

1<sup>e</sup> Deel

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



# 1<sup>ste</sup> trimester 2021

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2021	24.12.2020	Wet tot bekrachtiging van de koninklijke besluiten genomen met toepassing van de wet van 27 maart 2020 die machtiging verleent aan de Koning om maatregelen te nemen in de strijd tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19 (II)

## Samenvatting van de wijzigingen

De volgende koninklijke besluiten worden bevestigd:

- 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 nr. 28 van 3 juni 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
- 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
- het koninklijk besluit nr. 33 van 23 juni 2020 tot aanpassing van de inkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging om specifieke uitgaven gelinkt aan de COVID-19-pandemie te dekken
- het koninklijk besluit nr. 41 van 26 juni 2020 tot wijziging van de wet van 23 maart 2020 tot wijziging van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen en tot invoering van tijdelijke maatregelen in het kader van COVID-19 ten gunste van zelfstandigen.

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 72 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 de eerste zin aangevuld met de woorden “en uiterlijk op 31 december 2025”
- in artikel 31 van 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, worden in de eerste zin de woorden “en uiterlijk op 31 december 2025” toegevoegd tussen de woorden “door de Koning” en “zelfs als”.

## 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
13.01.2021	28.12.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 28 december 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het incontinentiemateriaal, bedoeld in artikel 34, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen geeft uitvoering aan de volgende wijzigingen:

- de geldigheidsduur van de KATZ-schalen die aanleiding geven tot de toekenning van het forfait voor afhankelijke personen moet verstreken zijn
- het forfait voor afhankelijke personen mag ook worden toegekend op basis van een attest
- de instemming van de adviserend arts met het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie geldt onbeperkt in de tijd voor rechthebbenden van 75 jaar en ouder
- het forfait voor afhankelijke personen kan worden toegekend binnen 12 maanden na de toekenning van het forfait voor onbehandelbare urinaire incontinentie aan de hand van een *pro rata* berekening
- de referentiedag die in aanmerking wordt genomen voor de voorwaarde rond het “thuis verblijven” wordt geüniformiseerd voor beide forfaits
- de toepassing van de voorwaarde “thuis verblijven” wordt aangepast als gevolg van de staats-hervorming
- het cumulatieverbod met andere verstrekkingen uit de nomenclatuur wordt versoepeld
- de andere aanpassingen die worden aangebracht door het koninklijk besluit zijn van formele aard (bijv. de vervanging van ‘geneesheer’ door ‘arts’ in het Nederlands).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2021	10.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 223bis 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

De programmawet van 20 december 2020 (B.S. van 30.12.2020) heeft het recht op vaderschaps- of geboorteverlof uitgebreid tot:

- 15 dagen vanaf 1 januari 2021 (voor de geboortes die plaatsvinden vanaf die datum)
- 20 dagen vanaf 1 januari 2023 (voor de geboortes die plaatsvinden vanaf die datum).

De werknemer heeft recht op de vergoeding ten koste van zijn werkgever voor de eerste 3 dagen vaderschaps- of geboorteverlof (ongewijzigd) en op een uitkering ten koste van de sector uitkeringen:

- voor de volgende 12 dagen indien de geboorte op of na 1 januari 2021 plaatsvindt
- voor de volgende 17 dagen indien de geboorte op of na 1 januari 2023 plaatsvindt.

Het aantal dagen ten koste van de sector uitkeringen krachtens artikel 223*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt, bovenop de eerste drie dagen die door de werkgever worden uitkeerd, aangepast bij koninklijk besluit van 10 januari 2021 overeenkomstig het aantal extra dagen vaderschaps- of geboorteverlof voorzien door het arbeidsrecht (naargelang de geboortedatum).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2021	12.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 214 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

Het koninklijk besluit voert het basisbedrag in van de minimumuitkering bij arbeidsongeschiktheid voor een “regelmatige werknemer” met personen ten laste (43,4679 EUR) en het basisbedrag van de minimumuitkering bij arbeidsongeschiktheid voor een alleenstaande “regelmatige werknemer” (34,7853 EUR).

Dit koninklijk besluit geeft uitvoering aan de maatregel van het regeerakkoord betreffende de ont koppeling van het bedrag van de minimumuitkering “regelmatig werknemer” voor een gerechtigde met personen ten laste en voor een alleenstaande gerechtigde van het gewaarborgde minimumbedrag van het rustpensioen dat van toepassing is op een werknemer met een volledige loopbaan, berekend in werkdagen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.01.2021 – Editie 2	17.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de toekenning van een minimum dagbedrag tijdens de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid betreft, 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

Het koninklijk besluit voorziet in de toekenning van een minimumuitkering tijdens de eerste zes maanden van primaire arbeidsongeschiktheid.

- Algemene regel: gedurende de eerste zes maanden van primaire arbeidsongeschiktheid ontvangt de verzekerde in beginsel ten minste het forfaitaire bedrag van 49,6804 EUR (= 49,68 EUR), zonder onderscheid, ongeacht de gezinssituatie en de hoedanigheid van “regelmatige werknemer” of “niet-regelmatige werknemer”. Dit bedrag van 49,6804 EUR is gelijk aan het huidige bedrag van de minimumuitkering ‘regelmatig werknemer’ voor een alleenstaande
- Beperking van het gewaarborgd minimumbedrag: om te voorkomen dat het bedrag van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering, tijdens de eerste zes maanden van primaire ongeschiktheid, hoger is dan de inkomsten die de betrokkene heeft gederfd wegens de garantie van 49,68 EUR, voorzien in een mogelijke beperking van het bedrag van de minimumuitkering tot de gederfde inkomsten

- Een gefaseerde inwerkingtreding van de maatregel is van toepassing:
  - => een toekenning van de minimumuitkering vanaf de eerste dag van de vijfde maand van primaire ongeschiktheid vanaf 1 januari 2021
  - => een toekenning van de minimumuitkering vanaf de eerste dag van de vierde maand van primaire ongeschiktheid vanaf 1 januari 2022
  - => een toekenning van de minimumuitkering vanaf de eerste dag van de derde maand van primaire ongeschiktheid vanaf 1 januari 2023
  - => een toekenning van de minimumuitkering vanaf de eerste dag van primaire ongeschiktheid vanaf 1 januari 2024
  - => de (geleidelijke) vervroegde toekenning van de minimumuitkering is vanaf 1 januari van het betrokken kalenderjaar steeds van toepassing op alle verzekerden (ongeacht de precieze aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid) waarvan is erkend dat zij langer dan vier maanden (2021), drie maanden (2022) of twee maanden (2023) primair arbeidsongeschikt zijn
  - => vanaf 1 januari 2024 is de minimumuitkering gegarandeerd vanaf de eerste dag van primaire arbeidsongeschiktheid, dus ook voor verzekerden die nog geen twee maanden als primair arbeidsongeschikt zijn erkend op dit ogenblik.
- Weigering van de toekenning van de minimumuitkering: de toekenning van de minimumuitkering wordt uiteraard geweigerd in de periode die door het gewaarborgd loon wordt gedekt. Bovendien wordt uitdrukkelijk bepaald dat de toekenning van de minimumtoelage wordt geweigerd indien de werknemer recht heeft op de toeslag op grond van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 13*bis*.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2021 – Editie 1	26.01.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3 <sup>o</sup> , en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19 crisis betreft

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt de voorwaarden waaronder de patiënten bedoeld in afdeling 6 van hoofdstuk 2 van deel I van de lijst aangehecht aan het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen verkrijgen in de kosten van de oxyconcentratoren opgenomen in de lijst aangehecht aan het koninklijk besluit van 26 januari 2021.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2021 – Editie 2	20.01.2021	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

Het koninklijk besluit vervolledigt artikel 31, II, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, door een lid dat als volgt is opgesteld:

“Voor begunstigden jonger dan 7 jaar, waarbij het de bedoeling is over te schakelen op een botverankerd hulpmiddel maar dit medisch gezien nog niet mogelijk is, moet een hulpmiddel met een botverankerde audioprocessor worden beschouwd als een botverankerd hulpmiddel. Deze begunstigden hebben daarom recht op een verzekeringsbijdrage voor een luchtgeleidingshoorapparaat en een aanvullende verzekeringsbijdrage voor een beengeleidingshoorapparaat met botverankering. De voorschrijvende arts, een keel-, neus- en oorspecialist, noteert in het medisch dossier van de begunstigde dat botverankering medisch gezien tijdelijk onmogelijk is. Die informatie mag worden gevraagd door de adviserend arts en/of de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2021	10.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 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 8 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de woorden “geneesheer” en “geneesheren” worden vervangen door de woorden “arts” en “artsen” in de Nederlandse tekst
- in §2 wordt het eerste lid vervangen als volgt: “De volgende prestaties worden slechts vergoed indien zij zijn voorgeschreven door de behandelaar van de patiënt, hetzij door een arts in het kader van de algemene of de gespecialiseerde geneeskunde, hetzij door een tandarts in het kader van de tandheelkundige zorg, hetzij door een andere beroepsbeoefenaar binnen de grenzen van zijn bevoegdheid.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.03.2021	22.02.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 32 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
02.04.2021	22.02.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 32 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 - Corrigendum

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “prestatie” telkens vervangen door het woord “verstrekking”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “prestaties” telkens vervangen door het woord “verstrekingen”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “afnamen” telkens vervangen door het woord “afnames”
- in het opschrift van afdeling 1 van hoofdstuk VII worden de woorden “anatomy-pathologie” vervangen door de woorden “pathologische anatomie”
- in paragraaf 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => punt “a) histologische onderzoeken:” wordt vervangen
  - => punt “b) cytologische onderzoeken:” wordt vervangen
- in paragraaf 2, in de Nederlandse tekst worden de woorden “door een geneesheer die is erkend als specialist voor pathologische anatomie” vervangen als volgt “door een arts die is erkend als specialist in de pathologische anatomie”
- in paragraaf 2*bis* worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de woorden “of 588291-588302” worden vervangen door de woorden “588291-588302 of 587112-587123”;
  - => het woord “histopathologisch” wordt opgeheven;
- in paragraaf 3 worden de woorden “opgesteld door de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen voor pathologische anatomie” vervangen door de woorden “vastgesteld bij het koninklijk besluit van 5 december 2011 betreffende de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie door de Minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort”;
- in paragraaf 3*bis* worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de woorden “opgesteld door de beroepsverenigingen en de wetenschappelijke verenigingen voor pathologische anatomie” worden vervangen door de woorden “vastgesteld bij het koninklijk besluit van 5 december 2011 betreffende de erkenning van de laboratoria voor pathologische anatomie door de Minister tot wiens bevoegdheid de volksgezondheid behoort”

=> De woorden “door de voornoemde apothekers.” worden vervangen door de woorden “door de in § 3bis bedoelde apothekers.”

- in paragraaf 4 worden de woorden “588291 - 588302, 588394 - 588405 en 588416 - 588420, die worden opgetekend door een erkend patholoog” vervangen door de woorden “588291-588302, 587112-587123, 588394-588405 en 588416-588420, die worden opgetekend door een erkende medisch specialist in de pathologie”
- paragraaf 5 wordt vervangen
- in de Nederlandse tekst wordt paragraaf 7 vervangen door: “§7 Voor elk anatomo-pathologisch onderzoek moet een verslag worden opgemaakt.”
- er worden wijzigingen aangebracht in paragraaf 8
- in paragraaf 10, c) worden de woorden “Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid” vervangen door het woord “Sciensano”
- paragraaf 11 wordt vervangen door: “§ 11. Indien de kwaliteit van het preparaat geen correct cytologisch onderzoek mogelijk maakt, kunnen de uitkeringen 589853-589864 en 588895-588906 geen tweede maal ten laste worden gebracht van de verplichte ziekteverzekering, noch van de patiënt.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.03.2021	22.02.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B., e) en 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

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan in artikel 18, § 2, B., e), in de rubriek 2/CHEMIE: HORMONOLOGIE, onder de titel 1/Bloed:

- de omschrijving van de verstrekking 434490-434501 wordt vervangen
- in de Nederlandse formulering van de uitkering 434512-434523 worden de woorden “1,25-dihydroxy vitamine D” vervangen door de woorden “1,25-dihydroxyvitamine D”.

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 2/CHEMIE: HORMONOLOGIE, onder de hoofding 1/Bloed,
  - => wordt de verstrekking 559311-559322 vervangen door
  - => in de Nederlandse formulering van de uitkering 559333-559344 worden de woorden “1,25-dihydroxy vitamine D” vervangen door de woorden “1,25-dihydroxyvitamine D”.
- in de rubriek Diagnoseregels wordt de volgende diagnoseregule toegevoegd: “Van de verstrekkingen 434490-434501 en 559311-559322 mag er één verstrekking één maal per kalenderjaar aan de ZIV aangerekend worden tenzij bij chronische nierinsufficiëntie vanaf stadium IIIb, bij nierdialyse of bij gedocumenteerde malabsorptie (chronisch inflammatoir darmlijden, coeliakie, na bariatrische chirurgie, mucoviscidose) of na niertransplantatie waar de verstrekkingen samen maximaal 3 maal per kalenderjaar aangerekend mogen worden.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.03.2021 – Editie 1	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B., e) en 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

In de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, van artikel 18, § 2, B, e) worden bij koninklijk besluit de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 433053-433064 wordt aangevuld door de volgende woorden “(Diagnoseregul 156)”
- de verstrekking 433075-433086 wordt opgeheven
- de omschrijving van de verstrekking 433134-433145 wordt aangevuld door de volgende woorden “(Diagnoseregul 156)”.

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst worden de woorden “niet isotopen-methode” telkens vervangen door het woord “niet-isotopenmethode”
- in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed:
  - => de omschrijving van de verstrekking 541391-541402 wordt aangevuld door de volgende woorden “(Diagnoseregul 156)”;
  - => de omschrijving van de verstrekking 541435-541446 wordt aangevuld door de volgende woorden “(Diagnoseregul 156)”;
  - => de verstrekking 541450-541461 wordt opgeheven;
- in de rubriek Cumulatiereregels wordt de cumulatieregel 304 opgeheven
- in de rubriek “Diagnoseregels” wordt de volgende diagnoseregul toegevoegd: “156 Slechts één van de uitkeringen 433053-433064, 433143-433145, 541435-541446 en 541391-541402 mag eenmaal per kalenderjaar in aanmerking worden genomen.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2021 – Editie 1	03.03.2021	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

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 7 van de bijlage, § 14, 5<sup>o</sup>, A., h), worden het tweede en derde lid vervangen door: “Deze uitkeringen worden voorgeschreven door de behandelend arts-specialist.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2021 – Editie 1	22.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 32, § 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

Het koninklijk besluit van 22 februari 2021 tot wijziging van artikel 32 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 trekt de uitkering 589875-589886 en de daaropvolgende toepassingsregels in. Deze maatregel betekent echter een ernstig nadeel voor artsen-specialisten in de pathologie en hun patiënten. Derhalve wordt aan artikel 32, § 1, onder a), het volgende toegevoegd:

“589875-589886

Honorarium voor het ter beschikking stellen van het representatief tumorweefsel voor moleculair onderzoek in het kader van het voorschrijven van tumorspecifieke medicatie bij oncologische patiënten.....B 2000

Het ter beschikking stellen van het representatief tumorweefsel vergt een revisie van de bestaande microscopische preparaten, correlatie met het restmateriaal, selectie en voorbereiding van het representatieve weefsel vanaf het restmateriaal.

De verstrekking 589875 - 589886 kan enkel worden uitgevoerd en aangerekend door een arts-specialist voor pathologische anatomie op basis van een beslissing genomen in het multidisciplinair oncologisch consult over de te behandelen patiënt. De resultaten van de test moeten worden toegevoegd aan het pathologisch-anatomisch verslag.

De verstrekkingen 589875 - 589886 en 588976 - 588980 mogen onderling niet gecumuleerd worden.”

## 4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.01.2021 – Editie 1	28.12.2020	Koninklijk besluit tot opheffing van bepaalde tijdelijke maatregelen van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, en van 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

Dit koninklijk besluit **brenkt wijzigingen aan** aan 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:

- artikel 1 wordt ingetrokken, met uitzondering van de termijnen bedoeld in artikel 174 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en de termijnen voor procedures waarbij de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen of de Commissie voor de terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen betrokken is
- artikel 1 wordt ingetrokken met betrekking tot de in artikel 174 van voornoemde wet bedoelde termijnen

- artikel 1 wordt ingetrokken wat betreft de termijnen voor procedures waarbij de Commissie voor de terugbetaling van geneesmiddelen of de Commissie voor de terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen betrokken zijn.

Het koninklijk besluit **brenkt wijzigingen aan** aan 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:

- artikel 25, voor zover het verwijst naar bijlage 21, bij dit besluit wordt ingetrokken, met uitzondering van de punten 1.a. en 1.b. van deze bijlage;
- artikel 25, voor zover het verwijst naar punt 1.a. van bijlage 21 bij dit besluit, wordt ingetrokken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.01.2021 – Editie 1	28.12.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 1963 tot samenstelling van de commissies belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomsten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 1, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de punten a) en b) worden vervangen door wat volgt: “a) 8 gewone leden en 8 plaatsvervangende leden, benoemd door de beroepsorganisaties die apothekers en ziekenhuisapothekers vertegenwoordigen, als volgt verdeeld:
  - vijf leden aangewezen door de Algemene Pharmaceutische Bond;
  - twee leden aangewezen door de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België;
  - één lid aangewezen door de Belgische Vereniging van Ziekenhuisapothekers;
  - acht plaatsvervangende leden aangewezen door de Belgische Farmaceutische Vereniging, de Vereniging der Coöperatieve Apotheken van België en de Belgische Vereniging van Ziekenhuisapothekers.”
- punt c) wordt punt b).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2021	12.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 9 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 voert de maatregel van het regeerakkoord uit inzake de loskoppeling van het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering (en de invaliditeitsuitkering “zonder stopzetting van het bedrijf”) voor een gerechtigde met persoon ten laste en voor een alleenstaande gerechtigde aan het in werkdagen omgezette bedrag van het toepasselijke gewaarborgde minimumrustpensioen voor een zelfstandige met een volledige loopbaan.

Gezien deze loskoppeling moet het basisbedrag van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering (en van de arbeidsongeschiktheidsuitkering “zonder beëindiging van de beroepsactiviteit”) voor een titularis met personen ten laste en voor een alleenstaande titularis opnieuw worden berekend volgens de verordeningen van de arbeidsongevallenverzekering van zelfstandige werknemers:

- titularis met personen ten laste: 43,4679 EUR (geïndexeerd bedrag: 62,0809 EUR)
- alleenstaande titularis: 34,7853 EUR (geïndexeerd bedrag: 49,6804 EUR).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2021	17.12.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland

#### Samenvatting van de wijzigingen

Voor het tijdvak van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2021 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 553,45 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.01.2021	05.01.2021	Koninklijk besluit houdende toekenning van een dotatie aan het RIZIV voor het jaar 2020 in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus

#### Samenvatting van de wijzigingen

Aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering wordt voor het jaar 2020 een bedrag van 1.242.009.000 EUR toegewezen voor de financiering van de uitgaven van het RIZIV in de strijd tegen het Covid-19-virus.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.01.2021 – Editie 2	14.01.2021	Koninklijk besluit tot tijdelijke schorsing, ingevolge de COVID-19-pandemie, van de toepassing van de voorwaarde dat het tijdvak van arbeidsongeschiktheid in de uitkeringsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten ten vroegste kan aanvangen op de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit verlengt de opschorting van de toepassing van de maatregel volgens welke de adviserende arts de arbeidsongeschiktheid pas bij een eerste aangifte mag erkennen, ten vroegste vanaf de datum van ondertekening van het medisch attest door de behandelende arts voor elke periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt in de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 maart 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2021	20.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare dieetvoeding voor medisch gebruik

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vult artikel 3 aan met een lid luidend als volgt: 'De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijs zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2020.'

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2021 – Editie 2	14.01.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen in 2016, 2017 en 2018

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen, wordt voor het jaar 2016 vastgesteld op 10.109.604,51 EUR, voor 2017 op 12.778.034,44 EUR en voor 2018 op 10.450.158,07 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2021 – Editie 2	20.01.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van bandagisten en orthopedisten

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden het bedrag en de voorwaarden van de financiële tegemoetkoming vastgesteld voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de bandagisten en orthopedisten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2021 – Editie 1	26.01.2021	Ontwerp van koninklijk besluit 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 in buitengewone omstandigheden of overmachtsituaties

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de context van de COVID-19-pandemie moeten wijzigingen in de lijst van voor vergoeding in aanmerking komende farmaceutische specialiteiten onmiddellijk of binnen een bijzonder kort tijdsbestek kunnen worden aangebracht, teneinde de continuïteit van de patiëntenzorg te blijven waarborgen, rekening houdend met de huidige onbeschikbaarheid van farmaceutische specialiteiten, of om de toegang tot essentiële therapieën in de strijd tegen de COVID-19-pandemie te garanderen. Zo kan de minister in uitzonderlijke omstandigheden of in door de ministerraad vastgestelde gevallen van overmacht, op voorstel van de dienst en na advies van de Commissie, de lijst van de te vergoeden specialiteiten tijdelijk wijzigen, wanneer de minister vaststelt dat de begunstigden geen tussenkomst krijgen van de verzekering voor waardevolle therapeutische middelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2021 – Editie 1	31.01.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3, § 4 worden de woorden “Voor het jaar 2019” vervangen door de woorden “Voor de jaren 2019 en 2020”

- in artikel 5, §1, 1<sup>o</sup> worden de woorden “en wat 2019 betreft” vervangen door de woorden “en wat 2019 en 2020 betreft”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.03.2021 – Editie 1	09.02.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde ten huize

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1, punt C, en in bijlage C worden de woorden “een voedingstekort” vervangen door de woorden “ondervoeding”
- in de Nederlandse versie van hetzelfde besluit worden in artikel 1, C en in bijlage C de woorden “ernstige aandoening die een ondervoeding” vervangen door de woorden “aandoening die een ernstige ondervoeding”
- in artikel 2/1 wordt het eerste lid vervangen
- de titel van de bijlage “Bijlage” wordt vervangen door het volgende: “Bijlage I”
- er wordt een Bijlage II ingevoegd
- toestemmingen die vóór de inwerkingtreding van dit besluit door de adviserende arts zijn verleend, blijven geldig gedurende de geldigheidsduur van die toestemmingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.03.2021	24.02.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 augustus 2012 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de tandheelkundigen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3 worden de paragrafen 2 en 3 vervangen door wat volgt:  
“Art. 3 § 2. Voor de jaren 2020 tot en met 2023 wordt het basisbedrag bedoeld in artikel 3, § 1, 1<sup>o</sup> vastgesteld op 8.000,00 EUR per representatieve beroepsorganisatie en wordt het aanvullend bedrag bedoeld in § 1, 2<sup>o</sup> vastgesteld op 88,83 EUR per geldig uitgebrachte stem.

In geen geval mogen deze bedragen samen meer bedragen dan 442.150,53 EUR op jaarbasis.

§ 3. Vanaf 2021 tot en met 2023 worden de bedragen bedoeld in § 2 aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht zijn op 1 maart van het betrokken jaar”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2021 – Editie 1	09.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging 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

## Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 5 wordt in paragraaf 1 het laatste lid aangevuld met de woorden “- het gaat om een specialiteit waarvoor de werkzame stof(fen) als complex wordt (worden) beschouwd, overeenkomstig § 1, lid 3 en 4 van artikel 35<sup>ter</sup> van de wet.”
- In artikel 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 3 wordt het tweede lid vervangen:
    - => in paragraaf 3, zesde lid, worden de woorden “lid 49 tot 54” vervangen door de woorden “lid 70 tot 77”;
    - => in paragraaf 3, negende lid, worden de woorden “van het zesenvijftigste lid” vervangen door de woorden “van het achtenzeventigste lid”;
    - => in paragraaf 3, tiende lid, worden de woorden “lid 49 tot 54” vervangen door de woorden “lid 70 tot 77”;
    - => in paragraaf 3, dertiende lid, worden de woorden “van het zesenvijftigste lid” vervangen door de woorden “van het achtenzeventigste lid”;
    - => in paragraaf 3, lid 14, wordt de laatste zin vervangen door de volgende zin “Wanneer in een later stadium de registratie van een farmaceutische specialiteit die is ingedeeld in klasse 3, subklasse 3A of 3B, inhoudt dat de farmaceutische specialiteit niet langer tot subklasse 3C behoort, worden de verminderingspercentages bedoeld in artikel 8, §3, derde lid en in artikel 8, § 3, 7de lid van rechtswege toegepast, behalve voor specialiteiten waarvoor de werkzame stof(fen) als complex wordt (worden) beschouwd, overeenkomstig § 1, lid 3 en 4 van artikel 35<sup>ter</sup> van de Wet.”;
    - => in paragraaf 4, lid 4 worden de woorden «lid 49 tot 54» vervangen door de woorden «lid 70 tot 77»;
    - => in paragraaf 4, lid 5 worden de woorden «lid 49 tot 54» vervangen door de woorden «lid 70 tot 77».
- in artikel 79 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 1 wordt het eerste lid vervangen:
    - => in paragraaf 1, tweede lid, 1<sup>o</sup>), a) worden de woorden “eerste of tweede lid” telkens vervangen door de woorden “eerste, tweede of derde lid”;
    - => in paragraaf 1, tweede lid, 2<sup>o</sup>), a) worden de woorden “eerste of tweede lid” vervangen door de woorden “eerste, tweede of derde lid”;
    - => in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “artikel 35<sup>ter</sup>, § 1, vijfde lid” vervangen door de woorden “artikel 35<sup>ter</sup>, § 1bis, eerste lid”;
    - => in paragraaf 2, tweede lid, a) worden de woorden “eerste of tweede lid” vervangen door de woorden “eerste, tweede of derde lid”;
- in artikel 80 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in paragraaf 1, lid 1 worden de woorden “lid 49 tot 54” vervangen door de woorden “lid 70 tot 77”;
  - => in paragraaf 5, lid 1 worden de woorden “lid 49 tot 54” vervangen door de woorden “lid 70 tot 77”.

- in artikel 126, § 4, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> wordt het vijfde lid opgeheven

=> in het oude lid 6, nu lid 5, worden de woorden «tot lid 2» vervangen door de woorden «tot lid 2 en 3»

=> in het oude lid 7, nu lid 6, worden de woorden «tot lid 2» vervangen door de woorden «tot lid 2 en 3» en de woorden «tot lid 9» worden vervangen door de woorden «tot lid 7»

=> het vroegere lid 8 wordt ingetrokken.

=> het vroegere lid 9, nu lid 7, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.03.2021 – Uitgave 2	11.03.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1 <sup>o</sup> , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit stelt de voorwaarden vast waaronder overeenkomsten kunnen worden gesloten met het oog op het voordeel van de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering en uitkeringen in de behandeling door hadrontherapie.

### 5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2021 – Uitgave 2	18.01.2021	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
16.02.2021	18.01.2021	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 - Erratum
10.03.2021	18.01.2021	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 - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

In bijlagen I, II en IV van de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht.



Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2021	11.02.2021	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
26.02.2021 – Editie 1	15.02.2021	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

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk I en IV van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2021 – Editie 1	11.03.2021	6 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
19.04.2021	11.03.2021	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 - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.03.2021 – Editie 1	19.03.2021	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
26.04.2021	19.03.2021	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 - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.03.2021 – Editie 1	22.03.2021	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
19.04.2021	22.03.2021	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 - Erratum

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2021	15.02.2021	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
10.03.2021	15.02.2021	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 - Erratum

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.03.2021	19.02.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 september 2020 tot vaststelling van de bijkomende tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van gedialyseerde rechthebbenden, van kankerpatiënten en in het kader van de revalidatie in geval van vervoer met een ziekenwagen wegens de gezondheidsmaatregelen genomen in het kader van de COVID-19 pandemie

### Samenvatting van de wijzigingen

Tot en met 31 maart 2021 kan om tussenkomst worden verzocht voor reizen uitgevoerd tussen 1 maart 2020 en 30 november 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.03.2021 – Uitgave 2	10.03.2021	Ministerieel besluit tot uitvoering van artikel 5, § 4, eerste lid, van het koninklijk besluit van 30 september 2020 tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie

### Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit stelt de regels vast voor het indienen van de aanvraag tot financiële tussenkomst bedoeld in artikel 5, § 4, eerste lid, van het koninklijk besluit van 30 september 2020 betreffende de tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van specifieke beschermingsmaatregelen en uitrusting in het kader van de COVID-19 pandemie.

## 6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.02.2021	25.01.2021	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

De verordening vervangt bijlage 13.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.02.2021 – Editie 1	20.01.2021	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

De verordening behelst een aanpassing van de vergoedingsverordening van 16 april 1997 naar aanleiding van de verlenging van het vaderschaps- of geboorteverlof met 10 dagen:

- 15 dagen vanaf 1 januari 2021 (voor de geboortes die plaatsvinden vanaf die datum)
- 20 dagen vanaf 1 januari 2023 (voor de geboortes die plaatsvinden vanaf die datum).

## 7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

20.01.2021

### Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

#### INTERPRETATIEREGEL 37

Vraag

Kan bij vervroegde vernieuwing van orthopedisch schoeisel wegens een eenzijdige anatomische verandering (zie art. 29, § 7bis) ook het schoeisel van de ongewijzigde voet worden vernieuwd en vergoed?

### Antwoord

Ja, in geval van vervroegde vernieuwing van orthopedisch schoeisel van de categorieën A en B, als gevolg van anatomische veranderingen, kan één paar schoenen worden vernieuwd. De tweede schoen van het paar moet worden aangevraagd onder hetzelfde nomenclatuurnummer als de vorige uitgave.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 april 1995.

Belgisch Staatsblad

26.02.2021 – Editie 1

### Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten op basis van fulvestrant

#### Vraag:

In hoeverre kan een farmaceutische specialiteit op basis van fulvestrant worden vergoed voor de behandeling van hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve lokaal gevorderde of uitgezaaide borstkanker als het wordt gebruikt in combinatie met KISQALI?

#### Antwoord:

Als een patiënt een uitkering ontvangt voor KISQALI en voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van § 9350300 (behandeling van vrouwen met hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve, lokaal gevorderde of uitgezaaide symptomatische borstkanker die eerder adjuvante hormonale therapie hebben gekregen en die binnen 12 maanden na voltooiing van hun adjuvante therapie hervallen) of voldoet aan de voorwaarden voor vergoeding van § 9350400 (behandeling van vrouwen met symptomatische, hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve, lokaal gevorderde of uitgezaaide kanker die voor het eerst (de novo) is gediagnosticeerd), is de specialiteit op basis van fulvestrant zonder voorafgaande toestemming terugbetaalbaar, ook als aan sommige criteria van de voorwaarden voor terugbetaling van de specialiteit op basis van fulvestrant niet is voldaan, en dit voor een periode die gelijk is aan de duur van de terugbetalingstoelating van KISQALI, en op voorwaarde dat de aflevering van de specialiteit op basis van fulvestrant wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die de aflevering van KISQALI uitvoert.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 maart 2021.

Belgisch Staatsblad

26.02.2021 – Editie 1

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

#### Vraag:

In welke situatie kan een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als werkzame stof worden vergoed voor de behandeling van een ernstig of levensbedreigend cytokine-afgiftesyndroom geïnduceerd door YescartaR-perfusie bij de behandeling van de indicatie DLBCL en PMBCL?

Antwoord:

Indien een patiënt reeds geniet van een terugbetaling voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit YescartaR, mag een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel terugbetaald worden, indien die laatste toegediend wordt voor de behandeling van cytokine-afgiftesyndroom geïnduceerd door de perfusie van axicabtageneuciloleucel, overeenkomstig de samenvatting van de productkenmerken (SPK) van tisagenaxicabtageneuciloleucel en 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 YescartaR geniet.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 maart 2021.

Belgisch Staatsblad

26.03.2021 – Editie 1

### **Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen**

#### **INTERPRETATIЕРЕГЕЛ 38**

Vraag

Wat betekent het woord “cosmetisch” in de zin van § 13, G. Onderhoud en herstellingen, “de basisprijs waarop het totaalbedrag van het jaarlijks onderhoud wordt berekend, is de totale prijs van de uitkeringen voor de prothese, met inbegrip van de terugbetaalde accessoires, maar zonder de jaarlijkse prestaties (stompomhulsels, cosmetica, voering)”?

Antwoord

Het woord “cosmetisch” omvat ook: de coating of het cosmetische omhulsel van PVC of siliconen. Deze worden niet meegerekend bij de berekening van de totale kosten van de prothese. Bij reparatie en onderhoud kan één van hen dus apart in rekening worden gebracht.

De interpretatieregel treedt in werking op 1 november 2004.

Belgisch Staatsblad

31.03.2021 – Editie 1

### **Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met bevacizumab als actief bestanddeel**

Vraag:

In hoeverre kan een farmaceutische specialiteit op basis van bevacizumab worden vergoed voor de behandeling van volwassen begunstigen getroffen door een gevorderd of niet-resectabel hepatocellulair carcinoom (HCC) die niet eerder een systemische therapie hebben gekregen, wanneer het wordt toegediend in combinatie met TecentriqR (atezolizumab) 1200 mg?

Antwoord:

Als een patiënt TecentriqR 1200 mg vergoed krijgt en aan de voorwaarden voor vergoeding van § 9120000 (behandeling van volwassen begunstigen met gevorderd of niet-resectabel hepatocellulair carcinoom (HCC) die niet eerder een systemische therapie hebben gekregen, in combinatie met bevacizumab) is voldaan, wordt het op bevacizumab gebaseerde product vergoed zonder voorafgaande goedkeuring, zelfs indien aan sommige criteria van de voorwaarden voor vergoeding van de specialiteit op basis van bevacizumab niet is voldaan en dit voor een periode gelijk aan de duur van de toestemming voor vergoeding van TecentriqR 1200 mg, en op voorwaarde dat de aflevering van de specialiteit op basis van bevacizumab wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die de aflevering van TecentriqR 1200 mg uitvoert.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 april 2021.

Belgisch Staatsblad

31.03.2021 – Editie 1

#### **Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met nab-paclitaxel als actief bestanddeel**

Vraag:

In hoeverre kan een farmaceutische specialiteit op basis van nab-paclitaxel worden vergoed voor de behandeling van volwassen patiënten met niet-resectabele of metastatische lokaal gevorderde triple-negatieve borstkanker, van wie de tumor PD-L1-expressie  $\geq 1\%$  heeft en die niet eerder chemotherapie in de metastatische setting hebben gekregen, indien het wordt toegediend in combinatie met TecentriqR (atezolizumab) 840 mg?

Antwoord:

Als een patiënt TecentriqR 840mg vergoed krijgt en aan de voorwaarden voor vergoeding van § 10320000 (de behandeling van volwassen begunstigen met niet-resectabele of metastatische lokaal gevorderde triple negatieve borstkanker, waarvan de tumoren PD-L1 expressie  $\geq 1\%$  hebben en niet eerder chemotherapie in de metastatische setting hebben gekregen, in combinatie met nab-paclitaxel) is voldaan de specialiteit op basis van nab-paclitaxel wordt vergoed zonder voorafgaande toestemming, zelfs indien niet is voldaan aan bepaalde criteria van de voorwaarden voor vergoeding van de specialiteit op basis van nab-paclitaxel, en dit voor een periode gelijk aan de duur van de toestemming voor vergoeding van TecentriqR 840mg, en op voorwaarde dat de aflevering van de specialiteit op basis van nab-paclitaxel wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die de aflevering van TecentriqR 840mg uitvoert.

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 april 2021.

Belgisch Staatsblad

31.03.2021 – Editie 1

#### **Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met bevacizumab als actief bestanddeel**

Vraag:

In welke situatie kan vanaf 1 maart 2021 een farmaceutische specialiteit met bevacizumab als werkzaam bestanddeel worden vergoed voor de behandeling van volwassen patiënten met recidiverende primaire platinaresistente epitheliale eierstok-, eileider- of peritoneale kanker, die niet meer dan twee lijnen chemotherapie hebben ondergaan en die niet eerder zijn behandeld met bevacizumab of andere VEGF-remmers of andere middelen die op VEGF-receptoren zijn gericht, wanneer deze in combinatie met paclitaxel worden gebruikt totdat ziekteprogressie of onaanvaardbare toxiciteit optreedt?

Antwoord:

Op basis van een elektronisch verzoek om terugbetaling, ingediend door de arts-specialist die verantwoordelijk is voor de behandeling en die gecertificeerd is in de medische oncologie of een bijzondere bekwaamheid heeft in de oncologie, en die geïdentificeerd en geauthentiseerd is door het e-health-platform voor § 6830400, kan deze patiënt bevacizumab terugbetaald krijgen op voorwaarde dat hij op 28 februari 2021 een geldige terugbetalingstoelating had voor § 6830300.

De voorgenoemde interpretatieregel heeft uitwerking met ingang op 1 maart 2021.

## 9. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2021	15.01.2021	Wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 12 december 2019 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2020)

### Samenvatting van de wijzigingen

In de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de uitkering 220253 - 220264 Chirurgische behandeling van diepe flegmon wordt geschrapt uit het onderdeel "Groep 6" van de lijst van uitkeringen in bijlage I bij de nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en verzekeringsinstellingen van 12 december 2019.
- een artikel 14*bis* wordt toegevoegd als volgt: **"Het budget dat vrijkomt door het schrappen van de verstrekking 220253-220264 van de lijst van 'groep 6' vanaf 1 januari 2021, zal aangewend worden voor het tijdelijk verhogen van de forfaits toegekend aan de nieuwe verstrekking(en) die ten laatste op 1 juli 2021 aan de lijsten van de overeenkomst worden toegevoegd, dit als aanmoediging om deze in daghospitalisatie uit te voeren.** Het budget voor de tijdelijke verhoging van de forfaitaire bedragen voor de nieuwe uitkering(en) wordt berekend naar rata van de periode gedurende welke het budget voor de schrapping van uitkering 220253-220264 niet is gecompenseerd door de toevoeging van de nieuwe uitkering(en). Het vrijgemaakte budget wordt geraamd op 1.039.506 EUR op jaarbasis voor 2021".
- lid 2 van artikel 15 wordt vervangen door het volgende lid: "Deze is geldig tot en met 30 juni 2021 en kan niet stilzwijgend worden verlengd."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.01.2021	15.01.2021	Nationaal akkoord artsen - ziekenfondsen 2021

### Samenvatting van de wijzigingen

De overeenkomst voor 2021 omvat 5 doelstellingen:

- de samenwerking tussen zorgverleners en de betrokkenheid van patiënten versterken
- financiële middelen strategisch gebruiken om zorgcoördinatie, kwaliteits- en gezondheidsdoelstellingen te bevorderen
- verder ontwikkelen van digitale zorg
- verbeteren van de toegankelijkheid
- beheersen van de opwaartse tendens van toeslagen en retrocessies op vergoedingen.

Voor de patiënt verandert alleen het persoonlijke aandeel voor een huisbezoek. Dit bedrag stijgt met 0,14 cent, van 13,87 EUR naar 14,01 EUR. Het persoonlijk aandeel voor een consultatie blijft wat het was. Voor een globaal medisch dossier (GMD) betaalt de patiënt nog altijd niets.

De wijzigingen hebben voornamelijk betrekking op de honoraria van artsen, waaronder de volgende honoraria:

- een consultatie bij de huisarts stijgt met 0,28 cent, van 26,78 EUR naar 27,06 EUR
- een huisbezoek stijgt met 0,41 cent, van 39,63 EUR naar 40,04 EUR
- het beheer van een GMD stijgt met 0,39 cent, van 31,61 EUR tot 32,00 EUR
- de speciale verstrekkingen en de verstrekkingen voor gynaecologie en toezicht worden met 0,84 % geïndexeerd
- de verstrekkingen voor heelkunde en voor anesthesiologie worden geïndexeerd met 0,90 %
- de verstrekkingen voor klinische biologie en medische beeldvorming worden geïndexeerd met 0,80 %
- de raadplegingen, bezoeken en adviezen en het multidisciplinair oncologisch consult (MOC) worden geïndexeerd met 1,01 %. Het GMD wordt geïndexeerd met 1,25 %.

Er zullen maatregelen worden genomen om de toegankelijkheid te verbeteren, waaronder:

- opheffen van het verbod tot toepassing van het systeem van derde betalende voor raadplegingen en bezoeken
- uitwerken van een standaardmodel voor de kostenraming van courante ziekenhuisopnames
- verplichte melding van gecertificeerde patiëntensupplementen aan verzekeraars via elektronische facturatie
- meer transparantie in de facturatie van supplementen in de ambulante sector
- verbetering van het percentage geconventioneerde specialisten (dermatologen, oogartsen, gynaecologen, enz.).

De specifieke projecten:

- telegeneeskunde: In het kader van de verdere ontwikkeling van telegeneeskunde zal de transversale werkgroep 'digitale zorg' een kader ontwikkelen voor teleconsultaties, tele-expertise, monitoring op afstand en de mHealth-applicaties. Om de kwaliteit van de zorg te bevorderen, zullen wij een rechtskader ontwikkelen voor de vergoeding van telegeneeskundige verstrekkingen.
- huisartsenwachtposten: het budget voor de huisartsenwachtposten wordt opgetrokken van 33 naar 34,7 mio EUR. De NCAZ zal functionele samenwerkingsverbanden ondersteunen die in 2021 op het gecentraliseerde oproepsysteem 1733 moeten worden aangesloten en die in bepaalde geografische gebieden medische permanentie moeten garanderen.
- hervorming accreditering
- vereenvoudiging van de administratieve procedures: een werkgroep zal zorgen voor de vereenvoudiging van de bestaande administratieve procedures rond de verschillende getuigschriften (hoofdstuk IV, getuigschriften van arbeidsongeschiktheid, medische attesten van korte duur, enz.)
- artsen in opleiding: er wordt specifiek aandacht besteed aan de artsen in opleiding. Naast de toewijzing van 10 miljoen EUR voor doeltreffende zorg, wil de NCAZ de sociale rechten verbeteren en pleit zij voor een billijke en uniforme vergoeding, met inachtneming van de wettelijke arbeidstijden en adequate arbeidsomstandigheden.
- de sociale uitkeringen voor artsen in contractopleiding zijn vastgesteld op 6.351,21 EUR.



- In het kader van doeltreffende zorg zal in 2021 op dit gebied 40 miljoen EUR worden vrijgemaakt. Deze middelen worden thans niet voldoende gebruikt. Zij zullen worden gebruikt voor de uitvoering van een aantal initiatieven, waaronder verbetering van de bescherming van artsen in opleiding (ASO/HAIO), uitbreiding en herevaluatie van het globaal medisch dossier, herwaardering van het honorarium voor geriatrische supervisie en diverse maatregelen met betrekking tot de toegankelijkheid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.01.2021	25.01.2021	Overeenkomst M/21 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen - Notificatie punt 10

### Samenvatting van de wijzigingen

De overeenkomst 2021 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen (M/21) omvat de volgende grote lijnen:

- vanaf 1 januari 2021.
  - => tarieven voor de eerste 9 basisverstrekkingen voor courante aandoeningen M24
  - => de uitkering voor het starten van een kinesitherapiedossier
  - => honoraria voor perinatale verstrekkingen en verstrekkingen M48 van de lijst E, inclusief lymfedrainage.
- verhoging vanaf 1 juli 2021 van M16-verstrekkingen in gemeenschapswoningen voor gehandicapten en senioren en in psychiatrische zorginstellingen
- verhoging vanaf 1 oktober 2021 van het tarief voor het starten van een kinesitherapiedossier.

Door het systeem van vaste eigen bijdragen (remgeld) veranderen deze verhogingen niets aan het bedrag dat de patiënt zelf moet betalen:

- het behoud van het bedrag van de premie voor kwaliteitspromotie in 2021;
- verhoging met 5% bovenop de indexerings van de bedragen van het sociaal statuut.

### Operationeel meerjarenplan

De Akkoorden- en overeenkomstencommissie zal vóór 30 juni 2021 een operationeel meerjarenplan opstellen dat de volgende doelstellingen omvat:

- de ontwikkeling van een systeem om de nomenclatuur bij te werken met het oog op:
  - => de verdere overeenstemming van de vergoeding van kinesitherapeuten met die van andere beroepsgroepen
  - => de poging om efficiëntieverbeteringen te bereiken.
- de verbetering van de toegang tot zorg voor de patiënt
- de opstelling van een routekaart voor digitalisering.

### De -25% regel

Uiterlijk op 30 juni 2021 zal, in samenwerking met andere sectoren, worden nagegaan of de -25% regel wel geschikt is.

Het gaat om de vermindering van de vergoeding door de ziektekostenverzekering van alle verstrekkingen geleverd door niet-geconventioneerde kinesitherapeuten, indien meer dan 60% van de beroepsgroep tot de conventie toetreedt. Deze verminderde terugbetaling geldt echter niet voor zorg die wordt verleend aan patiënten die de verbeterde interventie ontvangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.01.2021	25.01.2021	Wijzigingsclausule Y/2018 <sup>quater</sup> bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen - Wijzigingsclausule T/2018 <sup>quinquies</sup> bij de Nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

- Derde wijzigingsclausule Y/2018<sup>quater</sup> bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen.

De Akkoorden- en overeenkomstencommissie bandagisten-orthopedisten-verzekeraars heeft de derde wijziging Y/2018<sup>quater</sup> gesloten, waarbij artikel 3 van hoofdstuk I vervangen wordt vanaf 1 januari 2021.

- Vierde wijzigingsclausule T/2018<sup>quinquies</sup> bij de Nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen.

De Akkoorden- en overeenkomstencommissie tussen orthopedisten en verzekeringsmaatschappijen heeft de vierde wijziging T/2018<sup>quinquies</sup> gesloten, waarbij artikel 3 wordt vervangen vanaf 1 januari 2021.

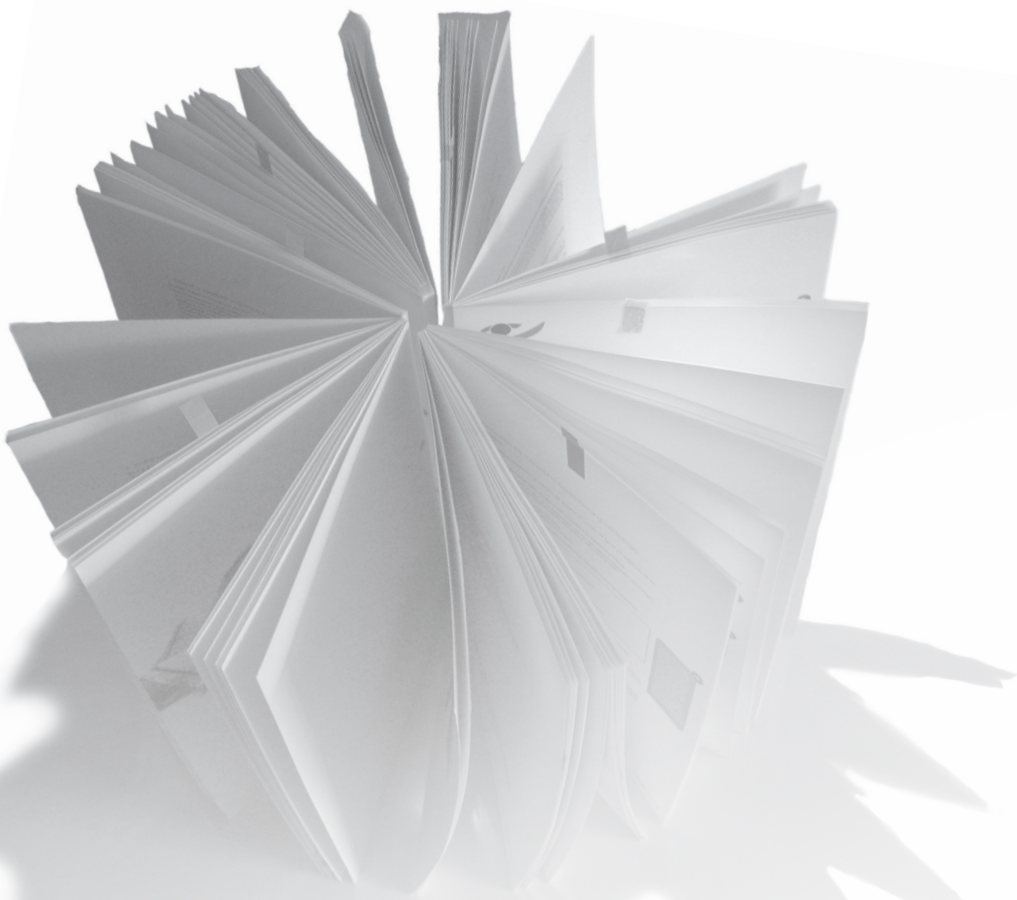
Belgisch Staatsblad	Titel
22.02.2021	Aanpassing buiten index op 1 januari 2021 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Aan het spilindexcijfer 107,20 (basis 2013 = 100) wordt vanaf 1 januari 2021 het bedrag van de volgende sociale uitkeringen vastgelegd op:

- onbeperkt minimumbedrag per dag (vanaf de 1e dag van de 5e maand van arbeidsongeschiktheid): 49,68 EUR
- minimale dagvergoeding (vanaf de 1e dag van de 7e maand van arbeidsongeschiktheid):
  - => niet-regelmatige werknemer met gezinslast: 51,18 EUR;
  - => niet-regelmatige werknemer zonder gezinslast: 37,87 EUR.

2<sup>e</sup> Deel  
Rechtspraak



# I. Arbeidshof Gent, afdeling Gent, 8 maart 2021

Evaluatie arbeidsongeschiktheid - Artikel 100, §1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Objectieve criteria voor beoordeling graad van arbeidsongeschiktheid – Geen rekening houden met subjectieve elementen – Deskundigenonderzoek

Artikel 100, §1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voorziet in objectieve criteria voor de beoordeling van de graad van arbeidsongeschiktheid. Hierbij wordt er geen rekening gehouden met eventuele subjectieve elementen zoals het standpunt en de perceptie van de betrokken werknemer of een eventuele moeilijke toegang tot de arbeidsmarkt.

Overeenkomstig voornoemd artikel 100, § 1 moet er een vermindering zijn van het verdienvermogen met minstens twee derden om arbeidsongeschikt erkend te kunnen worden of te blijven.

Het deeltijds een fysische niet belastende activiteit op zich kunnen nemen, wijst volgens de deskundige, die werd aangesteld door de Arbeidsrechtbank om een onpartijdig advies te verlenen over de graad van arbeidsongeschiktheid, op het behoud van een verdienvermogen van meer dan een derde.

A.R. 2020/AG/132  
... t./RIZIV

...

## 1. De feiten

Appellante was vanaf 15 augustus 2013 arbeidsongeschikt erkend wegens blijvende pijnklachten aan heup, schouders, polsen en vingers en hoofdpijn.

Bij beslissing van 29 juli 2014, ter kennis van appellante gebracht bij brief van 30 juli 2014, verklaarde geïntimeerde appellante vanaf 15 augustus 2014 niet langer arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (ZIV-wet) omdat de letsels of functionele stoornissen van appellante niet langer een vermindering van twee derden van haar verdienvermogen met zich meebrachten in de beroepscategorie waartoe zij behoorde of in de verschillende beroepen die zij had of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding.

Appellante meende dat deze beslissing ten onrechte werd genomen zodat zij beroep instelde bij de bevoegde arbeidsrechtbank.

## 2. De procedure en de beslissing in eerste aanleg

### 2.1.

Bij verzoekschrift, op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, neergelegd op 16 september 2014 heeft oorspronkelijk eiseres, thans appellante, verhaal ingesteld tegen de beslissing van de geïntimeerde van 29 juli 2014.

Bij tussenvonnis van 23 februari 2016 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, werd het hoger beroep ontvankelijk verklaard en vooraleer ten gronde recht te doen, werd dr. ... aangesteld als deskundige met als opdracht na te gaan of appellante vanaf 15 augustus 2014 een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en nadien is blijven bezitten zoals deze wordt bepaald door artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.

Het deskundigenverslag werd op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas neergelegd op 28 juni 2017.

Bij tussenvonnis van 10 april 2018 werd aan dezelfde deskundige een aanvullende opdracht gegeven, met name om de opmerkingen van de behandelende arts van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, op het voorverslag alsnog te beantwoorden.

De deskundige legde zijn definitief eindverslag op de griffie van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, neer op 10 juli 2019 en kwam tot volgend besluit:

*“Mevrouw ... lijdt aan fibromyalgie sinds 2011. Dit wordt overvloedig aangetoond door de diverse, ook meer recente, verslagen van de diverse artsen die haar hebben gevolgd, en vanuit het terzake deskundig multidisciplinair team van het UZ Gent.*

*Fibromyalgie is een aandoening gekenmerkt door persisterende pijnklachten, getriggerd door diverse factoren, geënt op een deels genetische constitutie.*

*De aandoening kent een geprotraheerd beloop, de behandeling ervan is niet altijd eenvoudig, en moet stoeien op diverse therapeutische benaderingsmethodes (psycho-educatie, cognitieve gedragstherapie, fysieke therapie, en eventueel medicatie). Ondanks een optimale behandeling is een succes, zeker op korte termijn, niet altijd realiseerbaar.*

*Het invaliderende karakter van de aandoening kan niet worden gecontesteerd, en zwaardere fysieke arbeid – zeker initieel – is voor personen met deze problematiek quasi onhaalbaar.*

*Specifiek voor betrokkene betekent dit dat een hervatten van bijvoorbeeld haar laatste activiteit (kelner) geen haalbare kaart is, zeker niet voltijds.*

*In die zin is er, ten opzichte van deze activiteit en vergelijkbare activiteiten uit haar voorgeschiedenis, inderdaad een vermindering van verdienvermogen tot minder dan een derde.*

*Minder duidelijk kan worden vastgesteld of het verdienvermogen ten opzichte van elke andere mogelijke activiteit, zeker wanneer deze meer administratief en fysisch minder belastend is, en eventueel deeltijds mogelijk is, inderdaad verminderd was (en bleef) tot minder dan een derde.*

*Het is zeer moeilijk, zometert onmogelijk, in het licht van het klachtenpatroon, de pathofysiologie en de voorliggende epidemiologische gegevens, om hierop een eenduidig antwoord te formuleren.*

*In dit verband wordt dan ook verwezen naar de studies die gedaan zijn op epidemiologisch vlak, waarbij inderdaad wordt teruggevonden dat patiënten die dienden te worden verwezen naar tertiaire specialistische centra – en dus een belangrijke symptomatologie en relatieve therapieresistentie presenteren – ook op sociaal economisch vlak een problematische evolutie kennen.*

*De eindconclusie is dan ook dat wanneer men het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf aanvaardt zij inderdaad tijdens de kwestieuze periode meer dan “66%” werkonbekwaam was.*

*Stelt men zich anderzijds op het strikte standpunt dat er geen formele reden is waarom zij niet in staat zou zijn deeltijds een niet fysieke belastende taak op zich te nemen, dan kan niet worden gesteld dat zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit vanaf 15 augustus 2014.”*

Op basis van deze informatie besluit het thans bestreden vonnis dat de deskundige enkel een mogelijkheid ziet om een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66% te weerhouden, indien men “het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf” zou aanvaarden. Echter, het standpunt en de perceptie van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, kan volgens het bestreden vonnis moeilijk op zichzelf en los van andere elementen aanvaard worden als bewijs van een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66%. Er moeten ook formele, objectieve elementen aanwezig zijn die de deskundige zouden toelaten te besluiten tot een arbeidsongeschiktheid van meer dan 66%. Dergelijk objectieve, formele elementen zijn voor het bestreden vonnis duidelijk niet voorhanden. Integendeel, de deskundige besluit dat er geen formele reden is waarom oorspronkelijke eiseres, thans appellante, niet in staat zou zijn deeltijds een fysieke niet belastende taak op zich te nemen, al dan niet na herscholing.

## 2.2.

Het bestreden vonnis van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer 54, van 6 mei 2020 verklaart de reeds ontvankelijk verklaarde vordering van oorspronkelijke eiseres, thans appellante, niet gegrond, bevestigt dienvolgens de bestreden beslissing van oorspronkelijke verweerder, thans geïntimeerde, van 30 juli 2014 (lees: 29.07.2014) waarin oorspronkelijke eiseres, thans appellante, vanaf 15 augustus 2014 niet langer arbeidsongeschikt wordt erkend in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet en legt bij toepassing van artikel 1017, tweede lid Gerechtelijk Wetboek de gedingskosten ten laste van oorspronkelijke verweerder, thans geïntimeerde.

...

# 5. Bespreking

## 5.1.

Het bestreden vonnis van 6 mei 2020 werd overeenkomstig artikel 792, tweede lid Gerechtelijk Wetboek aan partijen ter kennis gebracht bij gerechtshof van 13 mei 2020.

Het hoger beroep, zoals ingesteld bij verzoekschrift ter griffie van het arbeidshof Gent, afdeling Gent op 4 juni 2020, is tijdig en regelmatig naar de vorm ingesteld. Het is ontvankelijk.

## 5.2.

De arbeidsongeschiktheid zoals deze thans ter discussie staat wordt beheerst door artikel 100 §1 van de ZIV-wet:

*“Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze gecoördineerde wet de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.*

...

*Nochtans wordt die vermindering van het vermogen tot verdienen, over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne.”*

Teneinde de medische discussie te beslechten heeft de arbeidsrechtbank terecht beroep gedaan op een gerechtsdeskundige-geneesheer. Het deskundigenverslag komt tot het hierboven (sub 2.1.) geciteerde besluit en stelt tot slot:

*“De eindconclusie is dan ook dat wanneer men het standpunt en de perceptie van mevrouw zelf aanvaardt zij inderdaad tijdens de kwestieuze periode meer dan “66%” werkonbekwaam was.*

*Stelt men zich anderzijds op het strikte standpunt dat er geen formele reden is waarom zij niet in staat zou zijn deeltijds een niet fysieke belastende taak op zich te nemen, dan kan niet worden gesteld dat zij een graad van arbeidsongeschiktheid bezat en is blijven bezitten die wordt bepaald bij artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, dit vanaf 15 augustus 2014.”*

De criteria zoals voorzien in het hierboven vermelde artikel 100 van de ZIV-wet voorziet in objectieve criteria voor de beoordeling van de graad van arbeidsongeschiktheid en houdt geenszins rekening met subjectieve elementen of zoals het deskundigenverslag het uitdrukt *“het standpunt en de perceptie”* van de betrokken werknemer. In die zin is het deskundigenverslag duidelijk en niet voor interpretatie vatbaar waar het stelt dat niet kan worden gesteld dat appellante een graad van arbeidsongeschiktheid is blijven bezitten in de zin van artikel 100 van de ZIV-wet nu zij in staat is om deeltijds een fysieke niet belastende taak op zich te nemen. Vertaald naar de tekst van artikel 100 van de ZIV-wet betekent dit dat appellante haar vermogen tot verdienen niet is verminderd tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door haar werkzaamheid in de verschillende beroepen die zij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van haar beroepsopleiding. Het deskundigenverslag sluit in die zin niet uit dat appellante nog bepaalde, fysisch lichte, arbeid zou kunnen verrichten.

Het feit dat appellante omwille van haar beroepsverleden een eerder bemoeilijkte toegang tot de arbeidsmarkt zou hebben, is correct, doch is geen onderdeel van de beoordeling in het kader van de toepassing van de ZIV-wet.

Het hof sluit zich verder nog aan bij de argumenten zoals aangenomen door het bestreden vonnis en maakt deze tot de zijne.

Alle overige middelen en argumenten worden door het hof als irrelevant of niet ter zake dienend afgewezen. Zij wegen zeker niet op tegen de voormelde motieven en zijn niet van aard om tot een andere overtuiging te leiden.

**OM DEZE REDENEN,****HET ARBEIDSHOF,**

Gelet op de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken en inzonderheid op artikel 24.

Rechtsprekende op tegenspraak.

Alle andere en strijdige conclusies verwerpende.

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk doch ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis van 6 mei 2020 van kamer 54 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, in al zijn onderdelen.

Verwijst overeenkomstig artikel 1017, tweede lid van het Gerechtelijk Wetboek geïntimeerde in de kosten van het hoger beroep, aan de zijde van appellante vereffend op 174,94 EUR rechtsplegingsvergoeding hoger beroep en aan de zijde van geïntimeerde niet vereffend bij gebrek aan begroting.

Legt de bijdrage van 20 EUR voor het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand, die bij de neerlegging van het verzoekschrift tot hoger beroep niet van appellante kon worden geïnd, ten laste van geïntimeerde.

...



## II. Arbeidsrechtbank Waals-Brabant, afdeling Waver, 12 maart 2021

Gerechtigd Wetboek – Artikelen 23 en 25 – Gezag van het rechterlijk gewijsde

Het gezag van het rechterlijk gewijsde omvat twee luiken:

- de negatieve werking van het gezag van het gewijsde: dit betreft een middel van niet-ontvankelijkheid wat veronderstelt dat aan drie voorwaarden is voldaan, met name de identiteit van partijen, voorwerp en oorzaak, ongeacht de ingeroepen rechtsgrond<sup>1 2</sup>;
- de positieve werking van het gezag van het gewijsde: wat tussen partijen in rechte is beslist, mag in een andere zaak niet ter discussie worden gesteld.

De rechterlijke beslissing geldt ten aanzien van derden als weerlegbaar vermoeden waarvan het tegenbewijs mag worden geleverd. De rechterlijke beslissing heeft echter een onweerlegbare bewijskracht ten aanzien van de procespartijen.

In de praktijk vertaalt de mogelijkheid voor een derde om zich op de positieve werking van het gezag van het gewijsde te beroepen, zich dus in een juridische onmogelijkheid voor de betrokkene om in de nieuwe procedure het bewijs te leveren van een feit of een handeling waarvan het bestaan zou zijn ontkend door een eerdere beslissing waarbij hij partij was.

A.R. nrs. 15/1403/A – 15/2181/A – 16/22/A – 16/864/A – 17/1167/A  
... t./LM en RIZIV

...

## II. Objet de la demande

### Dossier RG 15/1403/A

Par requête du 10 juin 2015, Monsieur ... conteste la décision adoptée par l'UNML en date du 23 mars 2015 en ce qu'elle suspend le versement de ses indemnités AMI dans l'attente d'une décision du Médecin Conseil et/ou de l'INAMI, dès lors qu'elle a reçu un PV de constatation d'infraction établi par le Service d'inspection de l'INAMI selon lequel il n'aurait pas cessé son activité de travailleur indépendant depuis la survenance de son incapacité de travail, soit le 5 octobre 2009.

1. Het gezag van het rechterlijk gewijsde werd versterkt door de wet van 19.10.2015, de zogenaamde potpourri-wet: eenzelfde verzoek mag niet opnieuw worden ingediend op basis van een nieuwe rechtsgrond.  
2. In de wet van 21.12.2018 houdende diverse bepalingen betreffende justitie is een uitzondering ingevoerd: "Het gezag van het rechterlijk gewijsde strekt zich evenwel niet uit tot de vordering die berust op dezelfde oorzaak maar waarvan de rechter geen kennis kon nemen gelet op de rechtsgrond waarop ze steunt." Dit betekent dat als er geen rechtsgrond kan worden ingeroepen door de bijzonderheden van de procedure, de partij dus de mogelijkheid behoudt om die rechtsgrond in een latere procedure in te roepen.

**Dossier RG 15/2181/A**

Par requête du 17 septembre 2019, Monsieur ... conteste

- la décision adoptée par l'UNML en date du 16 juin 2015 ce qu'elle refuse la reconnaissance de son incapacité de travail à partir du 20 octobre 2009 au motif qu'il n'a pas cessé toute activité.
- la décision adoptée par l'UNML en date du 17 juin 2015 ce qu'elle lui indique la récupération d'une somme de 26692,96 EUR au titre de remboursement de l'indu dans les limites de la prescription biennale.

**Dossier RG 16/22/A**

Par requête du 11 janvier 2016, l'UNML postule la condamnation de Monsieur ... au paiement d'une somme de 74742,16 EUR au titre de remboursement de l'indu (indemnités AMI), pour la période du 1 octobre 2010 au 28 février 2015, retenant l'intention frauduleuse.

**Dossier RG 16/864/A**

Par requête du 27 avril 2016, Monsieur ... conteste la décision adoptée par l'INAMI en date du 28 janvier 2016 en ce qu'elle l'exclut du droit aux indemnités d'incapacité de travail à raison de 180 indemnités journalières en application de l'article 168*quinquies* §2 3<sup>o</sup> a, b et §3 alinéa 1, 4<sup>o</sup> de la loi du 14 juillet 1994.

**Dossier RG 17/1167/A**

Par requête du 21 septembre 2017, l'UNML postule la condamnation de Monsieur ... au paiement d'une somme de 6898,89 EUR au titre de remboursement de l'indu (Soins de santé), pour la période du 1 janvier 2010 au 31 décembre 2011.

### III. Jonction des causes :

Le tribunal considère que la connexité entre les causes R.G. 15/1403/A, 15/2181/A, 16/22/A, 16/864/A et 17/1167/A est évidente : il y a lieu de les joindre en application de l'article 30 du Code judiciaire.

En effet, leur rapport est si étroit qu'il y a intérêt à les instruire et juger en même temps, afin d'éviter des solutions qui seraient susceptibles d'être inconciliables si les causes étaient jugées séparément.

### IV. Compétence et Recevabilité :

La compétence du tribunal de céans est justifiée au regard des articles 580 2<sup>o</sup> CJ (compétence d'attribution) et 627, 14<sup>o</sup> CJ (compétence territoriale) du Code judiciaire.

Introduites dans les formes et délai légaux, les recours sont recevables, leurs recevabilités n'étant d'ailleurs pas contestées, et aucun moyen l'infirmant n'a été constaté d'office par le Tribunal.

## V. Les faits

Monsieur ... a été reconnu en incapacité de travailler au sens de l'article 100 de la loi de 1994, en date du 5 octobre 2009.

Monsieur ... et son épouse exercent depuis septembre 2008 une activité d'import et de vente de textiles au travers d'une SPRL ... inscrite à la BCE sous le n° ....

Cette entreprise a été créée en date du 10 septembre 2008.

Monsieur ... est désigné par les statuts en tant que « gerant non rémunéré ».

Monsieur ... détient 80 parts sociales de cette SPRL tandis que son épouse en possède 20 parts sociales.

Le siège social de la société et celui de son exploitation se situe au domicile des époux.

Cette SPRL n'emploie pas de personnel.

Selon les déclarations TVA, le chiffre d'affaire de la SPRL est de :

- 2008 : 73.904 EUR
- 2009 : 70.201,88 EUR
- 2010 : 172.232,95 EUR
- 2011 : 264.663,53 EUR
- 2012 : 235.658,60 EUR
- 2013 : 369.135,60 EUR
- 2014 : 287.866 EUR

En 2012, Monsieur ... perçoit notamment une somme de 1.200 EUR en tant que dirigeant d'entreprise.

Par courrier du 29 août 2013, dans le cadre d'une enquête de moralité initiée dans le cadre de l'article 12*bis* §1 4<sup>o</sup> du Code de Nationalité Belge, Monsieur le Procureur du Roi de Bruxelles signale à l'INAMI que Monsieur ... agit comme gérant de la SPRL.

Courant 2015, l'INAMI va constater, suite à une enquête menée par le contrôleur du Service du contrôle administratif que, durant la période d'incapacité de travail indemnisée par l'UNML à partir du 5 octobre 2009, Monsieur ... a exercé cette activité sans autorisation du médecin conseil et sans avoir averti l'UNML de la reprise du travail, ni des revenus découlant.

Lors de cette enquête, le Contrôleur Social va interroger notamment deux de ses clients, soit Monsieur ... (gérant de l'entreprise portant son nom BCE ...) et Monsieur ... gérant de la SPRL.

Ceux-ci confirmant l'existence d'un flux d'affaire entre leurs sociétés et la SPRL de Monsieur ... lequel apparaît comme étant leur seul interlocuteur (il signe les factures, il est présent sur les marchés, il le contacte sur son GSM pour les commandes etc...).

Monsieur ... a été entendu le 3 février 2015 par les services de l'INAMI.

Lors de cette audition, il explique travailler avec son épouse, qu'il passait des commandes aux fournisseurs lors de ses séjours au Pakistan, qu'il conseillait les clients, qu'il se rendait sur les marchés et qu'il prenait les commandes.

Un PV constatant ces infractions a été établi le 16 février 2015 par l'INAMI, et fut notifié à Monsieur ... en date du 24 février 2015.

Sur base de ces contrats, tant l'INAMI que l'UNML vont adopter les décisions litigieuses dont question au point II (Objet de l'action).

En date du 20 octobre 2016, l'ONEM va, sur base d'une enquête effectuée par son service de contrôle en 2016, suite à une dénonciation de l'INAMI, décider d'exclure Monsieur ... du bénéfice des allocations de chômage à partir du 1 septembre 2008 d'une part et d'autre part, va décider de récupérer une somme de 13.925,50 EUR pour la période du 1 mars 2015 au 31 août 2016.

Par requête du 3 janvier 2017, Monsieur ... va contester la décision de l'ONEM (Dossier RG 17/7/A) devant le Tribunal de céans.

Par décision prononcée le 26 janvier 2018, le Tribunal de céans va confirmer la décision administrative de l'ONEM et condamner Monsieur ... à lui rembourser une somme de 13.925,50 EUR, au titre de l'indu.

Cette décision n'a fait l'objet d'aucun recours.

Elle est donc coulée en force de chose jugée.

Par cette décision, le Tribunal indiquera notamment, en page 5 et 6 :

« 1.4. En l'espèce, le demandeur ne conteste pas avoir été gérant de la SPRL depuis sa constitution en 2008 et il n'allègue pas que cette société n'aurait pas ou plus eu d'activité depuis lors, et pour cause : selon le relevé annuel des déclarations à la TVA, le chiffre d'affaires de la société a évolué comme suit depuis sa création (cfr. Courrier de l'INAMI – p. 6b) :

- Année 2008 (4<sup>ème</sup> trimestre) : 73.904,00 EUR
- Année 2009 : 70.201,88 EUR
- Année 2010 : 172.232,95 EUR
- Année 2011 : 264.663,53 EUR
- Année 2012 : 235.658,60 EUR
- Année 2013 : 369.135,60 EUR
- Année 2014 : 287.886,00 EUR

Il est donc évident que le demandeur a effectivement exercé une activité au sens de l'article 45 précité. Cette activité n'était pas compatible avec le bénéfice des allocations de chômage, à défaut d'avoir été exercée à titre accessoire dans les conditions prévues par l'article 48 : non seulement le demandeur n'en a jamais fait la déclaration et ne l'a pas exercée lorsqu'il était occupé comme travailleur salarié, mais en outre, le mandat de gérant d'une société commerciale active présente un caractère permanent qui fait obstacle à ce qu'il puisse être exercée principalement avant 7 heures et après 18 heures. »

1.5. Contrairement à ce que le demandeur tente de soutenir, il n'est absolument pas démontré qu'il aurait mis fin à son mandat dès le 9 septembre 2008 (le lendemain de sa constitution !), et il résulte au contraire des pièces produites et de ses propres déclarations, que

- tous les comptes annuels déposés à la Banque Nationale, depuis 2009, le renseignent systématiquement comme gérant de la SPRL (v. p. 8g à 8j), les statuts de la société n'ont été publiés que le 10 septembre 2008 et elle n'a obtenu son n° de TVA qu'à partir du 15 septembre 2008, de sorte que son affirmation selon laquelle il aurait démissionné le 9 septembre 2008, « une fois le numéro de TVA obtenu » n'a aucun sens ;
- le PV actant sa démission au 9 septembre 2008 n'a été déposé au greffe que le 4 octobre 2016 et publié aux annexes du Moniteur Belge le 5 octobre 2016, soit la veille de son audition ... ce qui confirme encore, si besoin en était, son manque évident de bonne foi.

1.6. Il suit de ces éléments que, de toute évidence, le demandeur a exercé à partir de septembre 2008, une activité incompatible avec le maintien des allocations de chômage. Par conséquent, la décision de l'ONEM de l'exclure du bénéfice des allocations à partir du 1 septembre 2008 est entièrement justifiée et doit être confirmée. »

## VI. Discussion

L'autorité de chose jugée comporte deux volets :

Le premier est le mécanisme prévu par l'article 25 du Code judiciaire : il s'agit d'une fin de non-recevoir opposée à une demande qui est réitérée. Cela suppose la réunion des trois conditions prévues par l'article 23 du Code judiciaire : identité d'objet, de cause et de parties.

Cette fin de non-recevoir a été renforcée par la loi du 19 octobre 2015, dite loi pot-pourri I, qui a précisé que son application supposait que la demande repose sur la même cause, quel que soit le fondement juridique invoqué.

Dans cette conception restrictive, on parle d'effet négatif de l'autorité de la chose jugée.

Le second volet est donc l'autorité positive de la chose jugée.

Sous cette acception, ce qui a été tranché en justice entre parties ne peut être remis en cause à l'occasion d'un autre ligne.

Dans ce cas de figure, seule l'identité de parties est exigée et non celle d'objet ou de cause.

À cet égard, la Cour de Cassation a pu préciser :

*« les articles 23 à 27 inclus du Code judiciaire n'impliquent pas que s'il existe une différence entre l'objet et la cause d'une demande qui a fait l'objet d'une décision définitive et l'objet et la cause d'une demande ultérieure entre les mêmes parties, le juge peut accueillir une réclamation dont le fondement est inconciliable avec la décision antérieure »* (Cass., 23 juin 1995, Pas., 1995, p. 981, Cass. 27 mars 1998, Pas., 1998, p. 174, Cass., 14 février 1992, Pas., 1992, p. 429, Cass., 27 mai 2004, Pas. 2004, p. 932, Cass., 30 septembre 2004, Pas., p. 1432, Cass., 30 mars 2006, Pas., 2006, p. 725, Cass., 4 décembre 2008, www.juridat.be, Cass., 14 décembre 2009, www.juridat.be)

Bien que la décision judiciaire ne soit revêtue de l'autorité de chose jugée, au sens de l'article 23 du Code Judiciaire, qu'entre les parties, elle est susceptible d'avoir une certaine force probante à l'égard de tiers ou à l'égard d'une partie au bénéfice de tiers.

À l'égard des tiers, qui n'étaient pas parties au procès, la décision judiciaire fait foi, jusqu'à preuve du contraire, des faits constatés par le juge et des conséquences juridiques qu'il en a tirées.

En d'autres termes, la décision judiciaire vaut, à l'égard des tiers, comme présomption réfragable, dont la preuve contraire peut être apportée (Cass., 16 octobre 1981, Pas., 1982, p. 245 ; Cass., 28 avril 1989, Pas., p. 914 ; Cass., 21 janvier 2011, www.cassonline.be, RG n° C100100Net concl. Av. gén. VAN INGELGEM ; O. CAPRASSE, « L'effet des décisions Judiciaires à l'égard des tiers », Le contentieux interdisciplinaire, dir. DE LEVAL, LEWALLE et STORME, Kluwer-Bruylant, Série Centre universitaire de droit judiciaire, Bruxelles, 1996, p. 265 et s ; A. SCHAUS, « Quelques observations relatives aux effets des décisions juridictionnelles à l'égard des tiers », Cah. Or. Jud., 1993, n° 13, p. 38 et s.)

Par contre, à l'égard des parties à un procès, la décision judiciaire est revêtue d'une force probante irréfragable : les faits constatés par le juge sont, à leur égard, établis et elles ne peuvent en apporter la preuve contraire.

Cette force probante peut être invoquée à l'encontre des parties à un premier procès dans le cadre d'un procès ultérieur, par un tiers qui n'était pas partie au premier procès.

*« Concrètement, cette possibilité pour le tiers de se prévaloir de l'effet positif de la chose jugée se traduit donc par une impossibilité légale pour la personne concernée de rapporter, dans le nouveau procès, la preuve d'un fait ou d'un acte dont l'existence aurait été déniée par une précédente décision à laquelle elle aurait été partie. Elle doit se résigner à l'échec de la preuve »* (H. BOULARBAH, « Vers l'extension de l'effet positif de la chose Jugée au profit d'un tiers à la décision de justice ? », note sous Cass., 26 novembre 2009, R.D.C., 2011, p. 119, Bruxelles, 14 septembre 2012, J, T., 2013, p. 399).

Dans sa décision du 26 janvier 2018, le Tribunal a admis que Monsieur ... a exercé une activité depuis le 8 septembre 2008 et qu'il ne démontre pas qu'il aurait mis fin à celle-ci en date du 9 septembre 2008.

Le tribunal considère donc que depuis le 8 septembre 2008, Monsieur ... a toujours effectivement exercé la fonction de gérant de la SPRL.

Cette vérité, constituant la preuve d'un fait, s'impose à Monsieur ... de manière irréfragable, et peut dès lors, lui être opposée tant par l'UNML que par l'INAMI.

Il en ressort que Monsieur ... n'est plus fondé, à soutenir dans le litige l'opposant à l'INAMI et à l'UNML, qu'il n'exerçait plus d'activité depuis le 9 septembre 2008.

Or, l'article 100 de la loi du 14 juillet 1994 dispose :

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

L'article 100 de la loi AMI fixe donc 3 conditions de reconnaissance de l'incapacité de travail :

- le travailleur doit avoir cessé toute activité ;
- la cessation de l'activité doit être la conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels ;
- l'incapacité doit réduire la capacité de gain de deux tiers au moins.

Monsieur ... ne remplit pas les conditions de cet article.

Il n'est pas contestable que Monsieur ... n'a pas informé l'UNML de la reprise de cette activité et qu'il n'a pas reçu l'autorisation du médecin conseil.

Il faut donc admettre que les décisions administratives adoptées tant par l'INAMI que par l'UNML sont légalement justifiées, de sorte qu'il convient de les confirmer.

Les demandes de Monsieur ... doivent donc être déclarées non fondées.

Par identité de motifs, les demandes reconventionnelles de l'UNML doivent être déclarées fondées.

**PAR CES MOTIFS,**

**LE TRIBUNAL,**

**Statuant contradictoirement :**

Sur avis de Monsieur ..., Substitut délégué à l'Auditorat de Travail,

**JOINT** les causes 15/1403/A, 15/2181/A, 16/22/A, 16/864/A et 17/1167/A pour cause de connexité.

**DIT** les recours de Monsieur ... recevables mais non fondés,

**DIT** la demande reconventionnelle de l'UNML recevable et fondée.

**CONFIRME** les décisions administratives adoptées par l'UNML et la décision administrative adoptée par l'INAMI, en toutes leurs dispositions.

**CONDAMNE** Monsieur ... à payer à l'Union des Mutualités Libres, la somme de 81641,05 EUR au titre de remboursement de l'indu.

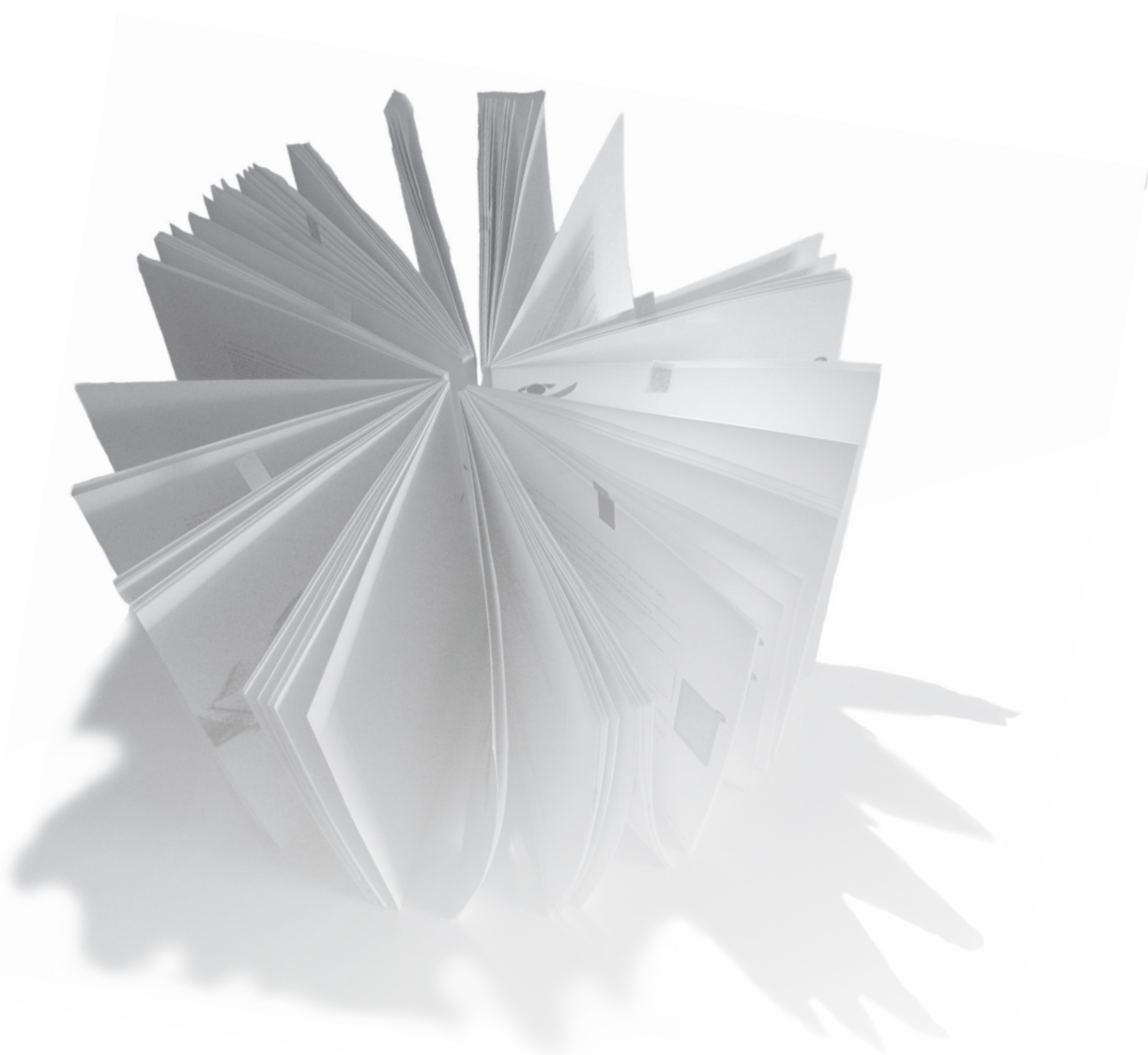
**CONDAMNE** les parties défenderesses, chacune pour moitié, aux frais et dépens de l'instance, dont l'indemnité de procédure liquidée d'office à 131,18 EUR et au paiement de la contribution au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne (20 EUR) par l'UNML.

(...)





3<sup>e</sup> Deel  
Parlementaire vragen en  
antwoorden



## Terugbetalingsregels tandzorg

Verschijningsvormen van overconsumptie en fraude – Nomenclatuur – Nationale Commissie Tandheelkundige-Ziekenfondsen (NCTZ) – Goede praktijken – DGEC – Hoge Raad van Artsen-Directeurs – Indicatoren – Onderzoeken – Tandheelkundige softwarepakketten – e-Fact en e-Attest – Model van “uniek” getuigschrift voor verstrekte hulp – Nationale Akkoord Tandheelkundigen – Transparantie

Vraag nr. 248 gesteld op 2 december 2020, aan meneer de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw GIJBELS, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Een vergelijking van een rapport van het Rekenhof van 2016 omtrent de terugbetaling van de tandzorg ([https://www.rekenhof.be/Docs/2016\\_16\\_TerugbetalingTandzorg.pdf](https://www.rekenhof.be/Docs/2016_16_TerugbetalingTandzorg.pdf)) en de huidige stand van zaken in de tandzorg roept heel wat vragen op.

De nomenclatuur omvat een resem terugbetalingsregels die de tandarts of de patiënt ertoe aanzetten zich te gedragen volgens de goede praktijken. Deze waren echter niet voldoende doeltreffend volgens het Rekenhof.

1. Wat werd er ondertussen allemaal ondernomen om een rationeel gebruik van alle raadplegingen, alle zorgverstrekkingen en alle terugbetaalde radiografieën te bevorderen? Werd hierbij rekening gehouden met adviezen van het Rekenhof?
2. Is er zicht op de verschillende verschijningsvormen van overconsumptie en fraude in de zorg vandaag de dag? Hoe verhoudt zich dit tot de situatie in 2016?
3. a) Hoe worden vandaag de terugbetalingsuitgaven per patiënt opgevolgd? Dienen de tandheelkundige nummering en de derdebetaler vandaag de dag steeds correct geregistreerd te worden?
  - b) Is de leesbaarheid voor de patiënt van de getuigschriften van verstrekte zorg ondertussen verbeterd? Zo ja, op welke wijze?
  - c) Welke vermeldingen moeten de ereloonnota's vandaag de dag verplicht bevatten?

1. Bulletin nr. 044, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 151..

## Antwoord:

1. Zoals vermeld in het verslag van het Rekenhof, omvatten een aantal verstrekkingen terugbetalingsregels die de beoefenaar of de patiënt ertoe aanzetten hun gedrag aan te passen aan de goede praktijken.

De nomenclatuur kon sinds 2016 niet meer op een globale manier worden herzien, maar er konden wel enkele regels van goede praktijken worden ingevoerd, zoals bijvoorbeeld beperkingen in de conservatieve zorg: beperking van het aantal vullingen tot tweemaal per jaar van dezelfde tand, beperking van de pulpotomie tot eenmaal per melktand, beperking van de herbehandeling van het wortelkanaal tot eenmaal per tand. De Nationale Commissie Tandheeskundigen - Ziekenfondsen (NCTZ) houdt rekening met goede praktijken bij het opstellen van nieuwe nomenclatuurteksten.

2. De NCTZ volgt, net als in 2016, de consumptie van tandheeskundige verstrekkingen nauwlettend op door middel van de permanente audit die jaarlijks door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging wordt uitgevoerd. Daarnaast voert de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle (DGEC) regelmatig nationale onderzoeken uit naar overconsumptie (zoals wortelkanaalbehandeling en tandsteenreiniging in 2018), individuele onderzoeken op basis van meldingen en, sinds 2019, nationale onderzoeken in het kader van P-waarden (opsporing van outliers via een P-wegingscoëfficiënt in de nomenclatuur).

Bovendien heeft de DGEC, zoals in het rapport van het Rekenhof wordt gesuggereerd, in 2020 indicatoren ontwikkeld om afwijkende patiëntprofielen voor de tandheeskundige verzorging op te sporen. Deze indicatoren werden besproken met de artsen-directeurs van de verzekeringsinstellingen (V.I.) in de Hoge Raad van Artsen-Directeurs.

3. De uitgaven voor tandheeskundige verzorging worden door het NCTZ opgevolgd door middel van de jaarlijkse permanente audit en een driemaandelijks rapport waarin de evolutie van de uitgaven wordt aangegeven. De sector heeft de afgelopen jaren hard gewerkt aan de automatisering met de invoering van e-Fact voor facturatie aan de verzekeringsinstellingen in derdebetalersregeling en e-Attest in het kader van contante betaling. Deze twee diensten zijn of worden binnenkort geïmplementeerd door de belangrijkste tandheeskundige softwarepakketten. Dit zal de kwaliteit van de verzending van de facturatiegegevens zeker ten goede komen.

Wat het getuigschrift voor verstrekte hulp betreft, bestaat er sinds 1 januari 2017 een nieuw model van “uniek” getuigschrift voor verstrekte hulp, dat tot doel heeft de patiënt meer transparantie te bieden, met name over het fiscale aspect van het getuigschrift voor verstrekte hulp.

Inzake de kwijting of ereloonnota voorziet het koninklijk besluit van 18 september 2015 betreffende de derdebetalersregeling in de verplichting voor de tandheeskundige die de derdebetalersregeling toepast om op het ogenblik van de raadpleging of van de verstrekking of, indien het getuigschrift betrekking heeft op verschillende verstrekkingen, ten laatste op het ogenblik dat hij het getuigschrift voor verstrekte hulp opstelt voor de verzekeringsinstelling, aan de rechthebbende een kwijting of ereloonnota af te leveren met vermelding van het bedrag dat ten laste dient te worden genomen door de patiënt en van het bedrag dat ten laste dient te worden genomen door de verzekeringsinstelling.

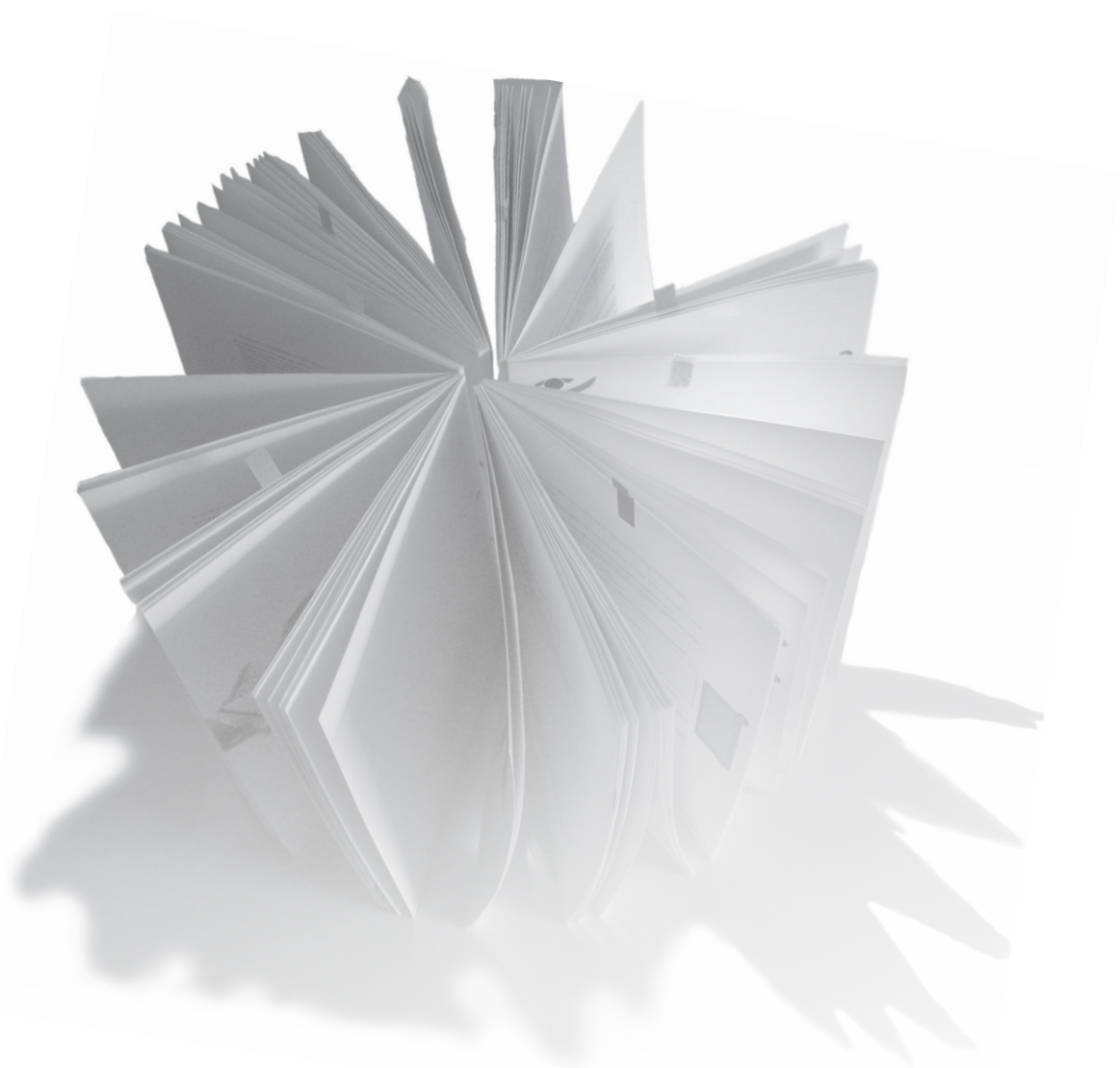
Deze kwijting of ereloonnota moet de verstrekkingen vermelden met verwijzing naar het nummer van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 35 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen evenals de datum waarop de verstrekking werd verleend. De tandheeskundige dient een dubbel van de kwijting of ereloonnota te bewaren in het dossier van de rechthebbende.

Bovendien is de verplichting om een bewijsstuk voor te leggen op het ogenblik van de elektronische facturatie of in geval van een cumulatie van terugbetaalbare prestaties met niet-terugbetaalbare prestaties, zoals bepaald in artikel 53 § 1/2 van dezelfde gecoördineerde wet, ook van toepassing op tandartsen. Hetzelfde document kan de vereiste informatie uit het bewijsstuk en de kwijting of ereloonnota bevatten.

Voorts heeft de NCTZ in het kader van het Nationale Akkoord Tandheelkundigen - Ziekenfondsen 2020-2021 met het oog op een grotere transparantie voor de patiënt geharmoniseerde modelformulieren opgesteld die vanaf 1 januari 2021 in het kader van de facultatieve en aanvullende verzekeringen van de verzekeringsinstellingen moeten worden gebruikt.

Eenzijds hernemen deze modelformulieren de verplichte vermeldingen van het bewijsstuk en de kwijting, anderzijds bevatten ze vermeldingen die nuttig kunnen zijn voor de facturatie in het kader van de facultatieve en aanvullende verzekeringen van de verzekeringsinstellingen (met een lijst met de belangrijkste niet-terugbetaalbare prestaties die aan die verzekeringen worden gefactureerd).

4<sup>e</sup> Deel  
Richtlijnen  
van het RIZIV



# I. Verjaring van de vordering tot betaling van geneeskundige verstrekkingen (art. 174, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994) - Einde aan de uitzonderingsmaatregelen Covid-19

Van toepassing vanaf 31 maart 2021.

Deze omzendbrief vult de omzendbrief V.I. nr. 2021/6<sup>1</sup> aan voor wat betreft de verjaringstermijnen.

De verjaringstermijnen die beëindigd zijn tussen 13 maart 2020 en 30 maart 2021 (inperkingsperiode), worden verlengd tot 31 maart 2021.

De termijnen die niet beëindigd zijn tussen 13 maart 2020 en 31 maart 2021 worden geschorst tot en met 31 maart 2021. Voor deze opgeschorte termijnen dient een onderscheid gemaakt te worden tussen twee scenario's:

- de termijnen die gestart zijn vóór de inperkingsperiode worden voor 1 jaar verlengd (gelet op de schorsingsperiode tussen 13.03.2020 en 31.03.2021)
- de termijnen die hadden moeten ingaan tijdens de inperkingsperiode beginnen pas te lopen vanaf 1 april 2021 en beëindigen dus allemaal op 1 mei 2023.



*Voorbeelden:*

- een prestatie geneeskundige verzorging werd verleend op 1 februari 2019: de verjaringstermijn zou in principe moeten eindigen op 1 maart 2021, tijdens de voornoemde inperkingsperiode:
  - het wordt dus verlengd tot 31 maart 2021 en de verjaring treedt pas in werking op 1 april 2021.
- een prestatie geneeskundige verzorging werd verleend op 1 februari 2020: de termijn zou in principe moeten eindigen op 1 maart 2022, dus deze is niet verstreken tijdens de voornoemde inperkingsperiode en begon vóór deze periode:
  - het wordt dus geschorst van 13 maart 2020 tot en met 31 maart 2021: dit betekent dat vanaf 1 maart 2022 (datum waarop de verjaring had moeten in werking treden) de termijn voor 1 jaar verlengd wordt; de verjaring begint vanaf 1 maart 2023.
- een prestatie geneeskundige verzorging werd verleend op 1 februari 2021: de termijn zou in principe moeten eindigen op 1 maart 2023, dus deze is niet verstreken tijdens de voornoemde inperkingsperiode en had tijdens deze periode moeten beginnen:
  - het is dus sinds het begin geschorst en begint pas werkelijk te lopen vanaf 1 april 2021; de verjaring treedt in werking vanaf 1 mei 2023.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/132 – 257/2 van 3 mei 2021.

1. Niet gepubliceerd in het I.B.

## II. Vergoeding van geneeskundige verstrekkingen verleend gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) nrs. 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn

Van toepassing vanaf 1 januari 2021.

Vervangt omzendbrief V.I. nr. 2018/109 van 30 maart 2018.

### Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te geven over de modaliteiten voor het toekennen van een tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft ontvangen gedurende een tijdelijk verblijf in een land waarop de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 of een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid van toepassing zijn.

De bepalingen van deze omzendbrief zijn niet van toepassing voor het toekennen van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die de rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het buitenland heeft ontvangen en waarvoor hij van zijn verzekeringsinstelling een voorafgaande toestemming heeft ontvangen op grond van artikel 20 van de Verordening (EG) 883/2004, of in het kader van de overeenkomsten inzake grensoverschrijdende samenwerking (ZOAST, Ostbelgien-regeling,...).

De bepalingen van deze omzendbrief, en meer bepaald deze met betrekking tot het toekennen van een tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %, zijn echter niet van toepassing in de situatie dat een sociaal verzekerde naar het buitenland reist met het doel zich daar te laten behandelen en recht heeft op een vergoeding van de geneeskundige verzorging tegen de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (met toepassing van art. 294, §1, 13° en 14°, 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 – hierna: K.B. van 03.07.1996).

Ten slotte, kan de tegemoetkoming tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé zorgverlener die niet is gebonden door het ziekteverzekeringssysteem van het verblijf land.

Deze omzendbrief V.I. is een *update* naar aanleiding van het vertrek van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie en de gevolgen hiervan voor de terugbetaling van de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in het Verenigd Koninkrijk heeft ontvangen.

## 1. Reglementair kader en algemene principes

Met toepassing van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009, alsook de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België met andere landen heeft gesloten en die voorzien in een tenlasteneming van geneeskundige verstrekkingen die (onmiddellijk) noodzakelijk worden gedurende een tijdelijk verblijf, heeft een Belgische verzekerde gedurende een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere land toegang tot de geneeskundige verzorging in het openbare gezondheidszorgstelsel, alsook tot de tenlasteneming hiervan onder dezelfde voorwaarden en volgens dezelfde procedures als de sociaal verzekerden van het land van verblijf. De geneeskundige verzorging wordt verleend en vergoed voor rekening van de Belgische ziekteverzekering door de verzekeringsinstellingen van het land waar de verzorging wordt verstrekt.

Wanneer de Belgische verzekerde niet de nodige formaliteiten heeft vervuld om in het land van verblijf een vergoeding te krijgen, moet hij zijn facturen en betalingsbewijzen naar zijn Belgische verzekeringsinstelling sturen die de procedure voor de tenlasteneming zal voortzetten met toepassing van de nomenclatuur van het land van verblijf of, naargelang van het geval, met toepassing van de Belgische nomenclatuur.

In ieder geval mag de vergoeding die aan de verzekerde wordt toegestaan, het bedrag van de werkelijk gemaakte kosten niet overschrijden.

### 1.1. Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels

**§1.** Het basisprincipe van de *Europese verordeningen* is dat de kosten voor de verleende geneeskundige verzorging worden vergoed tegen de tarieven die het orgaan van de verblijfplaats voor de vergoeding toepast. De Belgische verzekerde die de kosten van de geneeskundige verstrekkingen geheel of gedeeltelijk zelf heeft betaald, dient in principe de nodige stappen te nemen om bij een ziekteverzekeringsinstelling van het land van verblijf een vergoeding van de kosten te verkrijgen (art. 25, §4, van Verordening (EG) 987/2009).

Wanneer de Belgische verzekerde een verzoek om vergoeding van deze kosten niet rechtstreeks heeft ingediend bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt, kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd (art. 25, §5, van de Verordening (EG) 987/2009).

**§2.** In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling overeenkomstig artikel 25, §6, van de Verordening (EG) 987/2009 een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

**§3.** Indien de wetgeving van de lidstaat van verblijf niet voorziet in vergoedingstarieven, kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, zonder instemming van de verzekerde (art. 25, §7, van Verordening (EG) 987/2009).

### 1.2. Het Verenigd Koninkrijk

**§1.** Op 1 februari 2020 heeft het Verenigd Koninkrijk de Europese Unie (EU) verlaten.



**§2.** De coördinatie van de socialezekerheidsstelsels, met inbegrip van de toegang tot en terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen in de relaties tussen de Europese Unie (EU) en het Verenigd Koninkrijk zijn geregeld via

- het *Akkoord van 24 januari 2020 inzake de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland uit de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie (PBEU L 29 van 31.01.2020, hierna: Terugtrekkingsakkoord)*, en
- de *Handels- en Samenwerkingsovereenkomst van 24 december 2020 tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie, enerzijds, en het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland, anderzijds, en meer bepaald het Protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid (PBEU L 444 van 31.12.2020, hierna: Protocol)*. Het Protocol kan beschouwd worden als bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid tussen de EU-lidstaten, enerzijds, en het Verenigd Koninkrijk, anderzijds.

**§3.** Vanaf 1 januari 2021 dient een onderscheid gemaakt te worden tussen:

- *de personen die onder het Terugtrekkingsakkoord vallen* en, in de relatie met het Verenigd Koninkrijk, (volledig of gedeeltelijk) zullen blijven genieten van de Europese regels zoals vastgelegd in de *Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels (hierna: Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009)*, en
- *de personen die onder het Protocol vallen*.

**§4.** Voor de personen die onder het *Terugtrekkingsakkoord* vallen en blijven genieten van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009, blijft het reglementair kader zoals uiteengezet in punt 1.1 van toepassing zolang zij zich in een ongewijzigde situatie bevinden.

**§5.** Het *Protocol* bevat onder meer bepalingen over de toegang tot en de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen in de relaties tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk die gelijkaardig, quasi identiek zijn, aan de Europese regels zoals vastgelegd in de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009. De bepalingen inzake de toegang tot en terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen gedurende een tijdelijk verblijf in het Verenigd Koninkrijk zijn hier terug te vinden:

- de nodige stappen ondernemen om ter plaatse bij de ziekteverzekeringsinstelling en vergoeding van de kosten te verkrijgen (het basisprincipe) (art. SSCI.22, lid 4, van het Protocol)
- het *a posteriori* opsturen van een aanvraag tot tarifiering naar het Verenigd Koninkrijk (art. SSCI.22, lid 5, van het Protocol)
- een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast (in afwijking van de aanvraag tot tarifiering) (art. SSCI.22, lid 6, van het Protocol).

### 1.3. Bilaterale overeenkomsten betreffende sociale zekerheid

**§1.** In de door België met derde landen gesloten bilaterale overeenkomsten die voorzien in een recht op geneeskundige verstrekkingen in geval van een tijdelijk verblijf op het grondgebied van het andere overeenkomstsluitende land, is een soortgelijk principe van toepassing.


Volgens die overeenkomsten kan *a posteriori* een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland worden opgestuurd, wanneer de Belgische verzekerde gedurende zijn tijdelijk verblijf de nodige formaliteiten niet kon vervullen om de terugbetaling te vragen bij het bevoegde orgaan van het land waar de verzorging werd verstrekt.

**§2.** In afwijking van de aanvraag tot tarifiering kan de Belgische verzekeringsinstelling een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat en het bedrag van de gemaakte kosten een bepaald bedrag niet overschrijdt (dat kan verschillen van land tot land).

#### 1.4. Artikel 294 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

Voor de volledigheid dient er nog op gewezen te worden dat de sociaal verzekerde, overeenkomstig artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, aanspraak kan maken op een tegemoetkoming in de kosten voor geneeskundige verstrekkingen ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, met uitzondering van de situatie vermeld in punt 2.4, §2.

 Voorbeeld 1: tegemoetkoming in de kosten voor medische verzorging in Turkije na het verstrijken van de geldigheidsduur van het formulier BE-TR.111 (maximaal 3 maanden en niet verlengbaar) (art. 294, §1, 3<sup>o</sup>, K.B. van 03.07.1996).

 Voorbeeld 2: tegemoetkoming in de kosten ingevolge een opname in een privé-ziekenhuis in Spanje waarbij de EZVK niet kan worden gebruikt omdat de EZVK alleen medische verzorging dekt die wordt verleend door zorgverleners die binnen het netwerk van het publieke gezondheidszorgstelsel werkzaam zijn (art. 294, §1, 12<sup>o</sup>, K.B. van 03.07.1996).

## 2. Vergoeding van in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen

Als aanvulling op de algemene regels uiteengezet in punt 1, kunnen de verzekeringsinstellingen, bij ontvangst van de documenten betreffende geneeskundige verstrekkingen die gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland zijn verleend, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

### 2.1. Verstrekkingen die in een lidstaat van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland zijn verricht

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:
  - (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien,...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
  - (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.).

**AANDACHT:**

- deze terugbetalingsmodaliteit kan niet worden toegepast op de verstrekkingen die worden verleend door een privé-zorgverlener die niet werkzaam is in het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf
  - een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, §1, 12°, van het K.B. van 03.07.1996).
- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
  - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

## 2.2. Verstrekkingen die in het Verenigd Koninkrijk zijn verricht

- a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:
- (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien, ...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
  - (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.).




**AANDACHT:** een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009, of het Protocol te eisen (nl. toepassing van de Britse tarieven) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, §1, 3° van het K.B. van 03.07.1996).

- b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling:
- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het Verenigd Koninkrijk te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het Britse vergoedingstarief;
  - (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien de aard van de zorg het toelaat (nl. art. 294, §1, 3°, van het K.B. van 03.07.1996) en op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat.

### 2.3. Geneeskundige verstrekkingen die in Marokko, Algerije, Tunesië, Turkije, Albanië, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië of Montenegro zijn verricht

a. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:

- (i) verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling door de Belgische verplichte ziekteverzekering (zoals homeopathie, osteopathie, geneesmiddelen waarvoor geen terugbetaling is voorzien,...) in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en
- (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant enz.).

 **AANDACHT:** een sociaal verzekerde heeft het recht om de toepassing van het forfaitair tarief te weigeren en de toepassing van de desbetreffende bilaterale overeenkomst te eisen (hetzij toepassing van de tarieven van het land waar de zorg werd verleend) of, indien de aard van de zorg het toelaat, de toepassing van de Belgische nomenclatuur (bijv. art. 294, §1, 3°, van het K.B. van 03.07.1996).

b. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR overschrijdt, maar lager is dan 500 EUR dient de verzekeringsinstelling:

- (i) of een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf;
- (ii) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op voorwaarde dat de verzekerde ermee akkoord gaat dat deze bepaling op hem wordt toegepast.

c. Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 500 EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling een aanvraag tot tarifiering naar het buitenland op te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van het land van verblijf.

d. De hierboven vermelde punten a, b en c, zijn van toepassing op de verstrekkingen verkregen na:

- 1 juli 2012, voor wat betreft Algerije, Turkije, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Servië en Montenegro
- 1 mei 2014, voor wat betreft Marokko
- 1 januari 2016, voor wat betreft Albanië
- 1 mei 2017, voor wat betreft Tunesië.

e. *Bijzonderheid:* geneeskundige verstrekkingen die in Tunesië zijn verricht.

In de gevallen waarin een Belgische verzekerde die in Tunesië verblijft, een beroep heeft gedaan op de dienst van de aanvullende verzekering van zijn ziekenfonds dat rechtstreeks is tegemoetgekomen in de betaling van de geneeskundige verzorging ter plaatse, kan de Belgisch-Tunesische overeenkomst niet meer worden toegepast. De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging mag alleen worden overwogen wanneer de verzorging in kwestie voldoet aan de voorwaarden die zijn vastgelegd in artikel 294 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996.

## 2.4. Aanvullende bepalingen

**§1.** Wanneer een verzekeringsinstelling, naar aanleiding van een aanvraag tot tarifiering die in het buitenland is ingediend, vaststelt dat de ziekteverzekering van het land van verblijf niet in de kosten tegemoetkomt, mag er ook geen tegemoetkoming in de kosten in kwestie worden toegekend in toepassing van het principe van de vergoeding tegen een gemiddeld percentage. De vergoeding zal uitsluitend worden onderzocht in toepassing van artikel 294 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

**!** **§ 2. OPGELET:** de vergoeding met toepassing van de tarieven en voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is niet mogelijk wanneer de rechthebbende (gepensioneerden, gezinsleden van gepensioneerden, gezinsleden van de werknemers/zelfstandigen) van de verzorging woont in één van de lidstaten die worden vermeld in Bijlage nr. 3 van Verordening (EG) 987/2009 en de verzorging in kwestie werd verleend door een privé-zorgverlener of in een privé-verzorgingsinstelling die geen deel uitmaken van *het publieke gezondheidszorgstelsel van het land van verblijf*. In dat geval vallen de uitgaven voor geneeskundige verzorging namelijk ten laste van het land van de woonplaats.

**§3.** Als bevestiging van het feit dat de verzekerde geen beroep wenst te doen op de tenlasteneming van de verzorging tegen het tarief van het land van verblijf, dienen de verzekeringsinstellingen een kopie van het akkoord van de verzekerde – op papier of in elektronische vorm – in het administratief dossier van de betrokkene te bewaren wanneer zij de vergoeding toekennen met toepassing van:

- het vergoedingssysteem tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200 EUR niet overschrijdt (toepassing van punten 2.1.a., 2.2.a. en 2.3.a. van deze omzendbrief)
- het tarief en de voorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het bedrag van de gemaakte kosten van de verzekerde groter is dan 200 EUR (toepassing van punten 2.1.b., 2.2.b. en 2.3.b. van deze omzendbrief).

## 3. Gedwongen beroep op het toekennen van een vergoeding tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Indien wordt vastgesteld dat op een aanvraag tot tarifiering (SED067, formulier E.126 of gelijkwaardig bilateraal formulier) die volgens de regels naar het bevoegd buitenlands orgaan werd verstuurd, geen antwoord volgt binnen een termijn van drie maanden, wordt een herinnering gestuurd naar dit orgaan. Na het verstrijken van een nieuwe termijn van drie maanden, mag de Belgische verzekeringsinstelling een vergoeding toekennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien het buitenlands bevoegd orgaan niet gereageerd heeft.

## 4. Verjaringsmodaliteiten

In de dossiers waar een beroep wordt gedaan op het gemiddeld vergoedingspercentage, dient de termijn te worden nageleefd waarin is voorzien in artikel 174, 3<sup>o</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, namelijk twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging werd verstrekt.

Eens deze termijn is verstreken, is enkel het sturen van een aanvraag tot tarifiering naar het bevoegde orgaan van de verblijfplaats nog mogelijk. Hier dient vastgesteld te worden dat de regels inzake de verjaring deze zijn waarin wordt voorzien door de bepalingen van de wetgeving van het land waar de verzorging werd ontvangen.

## 5. Statistische gegevens

De groeiende belangstelling voor grensoverschrijdende patiëntenmobiliteit en de hieraan verbonden financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hebben aangetoond dat er een nood bestaat aan goede, statistische gegevens.

Met het oog op een eventuele evaluatie van de toepassing van deze Omzendbrief V.I. worden de verzekeringsinstellingen verzocht gegevens te verzamelen met betrekking tot:

- a. De tegemoetkoming in de kosten van geneeskundige verstrekkingen die een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in het buitenland heeft ontvangen.

Het RIZIV wenst voor elk kalenderjaar over de volgende gegevens te beschikken:

(i) voor het aantal aanvragen tot tarifiering die naar het buitenland zijn verstuurd:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend zoals meegegeeld door het buitenlandse orgaan van het land van verblijf.

(ii) voor het aantal dossiers waar een vergoeding tegen een gemiddeld vergoedingspercentage werd toegepast:

- het aantal individuele dossiers
- een verdeling per land
- de gedane uitgaven
- de tegemoetkoming die werd toegekend.

- b. Het aantal gevallen waarvoor de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig punt 3.1 van deze omzendbrief, gedwongen waren een vergoeding toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, opdat het RIZIV indien nodig stappen zou kunnen ondernemen bij de bevoegde autoriteiten van de desbetreffende landen.

De statistische gegevens met betrekking tot een bepaald jaar worden door de verzekeringsinstellingen **vóór eind mei van het volgende jaar** aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging - directie Internationale Relaties van het RIZIV bezorgd. Deze gegevens worden verzonden langs elektronische weg (overeenkomstig het *Excel-bestand* in bijlage).



Omzendbrief V.I. nr. 2021/117 – 80/124 van 14 april 2021.

## III. Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994: administratieve procedure

Van toepassing vanaf 1 juni 2021.

Vervangt omzendbrief nr. 2012/503<sup>1</sup> van 14 december 2012.

Krachtens artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die een niet toegelaten activiteit heeft verricht of die gewerkt heeft zonder de voorwaarden van de toelating te respecteren de mogelijkheid om, in behartigenswaardige gevallen en bij afwezigheid van een bedrieglijk opzet, een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen in te dienen bij het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

Deze mogelijkheid bestaat sedert 12 april 2013 ook voor de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die laattijdig, meer bepaald meer dan 14 kalenderdagen vanaf de werkhervatting, hiervan aangifte doet bij zijn ziekenfonds en hiervoor de toelating vraagt aan de adviserend arts.

De beslissing van het Beheerscomité houdt rekening met de evenredigheid die in acht genomen moet worden tussen de omvang van de terugvordering enerzijds en de aard of de ernst van de tekortkoming van de gerechtigde aan zijn verplichtingen anderzijds.

In dit kader houdt het Beheerscomité met name rekening met de volgende elementen:

- 1° de sociale en financiële situatie van de gerechtigde, evenals elk ander persoonlijk pertinent gegeven;
- 2° de al dan niet onderwerping van de niet toegelaten activiteiten aan de sociale zekerheid;
- 3° de omvang van de voormelde activiteiten evenals de belangrijkheid van de betrokken inkomsten.

Indien het Beheerscomité van oordeel is dat de situatie van de betrokkene behartigenswaardig is, kan het, in functie van de concrete elementen van het dossier, beslissen om te verzaken aan de terugvordering.

In dit kader moet er wel rekening worden gehouden met een bepaald maximumbedrag.

### Vaststelling van het maximumbedrag van de verzaking

Aangezien de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die de hervatting van de aangepaste beroepsactiviteit niet aangeeft of aangeeft meer dan 14 kalenderdagen vanaf de hervatting, geen gunstigere behandeling kan genieten dan de gerechtigde die zijn/haar werkhervatting aangeeft binnen de 14 kalenderdagen vanaf de hervatting, moet, met het oog op de vaststelling van het maximumbedrag van de verzaking in het kader van de toepassing van de bepalingen van artikel 101, rekening worden gehouden met het bedrag van de uitkeringen waarop de betrokkene aanspraak had kunnen maken in toepassing van de cumulregel zoals bedoeld in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, verminderd met 10%.

1. Gepubliceerd in het I.B. 2012/4.

Bijgevolg is er in elk geval geen verzaking mogelijk voor het verschil tussen het normale bedrag aan uitkeringen toegekend voor de volledige periode van niet toegelaten activiteit en het bedrag aan uitkeringen na de toepassing van de cumulregel “artikel 230” voor dezelfde periode, evenwel verminderd met 10 %.

Het Beheerscomité kan bijgevolg maximaal verzaken aan het verschil tussen het bedrag van de terugvordering en het resultaat van de hierboven vermelde berekening.

 Voorbeeld:

Bedrag aan uitkeringen toegekend voor de volledige periode: 10.000 EUR

Bedrag van de terugvordering: 6.000 EUR

Bedrag na toepassing van de cumulregel “artikel 230”: 7.000 EUR (= 30% vermindering)

Bedrag na toepassing van de cumulregel “artikel 230” - 10% = 6.300 EUR (7.000 EUR - 700 EUR)

Berekening 1: 10.000 EUR - 6.300 EUR = 3.700 EUR, dit is het bedrag waaraan niet kan verzaakt worden

Dus maximale verzaking mogelijk voor 2.300 EUR (6.000 EUR – 3.700 EUR).

Een verzaking aan de terugvordering is niet mogelijk wanneer:

- er sprake is van kwade trouw in hoofde van de verzekerde
- de vordering tot terugvordering volledig verjaard is in toepassing van de verjaringstermijn van artikel 174, eerste lid, 5° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of voor het gedeelte van het bedrag van de terugvordering dat reeds verjaard is in toepassing van voornoemd artikel
- het een normale werkhervatting betreft.

Deze omzendbrief stelt de administratieve procedure vast die gevolgd moet worden opdat een dossier kan voorgelegd worden aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

## I. Samenstelling van het administratief dossier door het ziekenfonds

De sociaal verzekerde dient zijn aanvraag tot verzaking in bij zijn ziekenfonds.

Indien een aanvraag door de verzekerde rechtstreeks wordt opgestuurd aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV, stuurt de Dienst die aanvraag door naar de betrokken Landsbond. De verzekerde wordt hiervan op de hoogte gebracht.

Het ziekenfonds stelt een administratief dossier samen met betrekking tot de verzakingsaanvraag van de sociaal verzekerde aan de hand van het formulier ‘**Aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van een ten onrechte ontvangen bedrag aan uitkeringen. Toepassing van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994**’. Het model van dit formulier gaat als bijlage.



Het administratief dossier dient de volgende gegevens te bevatten:


- I. Identificatie van de gerechtigde
- II. Datum van de aanvraag tot verzaking door de gerechtigde
- III. Gegevens met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid
- IV. Gegevens met betrekking tot de niet toegelaten activiteit
- V. Gegevens inzake de terug te vorderen uitkeringen
- VI. Toepassing van de cumulregel
- VII. Goede trouw
- VIII. Beoordeling van de behartigenswaardigheid.

Het ziekenfonds vult op het aanvraagformulier alle gegevens in waarover het beschikt en bewaart tevens de bewijsstukken ervan in het administratief dossier. Het vraagt desgevallend de ontbrekende gegevens op bij de sociaal verzekerde.

Het ziekenfonds maakt het administratief dossier vervolgens over aan de Landsbond, die de juistheid en de volledigheid van de gegevens dient te verifiëren met het oog op een eventuele controle door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV. Indien het administratief dossier niet al de noodzakelijke gegevens bevat, zoals bepaald in het aanvraagformulier, kan de aanvraag tot verzaking aan de terugvordering niet worden voorgelegd aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

Het is de verantwoordelijkheid van de Landsbond om het administratief dossier vervolgens in te dienen bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. Laatstgenoemde Dienst bereidt een nota voor ten behoeve van het Beheerscomité dat de beslissing neemt.

De Landsbond wordt op de hoogte gebracht van deze beslissing via een gewone zending.

 **Belangrijke mededeling:** Zelfs nadat de aanvraag tot verzaking is ingediend bij het RIZIV, onderneemt het ziekenfonds de nodige stappen om de verjaringstermijn voorzien in artikel 174, eerste lid, 5<sup>o</sup> en artikel 174, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te stuiten (zie hieronder deel II).


## II. Verjaring

### Duur van de verjaringstermijn

Krachtens artikel 174, eerste lid, 5<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verjaart de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald.

Deze termijn wordt bepaald op vijf jaar indien het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg is van bedrieglijke handelingen in hoofde van de sociaal verzekerde (cf. art. 174, derde lid van voornoemde wet).

Voormelde verjaringstermijnen zijn enkel van toepassing in de rechtsverhouding tussen het ziekenfonds en de sociaal verzekerde die ten onrechte prestaties ten laste van de uitkeringsverzekering ontvangen heeft.

 **Voorbeeld:** Een verzekerde heeft ten onrechte ziekte-uitkeringen ontvangen vanaf 16 mei 2021. De vordering van het ziekenfonds tot terugvordering van de in de maand mei 2021 onverschuldigd betaalde uitkeringen verjaart, bij afwezigheid van bedrog, op 1 juni 2023. Indien bedrog kan worden weerhouden in hoofde van de sociaal verzekerde, verjaart het terugvorderingsrecht van het ziekenfonds op 1 juni 2026.

## Stuiting van de verjaring

Krachtens artikel 174, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 volstaat een ter post aangetekend schrijven om de verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd. De ziekenfondsen hebben de verantwoordelijkheid om tijdig een aangetekend schrijven te versturen naar de sociaal verzekerde om de verjaring van hun terugvorderingsrecht te voorkomen.

De verjaring kan eveneens gestuit worden door de gemeenrechtelijke bepalingen (cf. art. 2242 tot en met 2250 van het B.W.).

Dit betekent dat de verjaring onder meer wordt gestuit door:

- de ondertekening van een schulderkenning door de sociaal verzekerde (art. 2248 B.W.)
- een dagvaarding (of een verzoekschrift) voor het gerecht, een bevel tot betaling, of een beslag, *betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen* (art. 2244 B.W.).  
Het indienen door het ziekenfonds van een verzoekschrift bij de arbeidsrechtbank tot het bekomen van een uitvoerbare titel stuit bijgevolg de verjaring.

## Onderscheid tussen de verjaringstermijn en de terugvorderingstermijn

Krachtens artikel 326 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 dient de terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties door het ziekenfonds in principe te gebeuren binnen een termijn van twee jaar, met ingang van de datum van:

- de vaststelling voor de gevallen bedoeld in artikel 325, a)
- de kennisgeving door de Dienst voor administratieve controle voor de gevallen bedoeld in artikel 325, b)
- de uitspraak van de gerechtelijke eindbeslissing voor de gevallen bedoeld in artikel 325, c) en d).

Deze termijn moet onderscheiden worden van de verjaringstermijn van twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald, waarvan sprake is in artikel 174, eerste lid, 5<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

De terugvorderingstermijn van twee jaar wordt onder andere opgeschort vanaf de datum van indiening van de aanvraag om te verzaken aan de terugvordering in toepassing van artikel 101, § 2, tweede lid van de gecoördineerde wet en dit tot de beslissing van het Beheerscomité (cf. art. 326, § 2, f) van het K.B. van 03.07.1996). De verjaringstermijn daarentegen loopt gewoon verder, tenzij deze gestuit wordt door bovenvermelde daden van stuiting.

Aangezien de procedure tot aanvraag van verzaking, ingediend bij het RIZIV, de verjaring niet stuit, dient het ziekenfonds de verjaring ten minste te blijven stuiten totdat het ziekenfonds in kennis wordt gesteld van de beslissing van het Beheerscomité.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/123 – 406/19 van 27 april 2021.

## IV. Tussentijdse controle op het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, (V.T.) bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Inleiding:

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de V.T. (B.S. van 29.01.2014), omvat de uitwerking van een tussentijdse controle het jaar volgend op de opening van een recht op de verhoogde tegemoetkoming dat zonder referentieperiode werd toegekend overeenkomstig artikel 18.

Artikel 36 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de V.T. stelt dat wanneer het recht op de V.T. aan een gezin werd toegekend zonder referentieperiode overeenkomstig artikel 18, kijkt het ziekenfonds dat het dossier beheert, uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, na of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog altijd sprake is van een situatie bedoeld in artikel 18. Als een dergelijke situatie niet meer bestaat en het gezin in het kader van hoofdstuk 3 niet in aanmerking komt om het recht te genieten, wordt het recht op 31 december van datzelfde jaar ingetrokken. Het recht wordt toch behouden, als het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag.

In deze omzendbrief worden de afspraken tussen de verzekeringsinstellingen (V.I.'s), het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en het RIZIV over het verloop van deze tussentijdse controle uitgewerkt.

### 1. Algemene bepalingen

Wanneer het recht op de V.T. aan een gezin werd toegekend zonder referentieperiode, kijkt het beherende ziekenfonds, het jaar volgend op het jaar van de opening van het recht, na of er nog altijd een indicator aanwezig is (art. 36 K.B. 15.01.2014).

De beherende V.I. is verantwoordelijk voor de intermediaire controle op het V.T.-gezin met een opening van het recht na een inkomstenonderzoek zonder referentieperiode. De eerste stap van de controle bestaat uit de verificatie van de aanwezigheid van een indicator. Deze controle wordt uitgevoerd op 31 augustus van het jaar volgend op de opening van het recht.

De verantwoordelijke V.I. voert de controle uit op basis van informatie (over de indicator) waarover zij beschikt op 31 augustus met betrekking tot de situatie van het V.T.-gezin op 30 juni. Het inkomstenonderzoek moet uiterlijk op 31 december van het jaar van de intermediaire controle worden afgesloten.

De indicator moet aanwezig zijn bij een van de gezinsleden. Het hoeft echter niet dezelfde indicator te zijn of een indicator bij hetzelfde gezinslid. Als er geen indicator meer aanwezig is in het gezin, wordt het recht op de V.T. voor het gezin afgesloten op 31 december, tenzij het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag. (art. 36 K.B. 15.01.2014)

Welke indicatoren brengen de mogelijkheid met zich mee geen referentieperiode te hoeven gebruiken bij het inkomstenonderzoek? (art. 18. In afwijking van art. 17 is er geen referentieperiode van toepassing voor het gezin waarvan een van de leden, op het moment dat de aanvraag wordt ingediend):

- 1) gepensioneerde
- 2) invalide
- 3) overheidspersoneelslid in disponibiliteit
- 4) militair in tijdelijke ambtsontheffing
- 5) arbeidsongeschikte of gecontroleerd werkloze als de periode van arbeidsongeschiktheid en werkloosheid de duur van een jaar bereikt
- 6) mindervalide
- 7) weduwnaar of weduwe
- 8) gerechtigde binnen een eenoudergezin is.

Personen die het recht behouden volgens een modificatie van het gezin tussen 1 juli 2021 en 31 augustus 2021 (einde van het recht op 31.12.2021) mogen uitgesloten worden uit de intermediaire controle, door het feit dat ze normaal gezien al een nieuwe verklaring op eer ingediend hebben.

Bij de tussentijdse controle voor de weduwen en weduwnaars worden de inkomsten heronderzocht, ook als de burgerlijke staat niet veranderd is (nog altijd weduwe of weduwnaar).

## 2. Controle van de Indicatoren

De informatie over de controle van de indicatoren kan terug gevonden worden in de omzendbrief bewijsstukken indicatoren. (Omz. V.I. nr. 2014/500 – 3991/258 van 22.12.2014)

De effectieve tussentijdse controle gebeurt op basis van het bestaan van één van de indicatoren in het gezin op 30 juni. De verzekeringsinstelling heeft tot 31 augustus om de controle uit te voeren.

## 3. Inkomstencontrole bij afwezigheid van een indicator tijdens de tussentijdse controle

Als er geen indicator meer aanwezig is in het gezin, wordt het recht op de V.T. voor het gezin afgesloten op 31 december, tenzij het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag (op de datum van de verklaring – er is overeengekomen om de inkomsten in aanmerking te nemen vanaf de maand die voorafgaat aan de indiening van de verklaring). (art. 36 K.B. 15.01.2014)

## 4. Specifieke tussentijdse controle op weduwen of weduwnaars

### 4.1. Waarom een bijzondere intermediaire controle voor nieuwe weduwen of weduwnaars

Het kan gebeuren dat een weduwe of weduwnaar op het moment waarop ze de verklaring op erewoord invult nog geen overlevingspensioen en geen berekening ervan ontvangen heeft.

Volgens de instructies die daaromtrent gegeven zijn moeten de ziekenfondsen bij het inkomensonderzoek voor die weduwen of weduwnaars rekening houden met het pensioen zelf indien dit nog niet overgemaakt is, vanaf het bedrag gekend is (de berekening uitgevoerd is). Het feit dat de berekening nog niet uitgevoerd is mag niet beletten dat het recht op de verhoogde tegemoetkoming niet wordt geopend.

Om te vermijden dat die opening van V.T.-recht kan blijven bestaan voor een periode die loopt tot wanneer via de systematische controle een inkomenswijziging vastgesteld werd, is voorgesteld om die weduwen of weduwnaars reeds via de intermediaire controle aan een nieuw inkomensonderzoek te onderwerpen.

### 4.2. De modaliteiten van de tussentijdse controle voor nieuwe weduwen of voor nieuwe weduwnaars

Tijdens de “gewone” intermediaire controle wordt nagekeken of er nog een indicator aanwezig is in het gezin op 30 juni van het jaar na de opening van het recht.

De bijzondere intermediaire controle beperkt zich tot gerechtigden die:

- V.T. openden in het voorgaande jaar op basis van een indicator “weduwe of weduwnaar”
- bij het inkomensonderzoek aangeduid hebben dat ze niet over een “pensioen” beschikten
- bij het inkomensonderzoek aangeduid hebben dat ze een overgangsuitkering krijgen.

De idee is om rechten die worden toegekend omdat niet alle inkomstengegevens gekend zijn op het ogenblik van de VOE, doordat de weduwe of de weduwnaar noch een overlevingspensioen noch de berekening ervan ontving bij het afleggen van de VOE; te controleren tijdens een tussentijdse controle. De hercontrole is niet nodig voor weduwen of weduwnaars waarbij de inkomstensituatie volledig gekend is op het ogenblik van de verklaring op eer of voor wiens gezin door een wijziging van de gezinssamenstelling het recht voor 30 juni van het jaar na de opening werd heronderzocht.

Uitzonderingen op de tussentijdse controle voor weduwen of weduwnaars zijn:

- voor weduwen of weduwnaars die niet in aanmerking komen voor overlevingspensioen, en waarvoor hercontrole dus geen nut heeft
- voor weduwen of weduwnaars die op 30 juni van het jaar van de intermediaire controle niet meer beschikken over de burgerlijke staat van weduwe of weduwnaar (zij hebben dan immers reeds een gezinswijziging gehad waardoor hun situatie heronderzocht is)
- voor weduwen of weduwnaars die op 30 juni van het jaar van de intermediaire controle een uitbreiding van hun V.T.-gezin gekend hebben doordat een “(wettelijk) samenwonende” toegevoegd werd (zij hebben dan immers reeds een gezinswijziging gehad waardoor hun situatie heronderzocht is).

## 5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing voor de tussentijdse controle van de rechthebbenden op de V.T. na een inkomstenonderzoek door de verzekeringsinstelling zonder referentieperiode (art. 18 K.B. 15.01.2014) vanaf 2020.

Deze omzendbrief vervangt vanaf de dag van publicatie omzendbrief V.I. nr. 2020/83<sup>1</sup> – 3991/317 van 25 maart 2020.



Omsendbrief V.I. nr. 2021/126 – 3991/330 van 30 april 2021.

1. Niet gepubliceerd in het I.B.

# V. Bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister, bedoeld bij artikel 32, eerste lid, 15<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

## I. Inleiding

In toepassing van artikel 32, eerste lid, 15<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kunnen de personen die ingeschreven zijn in het Rijksregister van de natuurlijke personen beschouwd worden als rechthebbers op de geneeskundige verstrekkingen.

Krachtens de bepalingen van artikel 128 *quinquies*, § 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, zijn de hierna opgesomde personen niet uitgesloten uit het toepassingsgebied van voornoemd artikel 32 en kunnen zij ingeschreven worden als ingeschrevene in het Rijksregister:

1. de vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk (opgenomen in het vreemdelingenregister).
2. de vreemdelingen die toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur (opgenomen in het vreemdelingenregister) of die gevestigd zijn in het Rijk (opgenomen in het bevolkingsregister).
3. de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen (opgenomen in het wachtregister) en wiens asielpcedure nog niet ten einde is<sup>1</sup>.

1. De wet van 15.09.2006 tot wijziging van de wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen heeft de asielpcedure hervormd en heft het onderscheid tussen de ontvankelijkheidsfase en de gegrondheidsfase op vanaf 01.06. 2007. De twee fases worden herleid tot één. De wet van 12.01.2007 betreffende de opvang van asielzoekers en van bepaalde andere categorieën van vreemdelingen kent materiële hulp toe aan elke asielzoeker die vanaf 01.06.2007 asiel aanvraeg, inclusief de asielzoekers die vóór 01.06.2007 nog geen beslissing hebben ontvangen van de Dienst Vreemdelingenzaken of het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen omtrent de ontvankelijkheid van hun asielaanvraag. Het recht op materiële hulp is van kracht gedurende de hele asielpcedure, met inbegrip van de beroepsprocedure, ingesteld bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en de procedure van het eventuele administratieve cassatieberoep bij de Raad van State.  
De medische begeleiding (medische hulpverlening en verzorging) die noodzakelijk is om een leven te kunnen leiden dat beantwoordt aan de menselijke waardigheid maakt deel uit van de materiële hulp en wordt ten laste genomen door het Federaal Agentschap voor Opvang van Asielzoekers (= Fedasil) of het OCMW indien de asielzoeker verblijft in een lokaal opvang initiatief (LOI).

Hiertoe behoren dus ook de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ten gronde ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en die tegen deze beslissing beroep aanhangig hebben bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen evenals de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen, die werd bevestigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en die tegen dit arrest cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State.

4. de personen die, in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen, dat zij een verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 16 juli 1992 met betrekking tot de bevolkingsregisters en de vreemdelingenregisters.

Om ingeschreven te kunnen worden als ingeschrevene in het Rijksregister moeten de voornoemde personen bescheiden overmaken aan hun verzekeringsinstelling. Deze bescheiden of bewijsstukken worden weergegeven voor elk van de 4 categorieën.

Het gaat meestal over verblijfsdocumenten afgeleverd door een gemeente.

De inhoud van een elektronische identiteitskaart heeft voorrang op een kopie van fysieke kaart (voor- en achterzijde van de identiteitskaart). Daarom moet een uittreksel van de lezing van de chip van de elektronische identiteitskaart worden bewaard. De meeste informatie, het bewijsmateriaal, wordt immers verkregen door het certificaat op de eID-chip te lezen en staat niet op de kaart zelf. Dezelfde regel geldt voor de andere kaarten of verblijfstitels met een elektronische chip waarop het uittreksel van de lezing dient te worden bewaard. Voor deze kaarten dient voor de volledigheid ook een kopie van de voor- en achterzijde van de kaart bewaard te worden.

## II. Vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk en de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur of die gevestigd zijn in het Rijk<sup>2</sup>

### 1. Algemeen overzicht en beschrijving van de verblijfsdocumenten

Onderstaande lijst bewijsstukken worden erkend als bewijsstukken voor de inschrijving van Vreemdelingen die van rechtswege toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk en de vreemdelingen die gemachtigd zijn tot een verblijf voor onbepaalde duur of die gevestigd zijn in het Rijk als gerechtigde in de hoedanigheid van resident.

- a) de elektronische A-Kaart (bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister-tijdelijk verblijf) en de elektronische B-kaart (bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister) uitgereikt aan niet-EU-vreemdelingen en gepubliceerd als bijlage 6 van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- b) de elektronische C-kaart (identiteitskaart voor vreemdelingen) uitgereikt aan gevestigde niet-EU vreemdelingen en Zwitsers<sup>3</sup> (met duurzaam verblijf), en gepubliceerd als bijlage 7 van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen

2. In dit punt worden de bewijsstukken besproken voor de verzekerden onder punt 1 en 2 van de inleiding.

3. Voor Zwitserland worden sinds 06.06.2016 geen nieuwe C-kaarten meer uitgereikt. Er zijn nog 576 Zwitsers met geldige C-kaarten (Deze zijn 5 jaar geldig tenzij werkzoekende waarbij een geldigheidstermijn geldt van 2 jaar).



- c) de elektronische D-kaart (EU-langdurig ingezetene) uitgereikt aan niet-EU vreemdelingen en gepubliceerd als bijlage 7*bis* van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- d) de elektronische E-kaart (verklaring van inschrijving) uitgereikt aan EU-onderdanen, en gepubliceerd als bijlage 8 van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- e) de elektronische E<sup>-</sup>-kaart (een document ter staving van een duurzaam verblijf) uitgereikt aan de EU-onderdanen, en gepubliceerd als bijlage 8*bis* van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- f) de elektronische F-kaart (verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie) uitgereikt aan de niet EU-familieleden van EU-onderdanen en gepubliceerd als bijlage 9 van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- g) de elektronische F<sup>+</sup>-kaart (duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie) uitgereikt aan de niet EU-familieleden van EU-onderdanen en gepubliceerd als bijlage 9*bis* van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen
- h) de elektronische H-kaart (de zgn. Europese blauwe kaart). Deze kaart wordt afgeleverd aan hooggekwalificeerde werknemers uit derde landen (niet EU-burgers) die met succes de verblijfsprocedure voor het bekomen van een Europese blauwe kaart hebben doorlopen (art. 61/26 e.v. wet van 15.12.1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen). En is gepubliceerd als bijlage 6*bis* van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

In de bijlage van deze omzendbrief met volgnummer 9 wordt een overzicht gegeven van de verschillende types identiteitsbewijzen. De bijlage met volgnummer 8 geeft een overzicht van bewijsstukken die niet werden aanvaard.

In de tabel hierna wordt, met verwijzing naar de site van DVZ, een overzicht gegeven van de voornoemde documenten die in toepassing van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, in aanmerking mogen genomen worden als bewijs van ingeschrevene in het Rijksregister, bedoeld bij artikel 32, eerste lid, 15<sup>de</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Sinds 1 oktober 2013 zouden de papieren “verblijfskaarten en verblijfstitels” niet meer geldig zijn en zouden nog enkel elektronische titels worden gebruikt. Dat bepaalt een ministerieel besluit van 11 februari 2014.

De dienst wijst er tevens op een wijziging van de voormelde wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, waardoor vanaf 8 juli 2016 erkende vluchtelingen eerst toegelaten worden tot een verblijf van beperkte duur. De verblijfstitel die de toelating tot verblijf van beperkte duur vaststelt (= A-kaart), is geldig gedurende vijf jaar. Na vijf jaar, te rekenen vanaf de indiening van de asielaanvraag, wordt de erkende vluchteling tot een verblijf van onbeperkte duur toegelaten en in het bezit gesteld van een B-kaart.

## 2. Niet-EU-vreemdeling

<b>Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister - Tijdelijk verblijf</b> <b>Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister - Vorübergehender Aufenthalt</b>
A Kaart Hooggekwalificeerde werknemer die geen burger van de Europese Unie is H-Kaart
<b>Bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister</b> <b>Bescheinigung der Eintragung im Ausländerregister</b>
B Kaart
<b>Identiteitskaart voor vreemdeling</b> <b>Personalausweis für Ausländer</b>
C Kaart
<b>EG – langdurig ingezetene</b> <b>Daueraufenthalt – EG</b>
D-Kaart

## 3. Niet-EU vreemdeling die familielid is van een EU burger

<b>Verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie</b> <b>Aufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers</b>
F Kaart
<b>Duurzame verblijfskaart van een familielid van een burger van de Unie</b> <b>Daueraufenthaltskarte für Familienangehörige eines Unionsbürgers</b>
F+ Kaart

## 4. EU onderdaan

<b>Verklaring van inschrijving</b> <b>Anmeldebescheinigung</b>
E Kaart
<b>Document ter staving van duurzaam verblijf</b> <b>Dokument zur Bescheinigung des Daueraufenthalts</b>
E+ Kaart

III. De kandidaat-vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en wiens asielprocedure nog niet ten einde is.

Aangezien de personen normaal gezien al vóór 1 juni 2007 ingeschreven waren als ingeschrevenen in het Rijksregister zullen deze situaties niet vaak voorkomen<sup>4</sup>.

1. De asielzoekers waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk werd verklaard door de Dienst Vreemdelingenzaken of door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen en wiens asielprocedure nog niet ten einde is

Zij bewijzen hun hoedanigheid door **de gelijktijdige overlegging** van de volgende documenten:

een bijlage 25 (bijlage met volgnummer 3 van de omzendbrief) OF een bijlage 26 (bijlage met volgnummer 4 van de omzendbrief) afgeleverd vóór 1 juni 2007, samen met een attest van immatriculatie model A (bijlage met volgnummer 1 van de omzendbrief).

Een attest van immatriculatie model A alleen bewijst niet dat het gaat om een asielzoeker.

2. De asielzoekers waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd, die vóór of na 1 juni een negatieve beslissing ontvingen en die tegen deze beslissing beroep aanhangig hebben bij de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, evenals de kandidaat vluchtelingen waarvan de aanvraag vóór 1 juni 2007 ontvankelijk verklaard werd en die vóór of na 1 juni 2007 een negatieve beslissing ontvingen van het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en de staatlozen die werd bevestigd door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en die tegen dit arrest cassatieberoep hebben ingediend bij de Raad van State.

De beslissing omtrent de ontvankelijkheid van de asielaanvraag kan teruggevonden worden in het Rijksregister onder de code 206 (wachtregister). Indien dit niet kan geconsulteerd worden, kan het ziekenfonds de betrokkene verzoeken een afdruk van het wachtregister te vragen bij het gemeentebestuur of via het OCMW.

4. In oktober 2020 bevinden zich nog 11 personen in deze situatie.

IV. De personen die in afwachting van hun inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen, aantonen dat zij een verklaring hebben verricht, bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 16 juli 1992 met betrekking tot de bevolkingsregisters en de vreemdelingenregisters

### 1. Algemeen

Deze personen bewijzen hun hoedanigheid door middel van een getuigschrift van de gemeentelijke overheid of door middel van elk ander bewijsmiddel dat als dusdanig erkend wordt door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle.

Voor de personen die hun hoedanigheid bewijzen door middel van een getuigschrift uitgereikt door de gemeentelijke overheid gebeurt dit door middel van een bijlage 15<sup>5</sup> of bijlage 49<sup>6</sup> van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, in voorkomend geval aangevuld met bepaalde bewijsstukken. Een specimen van dit document gaat in bijlage 4 van deze omzendbrief. Echter moet een onderscheid gemaakt worden al naargelang het geval.

### 2. Een vreemdeling die burger is van de Europese Unie

Indien het gaat om een burger van de Unie wordt er geen bijlage 15 afgeleverd.

In afwachting van hun E-kaart of E+-kaart (dewelke de elektronische versie zijn van de bijlagen 8 en 8*bis*) worden ze in het bezit gesteld van deze bijlagen 8 of 8*bis*. De bijlage 8 of 8*bis* volstaat als bewijsstuk voor de toelating tot verblijf voor respectievelijk van of meer dan 3 maanden (Bijlage 8 en E kaart) of voor een met duurzaam verblijf (Bijlage 8*bis* en E+ kaart).

### 3. Een vreemdeling die geen burger van de Unie is

Indien het gaat om een vreemdeling die geen burger van de Europese Unie is, dient men een onderscheid te maken tussen dergelijke vreemdelingen die in het bezit zijn van een geldig attest van immatriculatie (AI) en zij die hiervan niet in het bezit zijn.

Degenen die reeds in het bezit zijn van een geldig AI ontvangen geen bijlage 15, maar hun AI wordt verlengd tot wanneer de verblijfstitel afgeleverd wordt. De vreemdelingen die niet in het bezit zijn van een geldig AI ontvangen wel een bijlage 15. De dienst preciseert hierbij dat de personen die het attest van immatriculatie ontvingen in de hier beschreven situatie, tevens een positieve beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken moeten voorleggen.

Ingeval het gaat om een situatie, waarin een expliciete beslissing is uitgebleven, en zulk uitblijven gelijkgeschakeld wordt met een positieve beslissing, kan de inschrijving op basis van de achteraf verkregen geldige verblijfskaart, aanleiding geven tot een aanvraag tot inschrijving met terugwerkende kracht op basis van artikel 252, zesde lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet.

5. Afhankelijk van de reden waarom de bijlage 15 werd afgeleverd en dus van het hokje dat het gemeentebestuur aankruist. (Vb. Als het hokje 5 of 6 werd aangevinkt, kan de V.I. de persoon niet inschrijven als resident). Zie de bijlage met volgnummer 8.
6. In de 10<sup>de</sup> bijlage bij deze omzendbrief wordt schematisch weergegeven wanneer de bijlagen 49 en 15 worden uitgereikt, en per scenario welke geldigheidsduur de attesten dan hebben, de mogelijkheid om deze duur te verlengen, of de ontvanger al dan niet wordt ingeschreven in het Rijksregister en de reglementaire referentie.

Het “beginsel” dat het uitblijven van een beslissing binnen de termijnen gelijkstaat met een positieve beslissing, bestaat in verschillende verblijfprocedures, waaronder de volgende procedures:

- gezinshereniging met een onderdaan van een derde land (art. 10<sup>ter</sup>, § 2, vierde lid, § 2<sup>bis</sup>, derde lid, § 2<sup>ter</sup>, derde lid; art. 12<sup>bis</sup>, § 2, laatste lid, § 3, derde lid, § 3<sup>bis</sup>, derde lid, van de wet van 15.12.1980 + art. 26, § 4, 26/1, § 4, 26/2, § 5, 26/2/1, § 5, van het K.B. van 08.10.1981)
- verblijf van meer dan drie maanden door een burger van de Europese Unie (art. 51, § 2, van het K.B. van 08.10.1981)
- gezinshereniging met een burger van de Europese Unie<sup>7</sup> (art. 52, § 4, van het K.B. van 08.10.1981)
- verwerving van een duurzaam verblijfsrecht door een burger van de Europese Unie of een lid van zijn familie (artn. 55 en 56 van het K.B. van 08.10.1981)
- vergunning tot vestiging (art. 30 van het K.B. van 08.10.1981)
- verkrijging van de status van langdurig ingezetene (art. 30 van het K.B. van 08.10.1981)
- eenmalige vergunning (samenwerkingsovereenkomst van 02.02.2018)
- langdurig ingezetene van een andere Lidstaat die een verblijf van meer dan drie maanden in België aanvraagt (art. 61/7, § 3, laatste lid, van de wet van 15.12.1980)
- hooggekwalificeerde werknemer (art. 61/27-5, van de wet van 15.12.1980)
- recht op terugkeer (art. 40, van het K.B. van 08.10.1981).

Bijlage 15 geldt als bewijs van inschrijving in het vreemdelingenregister/bevolkingsregister<sup>8</sup>:

- als de persoon zich heeft aangeboden om een machtiging tot vestiging of een aanvraag voor het verkrijgen van de status van EG-langdurig ingezetene in te dienen (art. 30 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (1<sup>ste</sup> hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om de vernieuwing van zijn verblijfsvergunning, vestigingsvergunning of EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene in te dienen (art. 33 – 101 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (2<sup>de</sup> hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om een aanvraag voor een duurzaam verblijf in te dienen (art. 56 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (4<sup>de</sup> hokje)
- als de persoon zich heeft aangeboden om zich te laten inschrijven (art. 119 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (7<sup>de</sup> hokje) in combinatie met:
  - een geldig visum type D
  - een beslissing van de Dienst Vreemdelingenzaken dat de betrokkene een Bewijs van Inschrijving in het Vreemdelingenregister (BIVR) kan bekomen (bv. in het kader van de procedure slachtoffer mensenhandel of in het kader van een aanvraag 9<sup>ter</sup> of 9<sup>bis</sup>...)
- als de persoon zich heeft aangeboden om een verblijfsdocument, verblijfs- of vestigingsvergunning of EG-verblijfsvergunning voor langdurig ingezetene waarop hij recht heeft te ontvangen (art. 119 van het K.B. van 08.10.1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen) (8<sup>ste</sup> hokje).

Omwille van het feit dat de gemeenten in bepaalde situaties geen bijlage 15 uitreiken, in afwachting dat de elektronische verblijfskaart A of B wordt uitgereikt, kan aanvaard worden dat de volgende documenten in aanmerking genomen worden, voor de erkende vluchtelingen en voor de personen aan wie het statuut van subsidiair beschermde werd toegekend:

Bij erkenning of toekenning door het Commissariaat-generaal voor de vluchtelingen en staatlozen (CGVS)

7. [Het Hof van Justitie van de Europese Unie veroordeelde beginsel “dat het uitblijven van een beslissing binnen de termijnen gelijkstaat met een positieve beslissing met betrekking tot gezinshereniging met een onderdaan van een derde land of met een burger van de Unie”.](#)
8. [Het gebruik van het 3<sup>de</sup> hokje van de bijlage 15 voor de inschrijving van gerechtigden in de hoedanigheid van resident is nog in onderzoek met de DVZ.](#)

- de bijlage 25 of 26 (of *25bis* of *26bis*) in combinatie met een brief met de erkenningsbeslissing of toekenningbeslissing van het CGVS.

Bij erkenning of toekenning door de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen en op voorwaarde dat er binnen de voorziene beroepstermijn van 30 dagen geen cassatieberoep werd ingediend bij de Raad van State of, indien er wel beroep is ingediend, op voorwaarde dat dit beroep verworpen werd.

- het attest van immatriculatie of de bijlage 25 of 26 (of *25bis* of *26bis*), in combinatie met het arrest tot erkenning of toekenning van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen dat definitief is geworden. Dit impliceert dat de verzekeringsinstellingen het wachtregister kunnen inzien om vast te stellen of er een cassatieberoep bij de Raad van State is ingediend.

Naar aanleiding van het akkoord over de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland uit de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie zijn de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, alsmede het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 gewijzigd.

Met deze wijzigingen in wet- en regelgeving werden nieuwe documenten en verblijfsvergunningen ingevoerd. Dit zijn “bijlage 56”, “bijlage 57”, de “M-kaart” en de “N-kaart”. Deze 4 types documenten en verblijfsvergunningen mogen worden gebruikt voor de inschrijving van gerechtigden in de hoedanigheid van resident.<sup>9</sup> De formulieren voor de bijlagen 57 en 56 zijn te vinden in de bijlage van deze omzendbrief met volgnummer 11.

## 4. Kinderen met een vluchtelingenstatuut

Een papieren identiteitsbewijs kan in combinatie met een bewijs van de erkende vluchtelingenstatus worden gebruikt voor de inschrijving van kinderen met een vluchtelingenstatuut in de hoedanigheid van resident.

- alle vreemdelingen jonger dan 12 jaar (en op voorwaarde dat zij legaal in het land verblijven) ontvangen het identiteitsbewijs zoals bedoeld in het Koninklijk besluit van 10 december 1996 betreffende de verschillende identiteitsbewijzen voor kinderen jonger dan 12 jaar
- vreemdelingen van 12 jaar en ouder (legaal in het land verblijvend) krijgen ter identificatie de documenten uitgereikt waarin wordt voorzien door de wet van 15 december 1980 en het koninklijk besluit van 8 oktober 1981.

## V. Bewijsmodaliteiten uitsluitingssituaties

### 1. Inleiding

Bij de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde resident krachtens artikel 32, eerste lid, 15° GVVU-wet moeten de verzekeringsinstellingen onderzoeken of de persoon in kwestie *niet recht heeft of kan hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging*.

Voor de verzekeringsinstelling is het niet altijd evident na te gaan of in een bepaalde situatie de persoon al dan niet uitgesloten wordt van de hoedanigheid van gerechtigde resident (omdat ze een recht heeft of kan hebben krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling), in het bijzonder in een internationale context.

In dit deel van de omzendbrief “Bewijsmodaliteiten voor de inschrijving in de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister” worden de bewijsmodaliteiten met betrekking tot deze uitsluitingsgronden beschreven.

9. <https://dofi.ibz.be/sites/dvzoe/NL/Brexit/Paginas/Brexit-2.aspx>.

## 2. Diplomatiek personeel en personeel van in België gevestigde internationale organisaties

### Diplomaten en daarmee gelijkgestelden:

- het in België geaccrediteerd personeel van diplomatieke en consulaire missies (zij die houder zijn van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken) kan vanaf 1 september 2013 als dusdanig niet meer ingeschreven worden als “ingeschrevenen in het Rijksregister”.

Op het inschrijvingsformulier zal de sociaal verzekerde moeten verklaren of hij al dan niet houder is van de voormelde bijzondere identiteitskaart, zodat de verzekeringsinstelling deze personen kan detecteren

- personeelsleden van ambassades of consulaten die wel ingeschreven zijn in het Rijksregister en niet in het bezit zijn van een bijzondere identiteitskaart uitgereikt door de Directie Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken vallen buiten het toepassingsgebied van de voormelde uitsluiting en kunnen derhalve ingeschreven blijven of worden als gerechtigde resident, evenwel op voorwaarde dat ze geen recht op geneeskundige verzorging hebben of kunnen hebben op basis van een regeling in hun land van herkomst (art. 32, tweede lid GVVU-wet).

Het bewijsstuk voor deze personen is hun bijzondere identiteitskaart. De Dienst Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking levert bijzondere identiteitskaarten (“protocolkaarten<sup>10</sup>”) af op basis van het Koninklijk besluit van 30 oktober 1991<sup>11</sup>. Deze bijzondere identiteitskaarten staan niet in de lijst van het Koninklijk besluit van 14 januari 2013 ter uitvoering van het Wetboek van de Belgische nationaliteit (WBN).

### Bepaald personeel van internationale organisaties

Personeel van internationale organisaties zijn hetzij aan de RSZ onderworpen werknemers hetzij genieten zij van een eigen stelsel. Diegene die van een eigen stelsel genieten, zijn uitgesloten om als resident ingeschreven te worden. De aan RSZ onderworpen werknemers bij internationale organisaties vallen op basis van hun onderwerping aan de RSZ onder de voorwaarden van artikel 32 1<sup>o</sup> van de GVVU-wet.

## VI. Opmerking in verband met de gezinshereniging

Krachtens de artikelen 10, § 2, tweede lid, 10bis, §§ 1, 2 en 3, 40bis, § 4, tweede lid, en 40ter, tweede lid, van de wet van 15 december 1980 moet elke persoon die een gezinshereniging aanvraagt het bewijs leveren dat de vreemdeling of de Belg bij wie hij zich komt voegen over een ziektekostenverzekering beschikt die de risico's in België voor hem en zijn familieleden dekt.

In het kader van de voormelde reglementering wordt een formulier vereist dat het mogelijk recht op de geneeskundige verzorging van de in aanmerking komende personen attesteert.

10. De bijlage met volgnummer 7 is de Protocolgids Immuniteten en Voorrechten van de FOD Buitenlandse Zaken. Deze protocolgids bevat praktische informatie over alle aspecten die vallen onder de bevoegdheden van de Dienst P1 “voorrechten en immuniteten” van de Directie Protocol: de levering van speciale identiteitskaarten, de immuniteten en (fiscale) voorrechten, de beveiliging van de gebouwen van de missies, de CD-kentekenplaten en rijbewijzen. Meer informatie over de types identiteitsbewijzen staan opgenomen in de bijlage bij deze omzendbrief met volgnummer 9. Dit is een document van de FOD Binnenlandse Zaken, Directie Instellingen en Bevolking.

11. Sommige personen met een bijzondere identiteitskaart zoals privé bedienden in dienst van diplomatieke of consulaire agenten die een land vertegenwoordigen waarmee België verbonden is door een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid zijn cfr. omzendbrief diplomaten onderworpen aan RSZ. Voor hen gelden dezelfde regels als voor personeel van internationale organisaties.

Dit attest is beschikbaar op de site van de dienst vreemdelingenzaken van de FOD Binnenlandse Zaken (*attest mutualiteit*). Zie bijlage aan de omzendbrief met volgnummer 6.<sup>12</sup>

De bijlagen gevoegd bij deze omzendbrief zijn gepubliceerd op de website van het RIZIV –



[http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere\\_professionals/ziekenfonds/Paginas/Omzendbrief-zielenfonds-dac.aspx](http://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere_professionals/ziekenfonds/Paginas/Omzendbrief-zielenfonds-dac.aspx)



Omzendbrief V.I. nr. 2021/139 – 2299/11 van 10 mei 2021.

12. Hier niet gepubliceerd.



# VI. Gegevensstromen in het raam van de systematische controle op het recht op de verhoogde tegemoetkoming in het jaar 2021.

## Inleiding:

Deze omzendbrief behandelt de inkomstencontrole bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 (K.B. van 15.01.2014) 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 (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-codes<sup>1</sup> betreffende het aanslagjaar 2020 (inkomsten van het jaar 2019) 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 (art. 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 de 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 inkomensituatie van het V.T.-gezin te onderzoeken en het recht op V.T. daaropvolgend te kunnen verlengen of stop te zetten.

1. In bijlage 2 staat de lijst met de IPCAL-codes die worden opgevraagd bij de FOD Financiën voor het controlejaar 2021. Het zijn de inkomsten uit het jaar 2019, met aanslagjaar 2020, 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. 2020/118 van 29.04.2020 betreffende "Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten".

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.<sup>2</sup> 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.

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 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand<sup>3</sup>
- op 1 januari 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referentieperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 K.B. 15.01.2014)
- op 1 januari 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, die dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand openden met een referentieperiode 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.

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

3. Dit zijn de gezinnen wiens V.T.-recht werd geopend op basis van een hoedanigheid en die gans het jaar 2019 recht hebben gehad.

## 2.2 Gebruik van het aanvraagnummer

Het aanvraagnummer bestaat uit de elementen verzekeringsinstelling + jaar + INSZ-aanvrager<sup>4</sup>. Dit jaar is het jaar waarin het bestand wordt doorgestuurd. Binnen het kader van deze omzendbrief is het jaar van uitwisseling het jaar 2021.

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 proces<sup>5</sup> 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 verstuurt 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 2021 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 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand
- op 1 januari 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referterperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 K.B. 15.01.2014)
- op 1 januari 2021 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand openden met een referterperiode van een jaar en die het voorgaande jaar een verlenging kregen na de systematische controle (art. 46 K.B. 15.01.2014).

De rechthebbenden met een uitloprecht 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 2021<sup>6</sup>. 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.

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

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.<sup>7</sup>

### 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<sup>8</sup>
- 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 inkomstgegevens 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 2021 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 2021. 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 2021 (art. 37 § 3 K.B. 15.01.2014). Het NIC verstuurt de informatie naar de verzekeringsinstelling van de aanvrager via de NIC-filter.

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.

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.

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.

## 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 2021 is 2019. Het inkomstenjaar 2019 is ook gekend als het aanslagjaar 2020.

Voor het inkomstenjaar voor de systematische controle in 2021 wordt het gemiddeld grensbedrag van 2019 gebruikt.

De inkomensgrens die van toepassing is, is vastgesteld op 19.335,92 EUR verhoogd met 3.579,60 EUR per bijkomende persoon in het gezin (art. 21 van het K.B. van 15.01.2014).

Gemiddeld grensbedrag van het jaar 2019	
Basisgrensbedrag	Bedrag per bijkomend gezinslid
19.335,92 EUR	3.579,60 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.)

Verskillende 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 2021 worden opgevraagd voor het inkomensjaar 2019. In deze bijlage staat ook aangeduid op welke wijze de dienst op basis van de meegedeelde inkomsten het totaal gezinsinkomen berekent<sup>9</sup> (zie punt 4.4).

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 (niet gepubliceerd) van 01.03.2019 betreffende “Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten”.

### 4.3 Beschikbaarheid van de inkomsten

Als de FOD Financiën in de databank TAXI-AS beschikt over inkomensgegevens voor een rechthabende 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.

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 rechthabende 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 2021 is het aanslagjaar 2020, want de inkomsten 2019 hebben als aanslagjaar 2020. Dus de rechthabenden die op 1 januari 2020 jonger zijn dan 18 jaar en ongekende inkomsten hebben in de controle van 2021, 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 zijn<sup>10</sup>, 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 2021 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.

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



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 van de 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 te worden gehouden.

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.

## 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 2021 is dat dus voor 1 mei 2022.

Op basis van de informatie ontvangen in de Syst\_04 en van 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 inkomstvoorwaarden voldoet voor het jaar waarop die informatie betrekking heeft, (in dit geval voor het controlejaar 2021), wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming verlengd tot 31 december 2022.

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 2021. Ook als er voor één of meer gezinsleden geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën, wordt de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken op 31 december 2021 (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 2022, 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 2022 als de nieuwe verklaring op erewoord wordt ingediend tussen 1 oktober 2021 en voor 1 april 2022.

In gevallen waar de verzekeringsinstelling het recht toekent vanaf 1 januari 2022 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 volledig<sup>11</sup> is (ontbrekende bewijsstukken, nog geen handtekening) voor 20 maart 2022, 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 2022 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).

## 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 2021 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 2021. 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 2021 stuurt de DAC het bestand SYST\_04 naar de V.I..

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

Volgens de fiscale gegevens is het inkomensplafond overschreden. Naar aanleiding van de systematische controle wordt het recht op V.T. stopgezet op 31 december 2021. 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 2021 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 2021. 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 2021 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 2021.

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 2020 en de stroom SYST\_04 van de systematische controle in 2020 wordt daarna verstuurd (vb. In juli 2021) en op basis van deze informatie blijkt dat het inkomstenplafond 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 2021 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. Teneinde 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-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

## 7. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief geldt voor de systematische controle in 2021.



Omsendbrief V.I. nr. 2021/142 – 3991/333 van 17 mei 2021.

# VII. Opmaak van de statistieken van de gegevensstromen waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming kunnen identificeren in het jaar 2021

## 1. Inleiding

Deze omzendbrief beschrijft de praktische afspraken met betrekking tot de statistieken over de proactieve gegevensuitwisseling in het kader van de verhoogde tegemoetkoming (V.T.). Deze proactieve gegevensuitwisseling wordt beschreven in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de opmaak van de statistieken betreffende de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van de detectiestroom proactieve gegevensuitwisseling.

## 2. Doel van de statistieken proactieve gegevensuitwisseling

Deze omzendbrief werkt artikel 7 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (V.T.) verder uit. In dat artikel wordt vastgelegd dat de V.I. gegevens betreffende de proactieve stroom naar de Directie controle en beheer van Toegankelijkheidsgegevens (Directie ACCES) van de DAC stuurt. In het bijzonder wordt er gesproken van het aantal bijkomende aanvragen en bijkomende toekenningen van de V.T. als gevolg van de proactieve stroom. De Directie ACCES bepaalt in deze omzendbrief welke gegevens moeten worden bezorgd, alsook de regels voor het doorsturen daarvan.

Om de resultaten van de proactieve flux te kunnen opvolgen werd deze uitwisseling van geaggregeerde statistieken tussen V.I. en RIZIV ingesteld. Deze cijfers maken het mogelijk een evaluatie te verwezenlijken van de maatregel en diens impact.

## 3. Technische procedure

Jaarlijks sturen de V.I. een rapport op betreffende de verwerking van de proactieve flux. Het is de beherende V.I. uit de gegevensuitwisseling proactieve flux (zie omzendbrief V.I. n° 2021/151<sup>1</sup> van 19.05.2021) die verantwoordelijk is voor de opname van een gezin en zijn leden in deze statistieken.

1. Niet gepubliceerd.

De modaliteiten van de verwerking van de proactieve flux worden weergegeven in diezelfde omzendbrief. Kort samengevat, de V.I. nemen contact op met de gezinnen waarvan het gezinsinkomen volgens de berekening bij de Directie ACCES op basis van de inkomensgegevens van bij de FOD Financiën onder het V.T.-plafond liggen. Met andere woorden, ze contacteren de gezinnen waarvoor ze antwoordcode OK ontvingen.

De resultaten van deze contactnames worden weergegeven in de tabel in bijlage 1 van deze omzendbrief. Deze tabel geeft eerder een algemeen beeld van de resultaten van de contactnames naar aanleiding van de proactieve flux, zonder veel detail. De tabel geeft een overzicht van het aantal gecontacteerde gezinnen en verzekerden binnen deze gezinnen en geeft weer hoeveel hiervan het recht op de V.T. openen.

Voor elk van de gecontacteerde gezinnen wordt vervolgens bijgehouden wie het recht op de V.T. openen of niet openen. Er is een tabel met de resultaten op gezinsniveau enerzijds (tabel in bijlage 2) en een tabel met de aantallen verzekerden individueel anderzijds (tabel in bijlage 3). De resultaten in deze tabellen worden onderverdeeld in de 6 categorieën. De categorieën geven aan of een recht op V.T. werd toegekend of niet en waarom. Er werden 4 redenen onderscheiden waarom een recht niet kon worden toegekend en 2 waarom dit wel mogelijk bleek. Deze 6 categorieën worden in het volgende deel van de omzendbrief inhoudelijk gespecificeerd.

Alle leden van eenzelfde gezin bevinden zich in de statistieken in dezelfde categorie. Op deze regel bestaat 1 uitzondering namelijk de kinderen met een eigen, automatisch recht op de V.T. Deze kinderen kunnen een recht op de V.T. hebben geopend zonder dat de andere leden van het gezin dat werd opgenomen in de proactieve flux een recht openen op de V.T.

De V.I. sturen het rapport (bestaande uit tabellen 1, 2 en 3) met de statistieken van de proactieve gegevensstroom ten laatste door op 5 november van het jaar volgend op de gegevensuitwisseling. Zo versturen de V.I. de rapporten voor de proactieve flux 2021 door ten laatste op 5 november 2022.

De statistieken worden via mail (in Excel-formaat) verstuurd naar het algemeen mailadres van de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens, met name



[dac-aces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-aces@riziv-inami.fgov.be)

De templates voor de 3 tabellen<sup>2</sup> bevinden zich in bijlage bij deze omzendbrief.

## 4. Inhoudelijke toelichting

Hieronder volgt een toelichting die moet toelaten om de gezinnen in de juiste categorie te klasseren. Deze specifieke onderverdeling is van toepassing voor tabellen 2 en 3 die zich in bijlage bevinden.

2. Hier niet gepubliceerd.

**De gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag en die naar aanleiding van de verdere verwerking van de resultaten van de proactieve flux geen recht openen op V.T. worden opgedeeld in 4 groepen:**

#### **Categorie 1**

**Gezinnen zonder recht op V.T. volgend op de verwerking van de proactieve flux en waarvoor geen VOE werd gevraagd omdat de gezinssamenstelling wijzigde**

De 1e categorie betreft de gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lagen, maar wiens gezinssamenstelling zoals bepaald binnen de V.T.-reglementering ondertussen gewijzigd is. Door deze wijziging dienen deze gezinnen niet meer gecontacteerd te worden door de V.I. volgens de afspraken uit omzendbrief V.I. 2020/151 van 28 mei 2020.

De wijziging gezinssamenstelling kan verschillende oorzaken hebben: bijvoorbeeld echtscheidingen of kinderen ten laste die in de tussentijd zelf gerechtigde zijn geworden. Ook wanneer een persoon overlijdt, is er sprake van een wijziging gezinssamenstelling.

Gezien voor de opmaak van de lijst met gezinnen voor de proactieve stroom soms wordt gewerkt met fictieve gezinnen, namelijk indien het gezin niet met zekerheid vastgesteld kan worden is het risico dat de gezinssamenstelling achteraf niet correct is aanzienlijk.

#### **Categorie 2**

**Gezinnen zonder recht op V.T. volgend op de verwerking van de proactieve flux vanwege de vrijheid voor de V.I. om personen niet te contacteren op basis van andere beschikbare gegevens**

De 2e categorie betreft gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag en voor wie de V.I., op basis van andere informatie, beschikken over gegevens die erop wijzen dat het gezinsinkomen het V.T.-plafond bereikt of overschrijdt. Met deze gezinnen dienen de V.I. volgens de afspraken uit de omzendbrief V.I. n° 2020/151 van 28 mei 2020 geen contact op te nemen.

De V.I. tellen voor de gezinnen die ze naar aanleiding van de resultaten van de bevraging van de FOD Financiën moeten contacteren de waarde van de bijdragebonds van alle gezinsleden op. Op die manier kan de V.I. nagaan of die waarde al dan niet leidt tot een uitsluiting van de proactieve flux. Gezinnen waarvan op basis van de bijdragebonds één of meerdere gezinsleden over inkomsten beschikken die hoger zijn dan het grensbedrag dat in het kader van dit hoofdstuk van toepassing is voor een gezin bestaande op basis van zijn werkelijke gezinssamenstelling moeten niet worden gecontacteerd. De projectie op jaarlijkse basis van de afzonderlijke bijdragebonds geeft namelijk aan dat het grensplafond overschreden zou worden.

Daarnaast worden in deze categorie ook de gezinnen opgenomen waarvan de leden muteerden naar een andere V.I., en die hierdoor niet meer gecontacteerd kunnen worden.

#### **Categorie 3**

**Gezinnen zonder recht op V.T. volgend op de verwerking van de proactieve flux door overschrijding van plafond bij VOE**

Een 3de categorie betreft de gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag met wie de V.I. contact opneemt en die zich aanmelden voor een inkomstenonderzoek, maar waarvan blijkt dat het gezinsinkomen het V.T.-plafond overschrijdt.

Deze overschrijding van het gezinsplafond kan door de V.I. worden vastgesteld na een inkomensonderzoek. De gezinsinkomen worden verklaard op basis van een verklaring op erewoord (VOE).

#### **Categorie 4**

##### **Gezinnen zonder recht op V.T. volgend op de verwerking van de proactieve flux wegens geen reactie van de verzekerde met het potentieel recht op de V.T.**

Een 4de categorie betreft gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag waarvoor geen recht kon worden onderzocht noch toegekend, wegens het gebrek aan reactie bij contactname door de V.I.. Gezien het gezin zich niet komt aanbieden voor een inkomstenonderzoek, kan er onmogelijk een recht worden toegekend, zelfs indien het gezin in praktijk aan de inkomstenvoorwaarden zou voldoen.

Ook indien een VOE niet afgewerkt wordt binnen de voorziene termijn door de verzekerde dient deze verzekerde te worden geklasseerd in categorie 4. Het is immers de verantwoordelijkheid van de verzekerde om deze actie tot het einde te voltooien.

Een gezin met een onvolledige verklaring op erewoord of het overschrijden van de vooropgestelde termijn van 2 maanden om een VOE af te werken (Art. 29 K.B. van 29.01.2014) behoort dus eveneens tot deze categorie.

De resultaten op niveau van de gezinnen worden weergegeven in tabel 3 en deze op niveau van het aantal verzekerden in deze gezinnen in tabel 2.

**De gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag die naar aanleiding van de verdere verwerking van de resultaten van de proactieve flux wel een recht openen op V.T. worden opgedeeld in 2 groepen:**

#### **Categorie 5**

##### **Opening van recht op V.T. op basis van verklaring op eer (VOE)**

De 5de categorie bestaat uit de gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag maar die nadien wel recht op V.T. openden op basis van een inkomstenonderzoek.

Deze gezinnen voldoen dus aan 3 voorwaarden: Ze bevonden zich in de proactieve flux, naar aanleiding van deze flux hadden ze een potentieel recht op de V.T. en openden ze hun recht op de V.T. op basis van een inkomstenonderzoek. Indien aan deze 3 voorwaarden wordt voldaan, dienen ze in deze categorie te worden opgenomen.

Er is geen absolute zekerheid dat mensen die hun verklaring indienden dit doen net omwille van contactnames door de V.I. naar aanleiding van de proactieve flux.

#### **Categorie 6**

##### **Automatisch recht op V.T.**

Een 6de categorie is deze van gezinnen die werden geïdentificeerd als potentieel rechthebbend op de V.T. omdat hun gezinsinkomen in de proactieve flux onder het V.T.-plafond lag maar die nadien wel recht op V.T. openden op basis van een voordeel.

Indien een titularis een sociaal voordeel geniet, geniet ook zijn gezin van dit recht en dient zowel de persoon als het gezin opgenomen te worden in de statistieken. Indien een persoon ten laste een sociaal voordeel geniet, dient deze opgenomen te worden in de statistieken als persoon. Zijn gezin dient echter niet in de statistieken per gezin, voor deze categorie, opgenomen te worden op basis van dit toegekend recht aan de persoon ten laste.

## 5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking vanaf de dag van de publicatie.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/167 – 3991/336 van 8 juni 2021.



VIII. Lijst van de stukken, bescheiden of gegevens die bewaard moeten worden door de verzekeringsinstellingen overeenkomstig de termijnen of voorwaarden, voorgeschreven door de wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en de uitvoeringsbesluiten, in toepassing van artikel 329*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Deze omzendbrief annuleert en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2005/299<sup>1</sup> van 29 september 2005.

Artikel 329*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat, na advies van de technische commissie, de dienst voor administratieve controle, de lijst van de stukken, bescheiden of gegevens bepaalt die moeten bewaard worden door de verzekeringsinstellingen, overeenkomstig de termijnen of voorwaarden, voorgeschreven door de bedoelde gecoördineerde wet en de uitvoeringsbesluiten.

1) Lijst van de te bewaren stukken, bescheiden of gegevens:

Als enige bijlage<sup>2</sup> van huidige omzendbrief volgt de lijst, per onderwerp, van de stukken, bescheiden of gegevens die moeten bewaard worden door de verzekeringsinstellingen.

2) Verantwoordelijkheid:

De verzekeringsinstelling is verantwoordelijk voor de stukken, bescheiden of gegevens die ze zelf moet bewaren, of die bewaard moeten worden door de vertegenwoordigde mutualistische federaties.

3) Bewaartermijnen:

a) Principe:

De lijst in bijlage herneemt de specifieke bewaartermijnen voor elk type stuk, document of gegeven, ongeacht het bewaarformaat (papier of elektronisch).

1. Niet gepubliceerd in het I.B.

2. Hier niet gepubliceerd.

De bewaartermijnen van de stukken worden bepaald op basis van hun finaliteiten en de specifieke wettelijke bepalingen die erop van toepassing zijn.

#### b) Startpunt van de bewaartermijn:

De begindatum van de bewaartermijnen voor de bovenvermelde stukken, documenten of gegevens is vastgesteld op 1 januari van het jaar volgend op de gebeurtenis die aanleiding gaf tot deze termijnen.

Elke lijst van de stukken, documenten of gegevens geeft het startpunt van de bewaartermijn aan.

#### c) Verlenging van de bewaartermijn:

In toepassing van artikel 329<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 moeten de documenten worden bewaard verder dan de termijnen voorzien door de huidige omzendbrief:

- op uitdrukkelijk verzoek of ingevolge de vaststelling door een van de twee controlediensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering<sup>3</sup>
- In de zaken die het voorwerp uitmaken van een geschil voor een rechtbank.

#### d) Einde van de bewaringstermijn:

Eenmaal de bewaartermijn is verstreken, kunnen de stukken, documenten en gegevens die voorkomen in de bijlage bij huidige omzendbrief, worden vernietigd, tenzij een uitzondering werd voorzien in andere regelgeving<sup>4</sup>, ongeacht het bewaarformaat (op papier of elektronisch).

### 4) Stukken, bescheiden of gegevens bewaard bij het RIZIV:

De stukken, bescheiden of gegevens die afkomstig zijn van het RIZIV of die door de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt in toepassing van een wet, een besluit, een verordening of een omzendbrief en die bij het RIZIV worden bewaard, vallen niet onder de huidige omzendbrief.

### 5) Administratiekosten en terugvorderingen:

#### a) Verhoging van de administratiekosten (art. 195 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994):

De verzekeringsinstellingen die de teruggevorderde bedragen inschrijven op de lijsten bedoeld in paragraaf twee van artikel 195 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voormeld zijn ertoe gehouden om de stukken, bescheiden of gegevens te bewaren zo lang als nodig tot de bedragen zijn ingeschreven op de voorvermelde lijsten, onafhankelijk van de bewaartermijn voorzien in huidige omzendbrief. Hetzelfde geldt voor de bewijzen van aftrek van de bedragen op deze lijsten.

3. Gegevens met betrekking tot de bevindingen van het DAC moeten worden bewaard totdat het onverschuldigde bedrag is goedgekeurd of de toeslag is betaald. De DGEK van haar kant, stuurt aan de V.I. lijsten van documenten die niet langer bewaard hoeven te worden voor haar onderzoeken.

4. Vgl. pt.9 hierboven en de verplichtingen van het HZIV en de Hulpkas van geneeskundige verzorging van HR Rail ten aanzien van de Archieven van het Koninkrijk.

## b) Terugvordering van ten onrechte betaalde bedragen (art. 164 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994):

De stukken, bescheiden of gegevens met betrekking tot de terugvordering van een onverschuldigde betaling dienen aanwezig te blijven in het dossier zolang de onverschuldigde betaling niet werd teruggevorderd, of ten laste genomen van de administratiekosten of een vrijstelling boeking administratiekosten werd toegekend, **ongeacht de duur van de bewaring ervan voorzien in de huidige omzendbrief.**

## 6) Modaliteiten van het bewaren:

De huidige omzendbrief heeft niet tot voorwerp een specifieke bewaarmethode op te leggen aan de verzekeringsinstellingen: deze behouden de vrijheid om de vorm te kiezen waaronder ze de stukken bescheiden of gegevens voorkomend op de lijst in bijlage bewaren.

### a) Papieren drager:

De stukken, bescheiden of gegevens die de verzekeringsinstellingen op papier toekomen kunnen als dusdanig worden bewaard.

### b) Digitalisering van papier en bewijswaarde:

In toepassing van artikel 329quater van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden de te bewaren stukken, bescheiden en gegevens, in toepassing van artikel 329bis, die initieel bewaard werden op een papieren drager, bewaard worden of gereproduceerd op een andere drager, door middel van fotografische, optische, elektronische of elke andere techniek, overeenkomstig de voorwaarden voorzien door het koninklijk besluit van 7 december 2016 met betrekking tot de bewijskracht van gegevens die worden verwerkt door instellingen van sociale zekerheid.

Bijgevolg, alle elementen opgenomen in bijlage van de huidige omzendbrief kunnen bij ontvangst worden gescand indien de verzekeringsinstelling dit nuttig acht voor zijn organisatie, onder de voorwaarden en volgens de procedures bepaald in het koninklijk besluit van 7 december 2016. De stukken of documenten, aanvankelijk ontvangen op papieren drager door de verzekeraars en die voor de inwerkingtreding van deze omzendbrief werden gedigitaliseerd, vallen niettemin binnen het toepassingsgebied ervan.

### c) Overdracht *ab initio* van sociale gegevens via elektronische weg:

De gegevens die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de sociale zekerheid kunnen direct worden overgemaakt via elektronische weg, met dezelfde bewijswaarde, alsof ze op een papieren drager werden medegedeeld, via de Kruispuntbank of niet. Hetzelfde geldt voor de reproductie op een leesbare drager.

Inderdaad, artikel 14bis van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid bepaalt dat: "De sociale gegevens die met tussenkomst van de Kruispuntbank op een elektronische wijze worden meegedeeld door of aan instellingen van sociale zekerheid of personen tot wie het geheel of een deel van de rechten en verplichtingen die voortvloeien uit deze wet en haar uitvoeringsmaatregelen met toepassing van artikel 18, werd uitgebreid alsook hun weergave op een leesbare drager, **hebben dezelfde bewijswaarde als ze zouden hebben indien ze op een papieren drager waren meegedeeld.**"

De sociale gegevens die zonder tussenkomst van de Kruispuntbank op een elektronische wijze worden meegedeeld door of aan instellingen van sociale zekerheid in de gevallen bedoeld in artikel 14, eerste lid, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 5<sup>o</sup>, alsook hun weergave op een leesbare drager, **hebben dezelfde bewijswaarde als ze zouden hebben indien ze op een papieren drager waren meegedeeld.**”

Bijgevolg, dienen sociale gegevens verzameld door de verzekeringsinstellingen via een stroom of dankzij welk danige elektronische communicatie, en die noodzakelijk zijn voor de toepassing van de reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bewaard worden onder een **leesbare** vorm, met name teneinde ter beschikking gesteld te kunnen worden aan de controlediensten van het RIZIV, op vraag van deze laatsten. Elektronische informatie of gegevens die worden uitgewisseld via bepaalde platforms die niet door de verzekeringsinstellingen worden beheerd (zoals RINA,...), blijven evenwel buiten het toepassingsgebied van deze omzendbrief. Dit punt zal opnieuw worden gezien in het licht van latere technische ontwikkelingen met betrekking tot deze platforms. Daarentegen, dezelfde informatie of gegevens bestaande op papieren drager, vallen wel onder de huidige omzendbrief.

#### d) Andere vormen van bewaring:

Het bewaren van stukken, bescheiden of gegevens op een andere wijze dan op papier of onder elektronisch formaat (bijvoorbeeld op een magnetische band) is niet verboden door de reglementering maar de digitale bewaring van deze gegevens (met bewijskracht, overeenkomstig het K.B. van 07.12.2016) als prioritaire en standaardwijze van bewaring heeft de voorkeur. Een niet-gestandaardiseerde bewaringsmethode, als deze nog wordt gebruikt, kan op geen enkele manier de beschikbaarheid van een stuk, bescheid of gegeven verhinderen.

### 7) Persoonsgegevens:

#### a) Stukken, bescheiden of gegevens die persoonsgegevens bevatten:

De regels vastgesteld door huidige omzendbrief gelden zonder afbreuk te doen aan de rechten gewaarborgd aan de sociaal verzekerden door de VERORDENING (EU) 2016/679 VAN HET EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD van 27 april 2016 (“GDPR”), alsook de wetten van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens en van 5 september 2018 tot oprichting van het informatieveiligheidscomité en tot wijziging van diverse wetten betreffende de uitvoering van VERORDENING (EU) 2016/679 van 27 april 2016 van het EUROPEES PARLEMENT EN DE RAAD betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens.

Meer in het bijzonder is het recht op uitwissing voorzien in artikel 17 van voornoemde Verordening niet van toepassing tijdens de periode van de bewaring van het betrokken stuk, document of gegeven, deze bewaarplicht vormt een wettelijke uitzondering op de uitoefening van het recht op uitwissing.

#### b) Stukken, bescheiden of gegevens die geen persoonsgegevens bevatten:

De stukken die geen persoonsgegevens bevatten vallen niet onder de verplichtingen opgelegd door Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (“GDPR”). Niettemin, ten einde gelijkvormigheid na te streven in de van toepassing zijnde bepalingen, zijn de bewaringsregels opgenomen in huidige omzendbrief op dezelfde wijze van toepassing als voor stukken, bescheiden of gegevens die wel persoonsgegevens bevatten.

## 8) Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen:

Artikel 195, § 1, 2<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, laat aan de Koning toe om het toekennen van het variabel gedeelte van de administratiekosten van elke verzekeringsinstelling te laten afhangen van de wijze waarop deze zijn wettelijke opdracht volbrengt. Artikel 3 van het koninklijk besluit van 10 april 2014 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen voert een nieuw systeem van financiële responsabilisering van de verzekeringsinstelling in met betrekking tot het variabel bedrag van hun administratiekosten via een evaluatie in een reeks van evaluatiedomeinen die ieder jaar worden vastgelegd door het RIZIV en de CDZ voor elke verzekeringsinstelling.

In tegenstelling tot de bijlage II van de omzendbrief nr. 2005/299 van 29 september 2005, regelt huidige omzendbrief niet langer de termijnen van overdracht van boekhoudkundige stukken aan de diensten van het RIZIV in het kader van het uitvoeren van doelstellingen van beheer en controle. Inderdaad, artikel 318, 4<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 met de administratieve sanctie in geval van laattijdig afleveren van documenten werd opgeheven en de nieuwe artikelen 329*bis* tot 329*quater* van hetzelfde koninklijk besluit hebben enkel betrekking op het bewaren van stukken, bescheiden of gegevens.

Het naleven van de termijnen van overdracht van boekhoudkundige en financiële stukken aan de bevoegde diensten van het RIZIV behoort sinds het inwerkingtreden van het koninklijk besluit van 10 april 2014 voormeld, tot de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen in het kader van de jaarlijks gekozen evaluatiedomeinen met betrekking tot deze problematiek.

## 9) Andere reglementeringen:

Huidige omzendbrief heeft niet tot doel om bewaartermijnen vastgelegd voor andere wetgevingen dan de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en de uitvoeringsbesluiten te regelen, zoals bijvoorbeeld de wetten inzake de fiscale administratie, de controledienst voor de ziekenfondsen, boekhoudkundige verplichtingen,...



### Opmerkingen:

- de reglementering van toepassing op de archieven van de staat is NIET VAN TOEPASSING op de verzekeringsinstellingen, behoudens voor de Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail. Dit betekent dat de Algemeen Rijksarchivaris of zijn gemachtigden geen toezicht en beheer uitoefenen op documenten van verzekeringsinstellingen, **zodat de documenten kunnen vernietigd worden zonder voorafgaandelijke toestemming** van de Algemeen Rijksarchivaris of zijn gemachtigden, met uitzondering van de Hulpkas voor Ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.
- de huidige omzendbrief heeft geen betrekking op de stukken, documenten of gegevens opgenomen in de omzendbrief CDZ 08/10/D1 van 21 oktober 2008.

## 10) Verlies of vernietiging van archieven wegens overmacht:

De verzekeringsinstelling is niet verantwoordelijk voor het verlies of de vernietiging van stukken, documenten of gegevens indien dit verlies of deze vernietiging plaatsvindt om een externe reden die buiten de wil van de verzekeraar ligt en die hij niet had kunnen vermijden. De betrokken verzekeringsinstelling moet de Dienst voor administratieve controle op de hoogte brengen van zodra hij kennis heeft van de schade. Deze situaties worden vastgesteld door een sociaal inspecteur van de Dienst Administratieve Controle die de feiten vastlegt in een proces-verbaal, met in de bijlage een korte omschrijving van de vernietigde elementen. Een kopie van dit proces-verbaal en de bijlage wordt ter validatie naar de leidend ambtenaar van de DAC gestuurd, naar de V.I. en, indien van toepassing, naar de DGEC.

## 11) Sanctie:

In geval van inbreuk op de huidige omzendbrief zijn **de bepalingen van artikel 166, paragraaf één, a), van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 in voorkomend geval van toepassing**. Dit betekent dat een geldboete van 1.250 EUR kan worden opgelegd, indien ondanks een waarschuwing, de verzekeringsinstelling niet binnen de maand voldoet aan de verplichting voorzien door de artikelen 150 en 163, om documenten en informatie aan de inspectiediensten van het RIZIV over te maken indien deze diensten dit vragen.

## 12) Actualisering van de lijst:

Een structureel proces van herziening en regelmatige aanpassing van huidige omzendbrief in samenspraak met de verzekeringsinstellingen en de verschillende betrokken diensten van het RIZIV is voorzien, op jaarlijkse basis, dit ten einde na te zien welke verfijningen noodzakelijk zijn.

## 13) Inwerkingtreding:

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 januari 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/178 – 510/53 van 23 juni 2021.

**Redactiecomité**

Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Céline Faufeder  
Mevr. Mélissa François  
Mevr. Nuray Özdemir  
Mevr. Charlotte Lefebvre  
Mevr. Marleen Stevens  
De h. Jonathan Owczarek

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726