splitst de ontvangen informatie vervolgens op per V.I.. Daarbij wordt per V.I. een Excelbestand opgemaakt met per beslissing volgende informatie:

- naam
- voornaam
- INSZ-nummer
- direct of Indirect slachtoffer
- datum van gebeurtenis
- mutualiteit
- taal van de beslissing
- eventueel een opmerking als tijdens het zoeken naar de mutualiteit de informatie pas vanaf een bepaalde datum beschikbaar is.

3.3. Kennisgeving van het verlies van hoedanigheid in de VGVU van een gepensioneerde van de Overzeese Sociale Zekerheid (OSZ)

De Directie ACCES gaat voor de betrokken verzekerde na bij welke V.I. hij is aangesloten.

3.4. De erkenning van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met bepaalde specifieke aandoeningen als basis voor een automatisch recht op de V.T.

[Actueel geen actieve uitwisseling noch verwerking]

4. Verzending van de informatie naar de VI/het NIC

4.1. Bons voor gelijkgestelde dagen van voormalige Hoverspeed-werknemers

De lijst wordt door de directie Acces doorgestuurd naar het NIC, die de info vervolgens aan de bevoegde V.I. doorspeelt.

De lijst wordt steeds ook verzonden naar de KSZ. Dit gebeurt meer bepaald naar de voorzitter van de werkgroep inzake gegevensuitwisselingen met betrekking tot bijdragen werknemers. Eventuele problemen met deze lijst worden trouwens besproken in die KSZ-werkgroep.

4.2. Erkenning van de status van slachtoffer van terrorisme

De lijsten met erkenning per V.I. worden aan de relevante V.I. overgemaakt via de SFTP-server “xfer-com.riziv-inami.fgov.be”. Op het ogenblik dat een nieuw bestand op die server (waarop elke VI enkel toegang heeft tot de voor haar relevante map) wordt geplaatst, worden ook aan alle V.I. mails verstuurd vanuit de directie Acces. In die mail wordt zowel de datum van plaatsing als het aantal gecommuniceerde beslissingen gecommuniceerd.

In het verleden was de afspraak om maandelijks verzendingen te organiseren, ook wanneer er geen erkenningen te communiceren waren (die werd dan via mail gecommuniceerd). Gezien de dalende hoeveelheid erkenningen werd deze maandelijkse praktijk echter stopgezet.

4.3. Kennisgeving van het verlies van hoedanigheid in de VGVU van een gepensioneerde van de Overzeese Sociale Zekerheid (OSZ)

Indien de persoon aangesloten is bij een V.I., deelt de Directie diens identiteit mee aan deze V.I. Daarbij specificeert de directie het feit dat diens recht op geneeskundige verzorging moet worden gedeactiveerd omdat hij/zij verhuisde naar een land buiten de EER of Zwitserland.

4.4. De erkenning van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met bepaalde specifieke aandoeningen als basis voor een automatisch recht op de V.T.

[Actueel geen actieve uitwisseling]

5. Inwerkingtreding

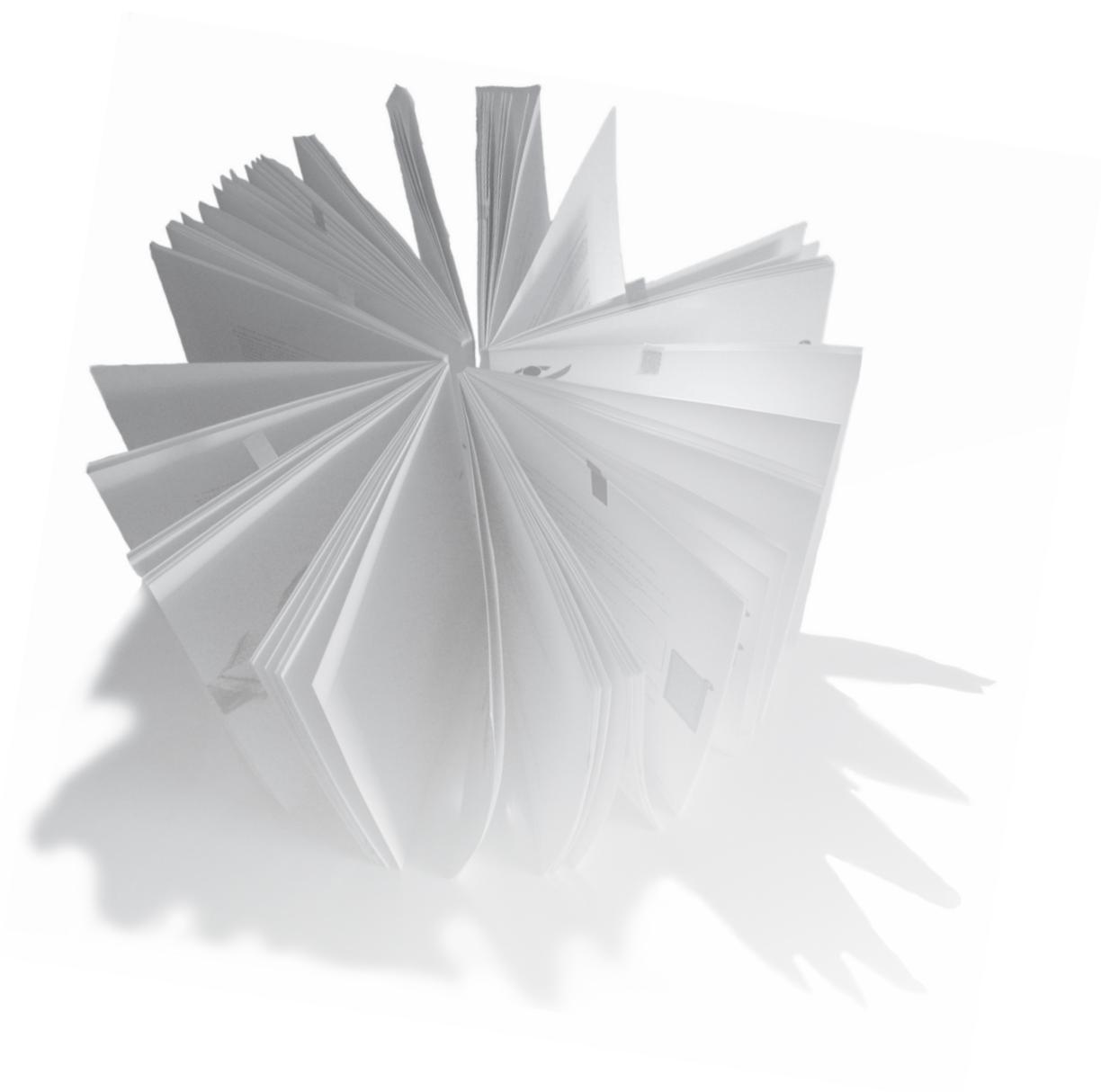
Deze omzendbrief groepeerd en beschrijft afspraken die in het verleden reeds werden gemaakt tussen de V.I. en het RIZIV.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/165 – 29/2 van 6 juli 2023.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, §19) vanaf 1 juli 2023 - Welvaart

Van toepassing vanaf 1 juli 2023.

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2^e 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 rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 17.291,03 EUR en 3.201,04 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 en worden aangepast op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Op 1 juli 2023:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
25.797,56 EUR	4.775,84 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2023/153 – 3991/368 van 1 juli 2023.

II. 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 juli 2023.

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
Vanaf 1 december 2022	42.312,15	4.561,31
Vanaf 1 januari 2023	42.312,15	4.682,19
Vanaf 1 juli 2023 (welvaart)	42.312,15	4.775,84

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
2022	40.020,69	4.314,18



Omzendbrief V.I. nr. 2023/156 – 270/95, 273/96, 274/97, 276/146, 2790/98, 2791/95, 2792/94, 3910/2083 en 83/7 van 1 juli 2023.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Charlotte Lefebre
De h. P.-A. Briffeuil
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Céline Faufeder
De h. Jonathan Owczarek
De h. Tom Candaele

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726