

1^e Deel

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



3^{de} trimester 2021

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2021	20.06.2021	De wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, opdat de arbeidsongeschiktheidsregeling kan ingaan vanaf de daadwerkelijke stopzetting van de activiteit wegens arbeidsongeschiktheid

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de periodes van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste vanaf 1 juli 2021 aanvatten, geldt de volgende regeling ingevolge de door deze wet aangebrachte wijzigingen:

- een erkenning van de arbeidsongeschiktheid is steeds mogelijk rekening houdend met de begindatum van de arbeidsongeschiktheid vermeld door de behandelend arts op het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (afschaffing van de maatregel dat de adviserend arts de arbeidsongeschiktheid bij een eerste aangifte ten vroegste kan erkennen vanaf de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts)
- als de periode van erkende arbeidsongeschiktheid aanvangt meer dan veertien dagen vóór de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts, kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen echter slechts ingaan vanaf de veertiende dag vóór deze datum van ondertekening (deze regel geldt niet voor de verlengingen en de hervallen).

! **Uitzondering** : het recht op uitkeringen gaat toch in vanaf de begindatum van de periode van erkende arbeidsongeschiktheid als de adviserend arts oordeelt dat het een situatie van overmacht betreft.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.07.2021	20.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een afdeling XVII ingevoegd in titel II, hoofdstuk I, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- artikel 122^{ter} *tervicies* regelt de samenstelling en de werking van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen

- de commissie stelt een huishoudelijk reglement op waarin de procedures worden gespecificeerd voor het bijeenroepen van leden voor vergaderingen, de samenstelling van de verschillende organen van de commissie en de regels inzake belangenconflicten van leden (art. 122^{quinquies})
- de commissie beraadslaagt geldig wanneer meer dan de helft van de stemgerechtigde leden aanwezig zijn (art. 122^{sexquies})
- het bureau van de commissie kan een beroep doen op deskundigen die belast worden met de evaluaties van de te behandelen dossiers (art. 122^{septuies})
- de leden van de commissie, het secretariaat en de deskundigen behandelen alle inlichtingen waarvan ze naar aanleiding van hun opdracht kennis zouden krijgen, vertrouwelijk (art. 122^{octuies}). De leden van de commissie, van de werkgroepen en de deskundigen moeten het secretariaat ook een schriftelijke belangenverklaring bezorgen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.07.2021	29.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2021-2022) bepaalt dit koninklijk besluit de volgende maatregelen in het stelsel van de werknemers:

- de verhoging van het ZIV-plafond met 1,1% (vanaf 01.01.2022)
- de verhoging van de minimumuitkering gewaarborgd in de vijfde en zesde maand van primaire ongeschiktheid (met ingang van 01.07.2021) en vanaf de vierde tot en met zesde maand van primaire ongeschiktheid (2022) voor de gerechtigden met gezinslast.

Het bedrag van de minimumuitkering voor deze gerechtigden met gezinslast is gelijk aan:

=> het bedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer met gezinslast als de betrokkene de hoedanigheid van regelmatig werknemer heeft;

=> het bedrag van de minimumuitkering voor een niet-regelmatig werknemer met gezinslast als de betrokkene niet de hoedanigheid van regelmatig werknemer heeft.

Gelet op de belangrijke administratieve impact van deze maatregel is een bijzondere betaaltermijn bepaald. Uiterlijk op 1 november 2021 betalen de verzekeringsinstellingen aan de gerechtigden met gezinslast het verschil tussen het toepasselijke bedrag van de minimumuitkering voor een gerechtigde met gezinslast (afhankelijk van hun hoedanigheid van regelmatig werknemer of niet-regelmatig werknemer) en het bedrag van de minimumuitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast voor de periode van arbeidsongeschiktheid die de betaaldatum voorafgaat.

- de verhoging van de minimumuitkering “regelmatig werknemer” voor de gerechtigden met gezinslast met 2,5% en voor de alleenstaande en samenwonende gerechtigden met 2% (met ingang van 01.07.2021)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 0,5% (met ingang van 01.07.2021)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering (exclusief de minima) met 0,95% voor de gerechtigden waarvan de begindatum van de arbeidsongeschiktheid zich bevindt uiterlijk op 31 december 2005 (met ingang van 01.07.2021)

- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2% (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is aangevat in de periode vanaf 1 januari 2016 tot en met 31 december 2016 – ziekte duur van vijf jaar (met ingang van 01.07.2021)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2% (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is aangevat in de periode vanaf 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017 – ziekte duur van vijf jaar (met ingang van 01.01.2022).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.07.2021	07.07.2021	Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling:

- het 1^e lid van artikel 6 wordt aangevuld met een punt e)
- in het 2^e lid van artikel 9 worden de woorden “Onverminderd het vorige lid,” vervangen door de woorden “Onder voorbehoud van artikel 6 en van het eerste lid,”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.09.2021 – Editie 1	29.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 februari 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voorziet in een verlenging in 2021 en 2022 van de schorsing van de herwaarderingsmaatregel van 2% betreffende het bedrag van de invaliditeitsuitkering van een gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid uiterlijk op 31 augustus van het betrokken jaar de duur van 15 jaar bereikt (regeling van de werknemers).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.09.2021 – Editie 1	29.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 237 ^{quinquies} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2021-2022) bepaalt dit koninklijk besluit op de volgende wijze een herwaardering van de jaarlijkse inhaalpremie in het stelsel van de werknemers:

- herwaardering van de inhaalpremie na 1 jaar arbeidsongeschiktheid

De inhaalpremie voor arbeidsongeschikt erkende werknemers die minstens 1 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd in functie van de gezinssituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

Het bedrag van de inhaalpremie verhoogt met:

- => 80 EUR in 2021 voor de gerechtigden met gezinslast;
- => 30 EUR in 2021 en 10 EUR* in 2022 voor de gerechtigden zonder gezinslast.

- herwaardering van de inhaalpremie na minstens 2 jaar arbeidsongeschiktheid

De inhaalpremie voor arbeidsongeschikt erkende werknemers die minstens 2 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd in functie van de gezinsituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald samen met de uitkeringen van de maand mei.

Het bedrag van de inhaalpremie verhoogt met:

- => 80 EUR in 2021 voor de gerechtigden met gezinslast;
- => 30 EUR in 2021 en 10 EUR* in 2022 voor de gerechtigden zonder gezinslast.

* bedrag in functie van de indexcoëfficiënt van toepassing in mei 2021

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.07.2021 – Editie 1	30.05.2021	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

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in 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:

- I. wordt vervangen
- in II wordt 2.1.1 met 3 leden aangevuld
- in II wordt 2.1.2 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.07.2021 – Editie 1	13.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29, § 26, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 29, § 26, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in 2. Specifieke bepalingen en specifieke voorwaarden voor de fabricatie en aflevering, worden de bepalingen onder 2.1, a) vervangen
- in 3.2. Gebruiksdoel, wordt het 4e lid vervangen als volgt
- de bepalingen onder 4.1.1. Voorschrijvers, worden vervangen
- de bepalingen onder 4.1.3., Procedure bij de hernieuwing, worden vervangen
- de bepalingen onder 5. Hernieuwingstermijnen, worden aangevuld met een lid
- de bepalingen onder 6. Cumuls en non-cumuls, worden aangevuld met een lid
- in 7. Herstelling en onderhoud en aanpassing, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> in het 1^e lid, wordt de zin “Voor het jaarlijks onderhoud van de zitorthese en zijn terugbetaalde toebehoren en componenten is een forfait voorzien.” vervangen door de zin: “Voor het jaarlijks onderhoud van de zitorthese en zijn terugbetaalde toebehoren en componenten is een vergoeding voorzien.”;

=> in het 3^e lid, wordt de zin “De tegemoetkoming voor het onderhoud en herstel is een forfait (omniumprincipe). Dit houdt in dat de kosten van het onderhoud en herstel en eventuele aanpassing voor het terugbetaalde gedeelte van de zitorthese, toebehoren en componenten gedekt zijn door dit forfait.” wordt geschrapt;

=> de bepalingen onder 7 worden aangevuld met een lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.07.2021	09.04.2020	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 29 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een correctie aangebracht in artikel 1, 10^o, onder 6. Cumuls en non-cumuls, 1^e lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2021	18.07.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, m), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de Nederlandse tekst wordt in de tweede toepassingsregel na de verstrekking 318253-318264 het woord “geneesheer” vervangen door het woord “arts”
- de zesde toepassingsregel na de verstrekking 318253-318264 wordt opgeheven
- in de zevende toepassingsregel na de verstrekking 318253-318264, wordt het woord “nieren” vervangen door het woord “organen”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.08.2021	18.07.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 21, § 3, 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 paragraaf 3 van artikel 21 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen als volgt: “§ 3. De verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk V, artikel 14, *in littera a*, onder de nummers 220113-220124, *in littera c*, onder de nummers 250176-250180, 250191-250202, 251274-251285, 251296-251300, 251311-251322, 253654-253665, 251355-251366, *in littera f*, onder de nummers 238070-238081, 238092-238103, 238114-238125, *in littera k*, onder de nummers 280770-280781, 275192-275203, worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden verricht door een arts die is erkend als arts-specialist voor dermato-venereologie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.08.2021	30.07.2021	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

Met het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 31, III., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- Wordt 3.2 aangevuld met een lid luidende: “Voor rechthebbenden die zich omwille van medische redenen niet kunnen verplaatsen geeft de arts-specialist voor otorhinolaryngologie op het voorschrift de toestemming om de testen uitzonderlijk thuis (thuisvervangende, tijdelijke of definitieve verblijfplaats) te laten geschieden. De arts-specialist voor otorhinolaryngologie dient hiervoor de medische reden op het voorschrift te vermelden en motiveert deze omstandig in het medisch dossier dat hij bijhoudt. Deze motivering kan door de adviserend arts en/of de Dienst Geneeskundige Evaluatie en Controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden opgevraagd.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2021	29.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, f) 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 vervangt de verstrekking 477050-477061 in artikel 20, § 1, f), van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2021 – Editie 2	06.09.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 27 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt § 12*bis*, 3, d), van artikel 27 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door: “d) Bij elke aflevering van de therapeutische elastische beenkousen moeten de maten bij de rechthebbende worden opgemeten. De verstrekker dient in het dossier van de rechthebbende de gegevens van de maatname en aanpassingen en alle elementen van de opeenvolgende medische voorschriften te bewaren. Het dossier kan door de adviserend arts worden opgevraagd. Maatwerk wordt ingezet bij rechthebbenden met grote omvangverschillen en/of afwijkende vormen waardoor de maten van de rechthebbenden in geen enkel maatschema van de prefab-uitvoering passen, zoals discrepantie tussen omtrekmaten of lengtematen van onder- en bovenbeen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.09.2021 – Editie 2	06.09.2021	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, VIII., van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, door een lid dat als volgt is opgesteld: “Bij ontstentenis van een antwoord van de verdeler op het verzoek tot actualisering van de lijst van zijn producten binnen een termijn van 10 werkdagen wordt hij schriftelijk hieraan herinnerd. Bij ontstentenis van een antwoord van de verdeler op die herinnering binnen een termijn van 10 werkdagen worden zijn producten van de lijst geschrapt. Vooraleer te worden geschrapt, blijft het desbetreffende product nog 1 jaar op de lijst staan.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.09.2021	06.09.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 15 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 15 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in paragraaf 19:
=> wordt in de Nederlandse tekst het woord “mag” vervangen door het woord “mogen”;
=> wordt het woord “verstreking” telkens vervangen door het woord “verstrekkingen”;
- het artikel wordt aangevuld als volgt: “§ 20. Bij de aanrekening van alle heilkundige verstrekkingen dient voor elk lidmaat en elk paar orgaan de lateraliteit (links of rechts) vermeld te worden en dit ongeacht de wijze van aanrekenen.”.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.07.2021 – Editie 1	30.05.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens

Samenvatting van de wijzigingen

Dat persoonlijk aandeel is, voor de verstrekkingen 705515-705526 en 705596-705600, vastgesteld op 24,65 S, voor de verstrekkingen 705530-705541 en 705611-705622, vastgesteld op 25,95 S, voor de verstrekking 705552-705563, vastgesteld op 49,34 S en voor de verstrekking 705574-705585 op 51,94 S, S zijnde de waarde van de vermenigvuldigingsfactor voor de verstrekkingen van artikel 31, I., van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen die onder de bevoegdheid vallen van de audiciens.

Het koninklijk besluit van 25 november 2018 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van de audiciens wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.07.2021 – Editie 1	22.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 januari 2002 tot vaststelling van het bedrag van het presentiegeld en van de vergoedingen toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van sommige raden, comités, commissies en colleges van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 22 januari 2002 tot vaststelling van het bedrag van het presentiegeld en van de vergoedingen toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van sommige raden, comités, commissies en colleges van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering:

- er wordt een artikel *8quater* ingevoegd
- in artikel 4 worden de woorden “geneesheren-directeurs” in de Nederlandstalige tekst vervangen door de woorden “artsen-directeurs”
- in artikel 11 wordt het woord “geneesheren” in de Nederlandstalige tekst telkens vervangen door het woord “artsen”
- in artikel 16*bis* worden de woorden “Technische Geneeskundige Raad” telkens vervangen door de woorden “Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.07.2021	01.07.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van de artikelen 34 en 37 van de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de voorwaarden, de prijs en de terugbetaling van de PCR-testen door het RIZIV vanaf 28 juni 2021 vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.07.2021	22.06.2021	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

Artikel 3 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 wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijsen zoals vermeld in het eerste lid, wordt opgeschort voor het jaar 2021.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.07.2021	27.06.2021	Koninklijk besluit houdende toekenning van een dotatie aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus voor het jaar 2021

Samenvatting van de wijzigingen

Er wordt een dotatie van 839.772.000 EUR toegekend aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Dat bedrag is bestemd voor het financieren van de uitgaven van het RIZIV in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.07.2021	29.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 september 2020 houdende toekenning, ingevolge de COVID-19-pandemie, van een aanvullende crisisuitkering aan sommige arbeidsongeschikt erkende zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens het koninklijk besluit van 15 september 2020 wordt een aanvullende crisisuitkering toegekend:

- aan sommige samenwonende zelfstandigen zonder gezinslast die (ten vroegste) vanaf 1 maart 2020 voor minstens acht dagen arbeidsongeschikt zijn erkend (groep A)
- aan de samenwonende zelfstandigen zonder gezinslast die de toegelaten activiteit tijdens hun arbeidsongeschiktheid (ten vroegste) vanaf 1 maart 2020 gedurende minstens zeven opeenvolgende kalenderdagen moeten stopzetten (groep B).

Omdat de COVID-19-pandemie blijft duren, werd met dit koninklijk besluit van 29 juni 2021 de maatregel betreffende de toekenning van de aanvullende crisisuitkering in het stelsel van de zelfstandigen met drie maanden verlengd, dat is tot en met 30 september 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2021	27.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen:

- artikel 2*bis*, 3^e lid, wordt aangevuld met de woorden “en voor het jaar 2020”
- artikel 3*bis* wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: “De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid, wordt opgeschort voor het jaar 2020.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2021	27.06.2021	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 diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 3 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 diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid, wordt opgeschort voor het jaar 2021.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.07.2021	27.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 27 van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten, wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt:

“De koppeling aan de gezondheidsindex zoals vermeld in het vierde lid, wordt opgeschort voor het jaar 2021.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.07.2021	27.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten
23.08.2021 – Editie 1	27.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten:

- het 1^e lid van artikel 4 wordt aangevuld met de volgende zin: “Met uitzondering van de buitenlandse, wetenschappelijke en specifieke stages voorzien in artikel 2, § 1, 1^o, kan enkel vergoeding worden ontvangen voor stagem maanden waarvoor de stagemeester overeenkomstig diens erkenningsbesluit, was erkend”
- het 2^e lid van artikel 4 wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor het referentiejaar 2020 wordt het bedrag van de vergoeding vastgesteld op 719,75 EUR”
- in artikel 4, 3^e lid, worden de woorden “evenals per stagemeester het aantal maanden en aantal stageplaatsen waarvoor deze werd erkend” ingevoegd tussen de woorden “en de activiteitsgraad” en de woorden “Deze gegevens”
- artikel 5 van hetzelfde besluit wordt aangevuld met het volgende lid: “In uitzondering op het eerste lid, wordt de vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2020 vastgelegd op 90 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit van 27 juni 2021 tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten”
- artikel 7 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.08.2021	18.07.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 5 van het Koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten, wordt aangevuld met het volgende lid: “In uitzondering op het eerste lid, wordt de vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2019 vastgelegd op 90 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit van 18 juli 2021 tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten. Aanvragen voor referentiejaar 2019, ingediend voorafgaandelijk aan de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van voornoemd koninklijk besluit, worden als definitief beschouwd en kunnen geen voorwerp uitmaken van een nieuwe aanvraag.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.08.2021	08.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de tegemoetkoming voor 2020 is identiek aan de bedragen die voor 2019 zijn vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.08.2021 – Editie 2	30.07.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling voor het kalenderjaar 2021 van de bedragen van de vergoedingen voor de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die op 1 maart 2000, 28 november 2000, 26 april 2005, 18 juli 2005, 4 februari 2011, 25 februari 2011 en 24 oktober 2012 door de federale regering werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en van de maatregelen die zijn voorzien in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorzien in de akkoorden van 4 maart 2010 en 17 maart 2010, voor zover zij betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld door een werkgever in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis, en die vallen onder de toepassing van de Sociale Maribel

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag, bedoeld in artikel 191, 1^e lid, 5^{ter}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bestemd voor de financiering van de fondsen Sociale Maribel, wordt voor 2021 vastgesteld op 120.342.818 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.08.2021 – Editie 1	30.07.2021	Koninklijk besluit tot verlaging van de activiteitsdrempels inzake bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners wat betreft het referentiejaar 2020, ingevolge COVID-19

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt het reductiepercentage voor het referentiejaar 2020 bepaald. Er dient immers rekening te worden gehouden met het effect van COVID-19 voor het referentiejaar 2020 bij het nemen van maatregelen ter verlaging van de activiteitsdrempels voor bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen.

Inzake de in het koninklijk besluit opgesomde bepalingen worden de activiteitsdrempels geformuleerd als hetzij een bedrag van terugbetalingen van aangerekende verstrekkingen opgenomen in de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, hetzij een aantal dergelijke verstrekkingen of waarden, een wekelijkse beroepsactiviteit, voor de berekening voor het referentiejaar 2020, gereduceerd met het percentage dat in datzelfde koninklijk besluit wordt gespecificeerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.08.2021 – Editie 1	14.08.2021	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:

- het laatste lid van artikel 5, § 1, wordt vervangen
- in artikel 8 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 3 wordt het 2^e lid vervangen;
 - => in paragraaf 3, 6^e lid, worden de woorden “lid 70 tot 77” vervangen door de woorden “§ 1”;
 - => in paragraaf 3, 9^e lid, worden de woorden “van lid 78 van artikel 69” vervangen door de woorden “van artikel 69 § 2”;
 - => in paragraaf 3, 10^e lid, worden de woorden “lid 70 tot 77” vervangen door de woorden “§ 1”;
 - => in paragraaf 3, 13^e lid, worden de woorden “van lid 78 van artikel 69” vervangen door de woorden “van artikel 69 § 2”;
 - => in paragraaf 3, 14^e lid, wordt de laatste zin vervangen;
 - => in paragraaf 4, 4^e lid, worden de woorden “lid 70 tot 77” vervangen door de woorden “§ 1”;
 - => in paragraaf 4, 5^e lid, worden de woorden “lid 70 tot 77” vervangen door de woorden “§ 1”;
- in artikel 77 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2 worden de woorden “artikel 35^{ter}, § 2” telkens vervangen door de woorden “artikel 35^{ter}, § 2^{bis}”;
 - => paragraaf 2, 3^o wordt aangevuld met de woorden “door vergelijking met de andere toedieningsvormen van de vergoedbare specialiteiten die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten”;
 - => in paragraaf 3, 7^e lid, worden de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2 of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2^{bis}”;
 - => in paragraaf 3 wordt lid 9, 10, 11 en 12 vervangen;
 - => in paragraaf 4, 1^e lid, worden de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2^{bis}”;
 - => in paragraaf 4, 3^e lid, worden de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2 of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2^{bis}”;
 - => in paragraaf 6, 5^e lid, worden de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2 of § 2^{bis}” telkens vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 2”;
- er wordt een artikel 77/1 ingevoegd

- in artikel 79 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1 worden de woorden “artikel 35^{ter}, § 1, lid 1, 2 of 3” telkens vervangen door de woorden “artikel 35^{ter}, § 1 of § 2^{bis}”;
 - => in paragraaf 2, 2^e lid, wordt punt a) vervangen.
- in artikel 80 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1 wordt het 1^e lid vervangen;
 - => in paragraaf 5 wordt het 1^e lid vervangen.
- artikel 82, opgeheven door het koninklijk besluit van 26 juni 2020, wordt hersteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.08.2021	14.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 15 september 2020 houdende toekenning, ingevolge de COVID-19-pandemie, van een aanvullende crisisuitkering aan sommige arbeidsongeschikt erkende zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In dit koninklijk besluit wordt het bedrag van de aanvullende crisisuitkering vanaf 1 juli 2021 verhoogd naar aanleiding van de vanaf 1 juli 2021 voorziene verhoging van 2% van de financiële uitkering in het kader van het (crisis)overbruggingsrecht voor een gerechtigde zonder persoon ten laste (bedrag bedoeld in art. 10, § 1, 1^e lid, van de wet van 22.12.2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen).

Vanaf 1 juli 2021 belooft het dagbedrag van de aanvullende crisisuitkering:

- 50,67 EUR - 38,86 EUR = 11,81 EUR (voor een primair ongeschikt erkende gerechtigde of een invalide gerechtigde die de uitkering “zonder stopzetting van de activiteit” ontvangt)
- 50,67 EUR - 43,45 EUR = 7,22 EUR (voor een invalide gerechtigde die de uitkering “met stopzetting van de activiteit” ontvangt).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.08.2021 – Editie 1	14.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 20 december 2006 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale uitkeringen (2021-2022) wordt het basisbedrag van de adoptieuitkering ten gunste van de zelfstandigen door dit koninklijk besluit met 1% verhoogd vanaf 1 juli 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.08.2021 – Editie 1	14.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot invoering van de toekenningsvoorwaarden van een uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale uitkeringen (2021-2022) wordt het basisbedrag van de uitkering voor pleegouderverlof ten gunste van de zelfstandigen door dit koninklijk besluit met 1% verhoogd vanaf 1 juli 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.08.2021 – Editie 1	14.08.2021	Koninklijk besluit tot tijdelijke schorsing van de toepassing van artikel 58, § 2, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende maatregel geschorst voor elke periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt gedurende de periode van 1 juli 2021 tot en met 30 september 2021: als de periode van erkende arbeidsongeschiktheid meer dan veertien dagen vóór de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door uw behandelend arts begint, kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen slechts ingaan vanaf de veertiende dag voor deze datum van ondertekening.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.08.2021 – Editie 1	14.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de welvaartsvastheid van de sociale prestaties (2021-2022) voorziet dit koninklijk besluit in een verhoging van het bedrag van de volgende prestaties in het stelsel van de zelfstandigen:

- de verhoging van de forfaits tijdens de periode van primaire ongeschiktheid en tijdens de periode van invaliditeit (zonder stopzetting van het bedrijf) met 2,5% voor de gerechtigden met gezinslast en met 2% voor de alleenstaande en de samenwonende gerechtigden (met ingang van 01.07.2021)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 0,5% (met ingang van 01.07.2021)
- de verhoging van het forfait voor elke week van de moederschapsrust met 1% (met ingang van 01.07.2021).

De forfaits in invaliditeit (met stopzetting van het bedrijf) werden op 1 juli 2021 geherwaardeerd (+ 2,5% voor de gerechtigden met gezinslast en + 2% voor de alleenstaande en de samenwonende gerechtigden) aangezien die bedragen zijn gekoppeld aan het toepasselijke bedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer in het stelsel van de werknemers, dat op diezelfde datum met hetzelfde percentage werd verhoogd (cf. art. 3 van het K.B. van 29.06.2021 tot wijziging van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.09.2021 – Editie 1	29.08.2021	Koninklijk besluit tot herwaardering van het bedrag bedoeld in artikel 136, § 1, van de wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen (I) voor de gerechtigden met gezinslast

Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de inhouding van 3,5% op de invaliditeitsuitkeringen ten voordele van de sector van de pensioenen, wordt in dit koninklijk besluit bepaald dat het dagbedrag van de invaliditeitsuitkering niet lager mag liggen dan 44,56 EUR voor de gerechtigden met gezinslast (het gaat om het niet-geïndexeerde bedrag; het geïndexeerde bedrag belooft, sinds 01.09.2021, 64,91 EUR). Indien nodig wordt het bedrag van de inhouding beperkt tot deze voorwaarde is vervuld.

Die nieuwe geheweerde drempel stemt overeen met het bedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer met gezinslast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2021	29.08.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 6, 2 ^e lid, van de wet van 7 mei 2020 houdende uitzonderlijke maatregelen in het kader van de COVID-19-pandemie inzake pensioenen, aanvullende pensioenen en andere aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid

Samenvatting van de wijzigingen

Krachts dat koninklijk besluit kunnen het rustpensioen en het overlevingspensioen in het stelsel van de werknemers, het stelsel van de zelfstandigen en het ambtenarenstelsel zonder enige beperking worden gecumuleerd met de primaire ongeschiktheidsuitkering of de invaliditeitsuitkering, voor zover deze betrekking heeft op de periode vanaf 1 maart 2020 tot en met 30 september 2021 en de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan het coronavirus COVID-19 (verlenging van drie maanden).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2021	29.08.2021	Koninklijk besluit betreffende de bedragen van de administratiekosten die voor de jaren 2020 en 2021 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend

Samenvatting van de wijzigingen

Rekening houdende met de parameters die zijn gedefinieerd in artikel 195, § 1, 2^o, 3^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de bedragen van de administratiekosten die aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend, vastgesteld op:

- voor het jaar 2020:
 - => 1.084.478.000 EUR voor de vijf landsbonden;
 - => 19.239.000 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.
- voor het jaar 2021:
 - => 1.120.916.000 EUR voor de vijf landsbonden;
 - => 19.885.000 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.09.2021	29.08.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 2 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- paragraaf 1 wordt vervangen
- in paragraaf 2 wordt het 1^e lid vervangen
- in paragraaf 3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het 1^e lid worden de woorden "juni 2015" vervangen door de woorden "juni 2019";
 - => in het 2^e lid worden de woorden "1 januari 2017" vervangen door de woorden "1 januari 2022".

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.07.2021	16.07.2021	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 de bijlagen I, II en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.08.2021 – Editie 2	16.08.2021	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
27.09.2021	16.08.2021	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 bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.08.2021 – Editie 1	23.08.2021	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
27.09.2021	23.08.2021	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
31.08.2021 – Editie 1	25.08.2021	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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk I van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.09.2021 – Editie 2	15.09.2021	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
27.10.2021	15.09.2021	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 bijlagen I, II en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.09.2021	16.09.2021	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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.08.2021 – Editie 3	09.07.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het opschrift “D.4 Prostaat” wordt aangevuld met de verstrekkingen 181731 en 181764 en hun vergoedingsmodaliteiten
- er worden wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde D- § 09:
 - => punt “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” wordt vervangen;
 - => punt “5.1. Cumul- en non-cumulregels” wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.08.2021 – Editie 1	19.08.2021	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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.09.2021	24.08.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- in het opschrift “E.5.4. Detoxicatiedialyse bij leverpathologie” wordt de vergoedingscategorie van de verstrekking 172314-172325 vervangen door “Vergoedingscategorie: II. D.a”
- de vergoedingsvoorwaarde E- § 09 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2021	25.08.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de lijst die als bijlage 1 is gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.09.2021	27.08.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst die is bijgevoegd als bijlage 1:
=> wordt het opschrift "L.2.2.4 Voet" aangevuld met de verstrekking 181716-181720 "Synthetisch kraakbeenimplantaat bestaande uit een gehydrateerd polymeer dat geplaatst wordt in het bot ter behandeling van hallux rigidus met een Coughlin en Shurnas graad van minstens 2" en de bijhorende vergoedingsmodaliteiten;
- in de nominatieve lijsten, bijgevoegd als bijlage 2, wordt een nieuwe nominatieve lijst 33728, behorende bij de verstrekking 181716-181720, toegevoegd.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.07.2021 – Editie 1	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

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 12 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen
- bijlage 17 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.08.2021	12.07.2021	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
09.08.2021	12.07.2021	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 - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in 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:

- artikel 32/2 wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: "Ingeval de rechthebbende geen identiteitsdocument bezit zoals bedoeld in het vorige lid, kan zijn identiteit worden geverifieerd doordat hij zijn identiteit bevestigt via de applicatie Itsme."

- in artikel 32/6 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de woorden “en elke verificatie van de identiteit via de applicatie Itsme” worden ingevoegd tussen de woorden “Elke elektronische lezing van een identiteitsdocument of vignet” en de woorden “geeft aanleiding tot de registratie van de volgende gegevens.”;
 - => de woorden “of de applicatie Itsme” worden ingevoegd tussen de woorden “de aard van het identiteitsdocument (of van het vignet” en de woorden “) en, in voorkomend geval, het serienummer van de drager.”;
 - => de woorden “of de applicatie Itsme” worden ingevoegd tussen de woorden “of lezing van QR Code” en de woorden “);”
- in artikel 32/12 worden de woorden “het inlezen van de streepjescode of QR Code” ingevoegd tussen de woorden “van de manuele invoering” en de woorden “bedoeld in artikel 32/4”
- in hoofdstuk XV/2 wordt artikel 32/12 henummerd tot artikel 32*bis*
- artikel 32/16 wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: “Voor de toepassing van deze onderafdeling wordt de inschrijving via een applicatie van het ziekenhuis gelijkgesteld met de elektronische lezing van een identiteitsdocument als deze applicatie slechts kan worden gebruikt in de nabijheid van het ziekenhuis en het identiteitsdocument van de patiënt werd ingelezen bij zijn eerste bezoek aan het ziekenhuis. Het ziekenhuis beschrijft de werking van de applicatie met inbegrip van de voormelde voorwaarden voor gelijkstelling in een protocol dat wordt bezorgd aan het RIZIV. De inschrijving via een applicatie van het ziekenhuis geeft aanleiding tot registratie van de volgende gegevens: het gebruik van de applicatie en de datum en het uur van de inschrijving via de applicatie.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.08.2021 – Editie 3	28.06.2021	Verordening tot wijziging van de Verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 2 van de Verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift:

- twee leden, luidende als volgt, worden ingevoegd tussen lid 5 en 6: “Mits het akkoord van de patiënt, kan de uitreiking op papier van het “bewijs van elektronisch voorschrift” door de voorschrijver, vervangen worden door de beveiligde verzending of beschikbaarstelling van dit “bewijs van elektronisch voorschrift” op digitale wijze. Indien het op papier wordt afgedrukt, moet het afgedrukt worden op A4 formaat met maximaal vier bewijzen van elektronisch voorschrift per blad.

De technische instructies voor de softwareleveranciers die nodig zijn voor het opstellen en het afdrukken van het “bewijs van elektronisch voorschrift” worden gepubliceerd op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.”
- in het vroegere 8^e lid, dat het 10e lid wordt, wordt de zin “Wanneer minstens één item van het voorschrift afgeleverd is, wordt het voorschrift permanent aan het systeem van de zorgverlener overgemaakt.” vervangen als volgt: “Eenmaal afgeleverd, wordt het voorschrift permanent aan het systeem van de zorgverlener overgemaakt.”
- de bijlage wordt vervangen
- het model van bewijs van elektronisch voorschrift zoals dit was vastgesteld voor de inwerking-treding van deze verordening, mag worden gebruikt tot en met 31 januari 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.09.2021	12.07.2021	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het formulier F-Form-I-15 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, wordt toegevoegd.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

12.07.2021

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 10

Vraag

Artikel 27, § 25, 9, van de nomenclatuur voorziet dat, voor therapeutische elastische armkousen en handschoenen, het aanvraagdossier voor opname op de lijst van voor vergoeding aangenomen producten een keuringsbewijs bevat. Uit dit keuringsbewijs, dat door een testinstituut wordt afgeleverd, blijkt dat het product een kwikdruk van minstens 15mm heeft.

Hoe kan de aanvrager aan deze voorwaarde voldoen voor therapeutische elastische handschoenen wetende dat er geen norm bestaat voor dit type van producten?

Antwoord

Voor een therapeutische elastische handschoen volstaat een keuringsbewijs van een armkous uit hetzelfde gamma, voor zover de textielproducten van de armkous en de handschoen exact identiek zijn.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 februari 2021.

Belgisch Staatsblad

15.07.2021

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

INTERPRETATIEREGEL 42

Vraag

Wanneer een embolisatie in de encefale of medullaire streek wordt uitgevoerd met zowel detachable coils als met niet-klevend solidificerend materiaal (de zogenaamde 'pressure cooker' techniek), welke verstrekkingen kunnen dan aangerekend worden voor de microkatheters?

Antwoord

De verstrekkingen 174053-174064 en 174090-174101 zijn voorzien voor de eerste microkatheter en zijn volgens de vergoedingsvoorwaarden onderling niet cumuleerbaar. De verstrekkingen 174053-174064 en 174075-174086 zijn meer algemeen van toepassing bij het uitvoeren van een embolisatie in de encefale of medullaire streek. De verstrekkingen 174090-174101 en 174112-174123 zijn meer specifiek van toepassing bij een embolisatie met niet-klevend solidificerend materiaal, in de encefale of medullaire streek.

De term “embolisatie” in de omschrijving van deze verstrekkingen verwijst naar de gehele procedure. Aangezien tijdens deze procedure solidificerend materiaal wordt gebruikt, kan de verstrekking 174090-174101 worden geattesteerd voor de eerste microkatheter. Deze kan ook geattesteerd worden indien deze eerste microkatheter enkel wordt gebruikt om coils of ander materiaal te plaatsen.

Hetzelfde geldt voor de daaropvolgende microkatheters. Voor de daaropvolgende microkatheters gebruikt tijdens deze procedure dient dan de verstrekking 174112-174123 te worden geattesteerd.

Interpretatieregel 42 heeft uitwerking met ingang van 1 oktober 2019.

Belgisch Staatsblad

09.08.2021

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

INTERPRETATIEREGEL 32

Vraag

Welke geattesteerde verstrekkingen dient men in de opgelegde quota over/in een periode van 12 maanden mee te tellen?

Antwoord

Er wordt met een glijdende periode van 12 maanden gewerkt. Er moet van de afleveringsdatum van de verstrekking een periode van 12 maanden teruggeteld worden. Het desbetreffende quotum geldt dan voor deze periode van 12 maanden.

Ter illustratie:

* Als we ervan uitgaan dat de patiënt op 1 mei 2020 is geopereerd en diezelfde dag ook zijn of haar spraakprothese heeft gekregen (verstrekking 153635-153646).

• Dan hebben de afleveringen plaatsgevonden op:

* 1 mei 2020

* 1 juni 2020

* 1 september 2020

* 1 november 2020

* 31 december 2020

* 3 mei 2021: Het gaat om de vijfde aflevering in de periode tussen 3 mei 2021 en 4 mei 2020 (= afleveringsdatum - 12 maanden) en daarvoor kan een tegemoetkoming worden toegekend.

* 20 mei 2021: Het gaat om de zesde aflevering in de periode tussen 20 mei 2021 en 21 mei 2020 en daarvoor kan enkel een tegemoetkoming worden toegekend als er toestemming werd verleend voor een derogatie.

Interpretatieregel 32 heeft uitwerking met ingang van 1 maart 2019.

Belgisch Staatsblad

20.08.2021 – Editie 2

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met rilpivirine als unieke actief bestanddeel (oraal)

Vraag:

In welke situatie mag, vanaf 1 september 2021, een farmaceutische specialiteit met rilpivirine als unieke actief bestanddeel terugbetaald worden in het kader van de kortetermijnbehandeling van een humaan immunodeficiëntievirus type 1 (hiv 1) infectie bij virologisch onderdrukte volwassenen (hiv 1 RNA < 50 kopieën/ml) die een stabiele antiretrovirale behandeling krijgen zonder bewijs van huidige of vroegere resistentie, en geen eerder virologisch falen met middelen uit de NNRTI en INI klasse in combinatie met cabotégravir oraal (VocabriaR)?

Antwoord:

De orale vorm van de farmaceutische specialiteit op basis van rilpivirine (EdurantR 25 mg) mag vergoed worden op basis van een elektronische aanvraag in § 6290000 of op basis van het bestaande gestandaardiseerd verplicht aanvraagformulier voor EdurantR in § 6290000, ingediend door de arts-specialist die verantwoordelijk is voor de behandeling en verbonden is aan een RIZIV-geconventioneerd AIDS-referentiecentrum, en die hierdoor verklaart dat de rechthebbende zich op het moment van de aanvraag in de situatie bevindt zoals bedoeld in de nieuwe § 10870100 voor de orale vorm van cabotégravir (VocabriaR 30mg).

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 september 2021.

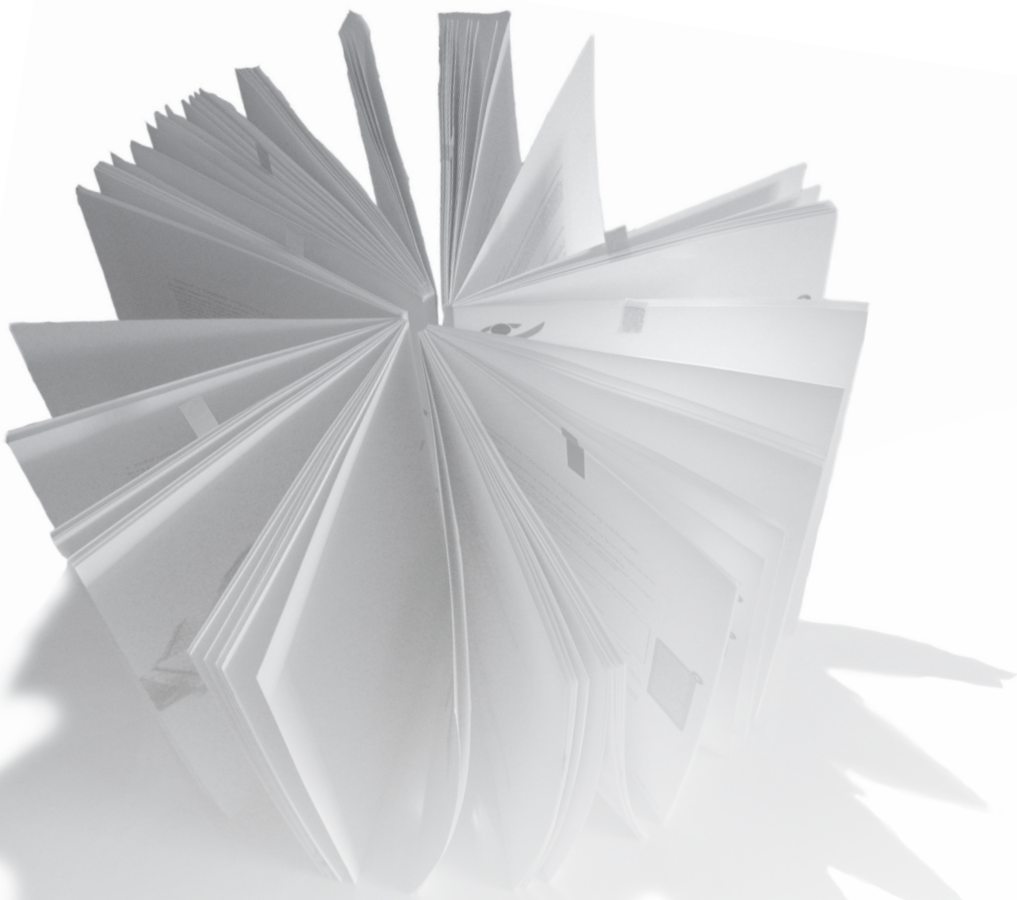
9. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.09.2021 – Editie 1	23.07.2021	Wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 12 december 2019 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2020) - Ministerraad van 23 juli 2021 - Notificatie punt 32

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingsclausule worden 4 verstrekkingen toegevoegd aan de lijsten van de daghospitatie. Via de creatie van een 'groep 6bis' (pseudocodes 767970-767981) wordt aan deze verstrekkingen tijdelijk een extra incentive gegeven om de overschakeling naar daghospitatie te stimuleren: +50% voor de periode van 1 juli tot eind december 2021 en + 15% gedurende het jaar 2022.

2^e Deel
Rechtspraak



Raad van state, 9 december 2021

Het volstaat niet te stellen dat de doorlooptijd van een annulatieprocedure te lang duurt of dat het resultaat van een annulatieprocedure niet kan worden afgewacht om de voorwaarde van de spoedeisendheid aan te tonen.

Uit de uiteenzetting van de verzoekende partij kan evenmin worden afgeleid welke onherroepelijke schadelijke gevolgen zij zou lijden ten gevolge van de bestreden beslissing.

Nr. 252.369

... t./RIZIV

...

III. Feiten

3.1. Binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 20 januari 2021 werd beslist om bijzondere aandacht te besteden aan het proactief opsporen en beheren van nieuwe varianten van het SARS-CoV-2-virus. De circulerende varianten van het virus worden via genoomanalyse opgespoord aan de hand van een surveillancesysteem (basis en actief). Daartoe worden twee platformen gecreëerd, enerzijds een genoomanalyseplatform en anderzijds een platform van peillaboratoria. De peillaboratoria sturen stalen door naar het genoomanalyseplatform voor opsporing van de circulerende varianten van het SARS-CoV-2-virus. Voor de actieve surveillance kunnen stalen bij onder andere clusters of uitbraken, reizigers uit hoog risicogebieden enzovoort worden doorgestuurd door alle betrokken klinische laboratoria, ook zij die geen deel uitmaken van het peillaboratoriaplatform. Het te creëren genoomanalyseplatform zal ook deze stalen analyseren.

Voor de surveillance van de circulerende virusvarianten werd berekend welke testcapaciteit nodig is per provincie aan de hand van de bevolkingsaantallen per provincie met mogelijkheid van een verdubbeling van de capaciteit bij een epidemische opstoot.

Vastgesteld werd dat de behoefte aan sequencingcapaciteit voor de provincie Oost-Vlaanderen 2 laboratoria bedroeg.

3.2. Op 15 maart 2021 werd een oproep tot kandidatuurstelling voor deelname aan het genoomanalyseplatform, goedgekeurd binnen het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV), bekendgemaakt op de website van het RIZIV en per mail verstuurd aan alle laboratoria. In de oproep werden de toetredingscriteria tot het genoomanalyseplatform opgenomen en werd toegelicht op welke wijze de analyse van de aanvragen zal gebeuren:

“[...]”

Het genoomanalyseplatform wordt opgericht na een kandidatuurstelling van de geïnteresseerde laboratoria en na selectie op basis van duidelijke toetredingscriteria. Omdat de regionale gezondheidsautoriteiten, waarmee intens wordt samengewerkt om clusters te onderzoeken en uitbraken in te dijken, op provinciaal niveau zijn georganiseerd, wordt er geopteerd om de benodigde capaciteit per provincie te centraliseren in de laboratoria met de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit.

Laboratoria kunnen deelnemen aan het genoomanalyseplatform en een overeenkomst tekenen met het RIZIV indien zij voldoen aan de volgende criteria:

- A. Erkend medisch laboratorium met BELAC ISO-15189 accreditatie. Het erkend medisch laboratorium kan bestaan uit een samenwerking met meerdere erkende medische laboratoria binnen eenzelfde juridische entiteit met minimaal één labo met een erkenning binnen de klinische biologie;
- B. Ofwel beschikken over een BELAC ISO-accreditatie specifiek voor NGS binnen de (hemato)-oncologie of de microbiologie of een aanvraag hiertoe hebben ingediend voor 16 maart 2021;
- C. Aantoonbare kwaliteitsopvolging van NGS-activiteit door deelname aan (internationale) NGS EQA schema's;
- D. Aantoonbare NGS-activiteit in de (hemato-) oncologie of in de microbiologie;
- E. Bewezen kennis in moleculaire biologie en fylogenetische analyse (cv van medewerkers);
- F. Gebruik van gevalideerde methoden voor meerdere media (UTM, PBS, Zymo, ...) om alle stalen van externe laboratoria te kunnen ontvangen;
- G. Werken conform de ISO 15189 kwaliteitsvereisten betreffende rapportering van onder andere QC-metrics en opladen van de resultaten in de GISAIID-database;
- H. TAT van < 7 dagen tussen ontvangst van het staal op het genoomanalyseplatform en het meedelen van het resultaat;
- I. Een minimale sequencingcapaciteit van 96 stalen per week voor de analyse van het SARS-CoV-2-virus, zowel voor de nodige toestellen als personeel met bewezen expertise in de materie;

[...]

De analyse van de aanvragen zal in twee stappen verlopen.

- 1/ De dienst Geneeskundige Verzorging van het RIZIV zal nagaan of U voldoet aan de vooropgestelde criteria.
- 2/ De behoefte aan sequencingcapaciteit per provincie zal vergeleken worden met het aanbod aan genomcapaciteit van de laboratoria die voldoen aan de criteria en dus in aanmerking komen voor deelname. Om aan deze behoefte te voldoen, is het mogelijk dat meer of minder laboratoria mogen deelnemen dan op basis van de bevolkingscijfers per provincie initieel werd voorzien. Bij een overaanbod zal prioriteit worden gegeven aan de laboratoria met de meeste ervaring (criteria D en E) en de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit (criterium I) om de coördinatie te faciliteren, de TAT en de prijssetting te verantwoorden door voldoende runs te verzekeren. Bij onvoldoende aangeboden testcapaciteit in een provincie, zal men gebruik kunnen maken van de beschikbare testcapaciteit in nabijgelegen/andere provincies".

3.3. Op 22 maart 2021 diende de verzoekende partij tijdig een kandidatuur in voor deelname aan het genoomanalyseplatform.

3.4. Op 29 maart 2021 werd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV een nota van de dienst Geneeskundige Verzorging voorgelegd met een analyse van de aanvragen en een voorstel van samenstelling van het genoomanalyseplatform. In de nota werden de kandidaten die voldoen aan de vooropgestelde criteria gegroepeerd per provincie. Voor de provincie Oost-Vlaanderen ging het om het ... met een capaciteit van 960 testen per week en het ... (de verzoekende partij) met een capaciteit van 96 testen per week.

In de nota werd gesteld:

“Voor een aantal provincies is er een overaanbod. Dit is het geval voor de provincie Oost- en West-Vlaanderen, het Brussels Hoofdstedelijk gewest en de provincie Antwerpen. Per provincie vergelijken wij de kandidaturen en evalueren wij de kandidaten volgens de vooropgestelde criteria uit de oproep tot kandidatuurstelling.

D. Aantoonbare NGS-activiteit in de (hemato-)oncologie of in de microbiologie; [=Ervaring]

E. Bewezen kennis in moleculaire biologie en fylogenetische analyse (cv van medewerkers);
[=Expertise]

[...]

I. Een minimale sequencingcapaciteit van 96 stalen per week voor de analyse van het SARS-CoV-2 virus, zowel voor de nodige toestellen als personeel met bewezen expertise in de materie,
[=Capaciteit]

[...]

Voor de provincie Oost-Vlaanderen wordt het ... weerhouden binnen het genoomanalyseplatform. Het ... beschikt over een voldoende en een bewezen testcapaciteit voor de hele provincie met een grote ervaring in de genoomanalyse van Covid-stalen.

De kandidatuur van het ... wordt niet weerhouden voor de tijdelijke constructie van het genoomanalyseplatform in het kader van de coronapandemie.

[...]”.

Het Verzekeringscomité gaf een gunstig advies over het voorstel van samenstelling van het genoomanalyseplatform.

3.5. Bij brief, op 7 april 2021 ondertekend door de directeur-generaal van de dienst Geneeskundige Verzorging van de verwerende partij, en door de verzoekende partij op 8 april 2021 ontvangen, werd aan de verzoekende partij meegedeeld dat haar kandidatuur niet werd gekozen. In de brief werd vermeld:

“Het Verzekeringscomité heeft vastgesteld dat het ... voldoet aan de vooropgestelde criteria. De analyse van de kandidaturen verliep echter in twee stappen.

Voor de tweede stap van de analyse wordt de behoefte aan sequencingcapaciteit per provincie vergeleken met het aanbod aan genoomcapaciteit van de laboratoria die voldoen aan de criteria en dus in aanmerking komen voor deelname.

Ik citeer uit de oproep tot kandidaatstelling: “Om aan deze behoefte te voldoen, is het mogelijk dat meer of minder laboratoria mogen deelnemen dan op basis van de bevolkingscijfers per provincie initieel werd voorzien. Bij een overaanbod zal prioriteit worden gegeven aan de laboratoria met de meeste ervaring (criteria D en E) en de grootste reeds bestaande sequencingcapaciteit (criterium I)”.

Voor de provincie Oost-Vlaanderen wordt het ... weerhouden binnen het genoomanalyseplatform. Het ... beschikt over een voldoende en een bewezen testcapaciteit voor de hele provincie met een grote ervaring in de genoomanalyse van covid-stalen.

De kandidatuur van het ... wordt niet weerhouden voor de tijdelijke constructie van het genoomanalyseplatform in het kader van de coronapandemie. U komt bijgevolg niet in aanmerking om de overeenkomst met het RIZIV af te sluiten”.

Dit is de bestreden beslissing.

IV. Tussenkomst

4. ... blijkt voordeel te halen uit de bestreden beslissing en heeft er belang bij dat de vordering wordt afgewezen. Bijgevolg moet haar verzoek tot tussenkomst worden ingewilligd.

V. Herinnering aan de schorsingsvoorwaarden

5. Krachtens artikel 17, § 1, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State kan de schorsing van de tenuitvoerlegging slechts worden bevolen onder de dubbele voorwaarde dat de zaak te spoedeisend is voor een behandeling ervan in een beroep tot nietigverklaring en indien minstens één ernstig middel wordt aangevoerd dat de nietigverklaring van de akte of het reglement *prima facie* kan verantwoorden.

VI. Spoedeisendheid

Standpunt van de verzoekende partij

6. De verzoekende partij zet uiteen dat de oprichting van het genoomanalyseplatform een uitzonderlijke maatregel is in de Covid19-crisis die slechts tijdelijk wordt genomen. Tot voor kort kon de verzoekende partij zelf genoomanalyses uitvoeren maar als gevolg van de bestreden beslissing kan zij er geen meer verrichten aangezien de sentinellaboratoria hun positieve stalen moeten overmaken aan de laboratoria die tot het genoomanalyseplatform werden toegelaten. De maatregel wordt slechts voor beperkte duur genomen, aangezien de overeenkomst zal lopen van 22 februari 2021 tot en met 31 december 2022. Indien de verzoekende partij een vernietigingsprocedure moet afwachten, dan zal het grootste deel van de duur van de maatregel verstreken zijn.

Voorts wijst zij op het belang om te kunnen deelnemen aan het genoomanalyseplatform met het oog op behoud van haar kennis en ervaring. Zij heeft reeds op eigen initiatief en zonder specifieke vergoeding onderzoek gedaan naar de verschillende varianten van het Covid-19 virus zodat zij op dit moment over een bijzondere kwaliteit, kennis en ervaring beschikt. Deze ervaring zal ook nuttig zijn voor toekomstige genoomanalyses. Door de bestreden beslissing zal zij de opbouw van deze kennis moeten stopzetten. Daardoor verliest zij de mogelijkheid om verder kennis, kwaliteit en ervaring op te doen voor het opsporen van verschillende varianten van het Covid-19 virus en de genoomanalyse in het algemeen. Het betekent ook een belangrijk concurrentieel nadeel ten opzichte van de laboratoria die wel worden toegelaten tot het genoomanalyseplatform. Zo zal zij niet dezelfde ervaring opbouwen en verliest zij de kans om toegelaten te kunnen worden tot een gelijkaardig platform. Zij verliest ook de mogelijkheid om deel uit te maken van eventuele andere Belgische, Europese of wereldwijde gevoerde onderzoeksprojecten naar de verschillende varianten van het Covid-19-virus of andere onderzoeksprojecten waarbij ervaring, kennis en kwaliteit in genoomanalyse van belang zal zijn.

Doordat de verzoekende partij niet wordt toegelaten tot de overeenkomst misloopt zij ook aanzienlijke inkomsten aangezien een laboratorium dat toegelaten is tot het platform 75 EUR kan aanrekenen per uitgevoerde genoomanalyse. Nochtans heeft de verzoekende partij wel de nodige investeringen gedaan om genoomanalyses te kunnen uitvoeren.

Beoordeling

7. Naar eis van artikel 17, § 2, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State moet het verzoekschrift “een uiteenzetting van de feiten [bevatten] die, volgens de indiener ervan, de spoedeisendheid verantwoorden die ter ondersteuning van dit verzoekschrift wordt ingeroepen”. Hetzelfde is te lezen in artikel 8, eerste lid, 4°, van het koninklijk besluit van 5 december 1991 ‘tot bepaling van de rechtspleging in kort geding voor de Raad van State’. Dit houdt in dat het aan de verzoekende partij toevalt in het verzoekschrift aan de zaak eigen, specifieke gegevens bij te brengen die *in concreto* aantonen dat de zaak te spoedeisendheid is, gelet op de gevolgen van een – voortdurende – tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing.

Het volstaat niet te stellen dat de doorlooptijd van een annulatieprocedure te lang duurt of dat het resultaat van een annulatieprocedure niet kan worden afgewacht.

8. Uit de uiteenzetting van de verzoekende partij blijkt niet welke onherroepelijke schadelijke gevolgen zij lijdt ten gevolge van de bestreden beslissing.

Het loutere feit dat zij aanvoert dat de bestreden beslissing een tijdelijke maatregel is die mogelijk reeds het grootste deel van zijn uitvoering zal hebben gekend alvorens een vernietigingsarrest zou tussenkomen, volstaat op zich niet en ontslaat haar niet van de verplichting om *in concreto* aan te tonen dat de vordering, gelet op de aard van de schadelijke gevolgen van de onmiddellijke of voortdurende tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing, spoedeisend is. De verzoekende partij toont niet *in concreto* aan dat de slechts tijdelijke toepassing van de bestreden beslissing voor haar onherroepelijke schadelijke gevolgen meebrengt.

De verzoekende partij voert aan dat zij ingevolge de bestreden beslissing de mogelijkheid zou verliezen om verder kennis, kwaliteit en ervaring op te doen en daardoor ook de mogelijkheid zou verliezen om in de toekomst deel uit te maken van andere Belgische, Europese of wereldwijd gevoerde onderzoeksprojecten naar varianten van het Covid-19-virus. Zij toont echter niet aan dat dit een werkelijk en rechtstreeks gevolg is van de bestreden beslissing noch toont zij aan dat zij ingevolge het verlies aan ervaring op grond van de bestreden beslissing de duur van een vernietigingsprocedure niet zou kunnen overbruggen.

Met de verwerende partij moet immers worden vastgesteld dat de bestreden beslissing erop gericht is om de circulerende varianten van het SARS-CoV-2-virus op te sporen door een surveillancesysteem te organiseren waarbij peillaboratoria op regelmatige basis een vooraf afgesproken percentage van hun positieve stalen met hoge virale lading doorsturen naar een laboratorium uit het genoomanalyseplatform enerzijds en waarbij alle laboratoria stalen “kunnen” doorsturen in het kader van onder andere de opvolging van een uitbraak met een onverwacht verloop, reizigers uit hoogrisicogebieden enzovoort anderzijds. De verzoekende partij brengt echter geen gegevens aan waaruit blijkt dat deze georganiseerde surveillance zou uitsluiten dat de verzoekende partij op vrijwillige basis, zoals ze ook voorheen heeft gedaan volgens het verzoekschrift, genoomanalyses blijft uitvoeren op positieve stalen uit haar eigen laboratorium dan wel van andere laboratoria buiten deze georganiseerde surveillance om en bijgevolg haar ervaring verder zou kunnen blijven opbouwen. Het mogelijke verlies aan ervaring en het vermeend daaruit volgend concurrentieel nadeel vloeit dan ook niet *ipso facto* voort uit de tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing.

Zij toont voorts niet aan dat zij ingevolge het beweerde financieel nadeel de duur van een annulatieprocedure niet kan overbruggen. In wezen verandert de bestreden beslissing immers niets aan de financiële toestand waarin de verzoekende partij zich op heden bevindt. De verzoekende partij voerde volgens haar eigen informatie voorafgaand aan de bestreden beslissing reeds genoomanalyses uit zonder dat zij hiervoor een verstrekking kon aanrekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Zo stelt zij in haar verzoekschrift dat zij reeds op eigen initiatief en zonder specifieke vergoeding uitgebreid onderzoek deed naar de verschillende varianten van het Covid-19-virus. De verzoekende partij brengt voorts geen enkele informatie bij omtrent het aandeel dat de sequencing van SARS-CoV-2-stalen in het kader van het genoomanalyseplatform zou vertegenwoordigen in de totale omzet van de verzoekende partij.

Gelet op de kandidatuur van de verzoekende partij, zou het sowieso gaan om een maximum van 96 stalen per week, waarbij in de nota aan het Verzekeringscomité van 29 maart 2021 bij de beoordeling van de kandidatuur van de verzoekende partij werd opgemerkt dat dit ook nog maar slechts een theoretische capaciteit betreft.

De verzoekende partij geeft een inzicht in de wijze waarop het toekomstige verlies van een vergoeding van 75 EUR per staal in het kader van een deelname aan het genoomanalyseplatform het voortbestaan van de verzoekende partij in het gedrang zou kunnen brengen.

Er wordt dan ook geen spoedeisendheid aangetoond.

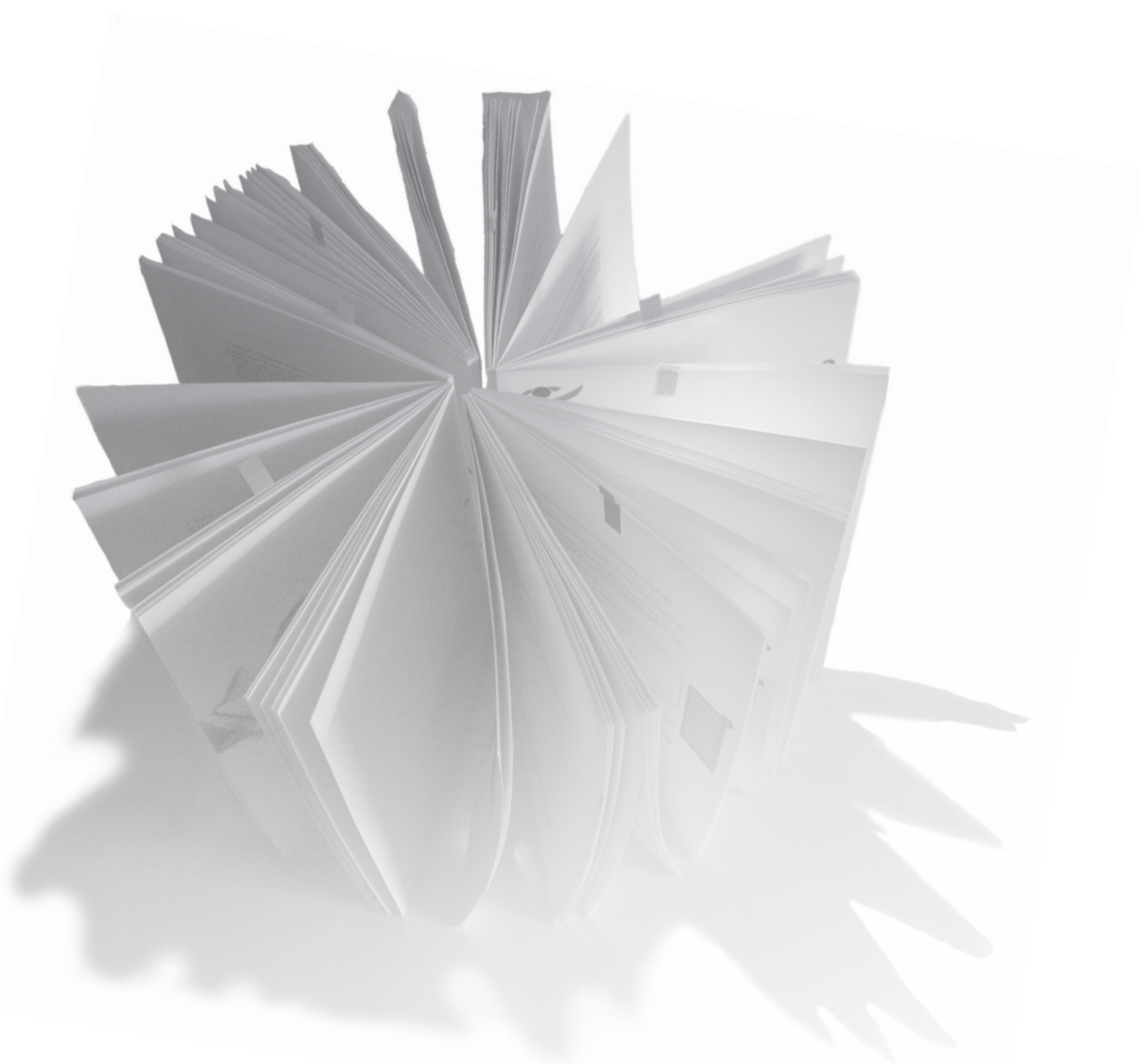
9. Aangezien niet is voldaan aan één van de voorwaarden om over te gaan tot schorsing van de tenuitvoerlegging van de bestreden beslissing, dient het schorsingsberoep te worden afgewezen. Bijgevolg dient ook de vordering tot het opleggen van voorlopige maatregelen te worden verworpen.

Beslissing

1. Het verzoek van ... tot tussenkomst in het administratief kort geding wordt ingewilligd.
2. De Raad van State verwerpt de vordering tot schorsing en tot het bevelen van voorlopige maatregelen.

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. e-Gezondheid

Zorgverstreker – Actieplan e-Gezondheid – RIZIV-enquête 2019 – Opleidingsverzoek – Forfaitaire premies voor telematica – eHealthbox

Vraag nr. 687, gesteld op 7 mei 2021 aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MUYLLE, volksvertegenwoordigster¹

Een van de actiepunten in het Actieplan eGezondheid 2019-2021 van de federale overheid was de organisatie van een jaarlijkse enquête bij zorgverstrekkers en burgers om hun kennis en gebruiksgemak te peilen van de eHealthapplicaties. Onlangs maakte het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) de cijfers bekend die betrekking hebben op de enquête van 2019.

Het algemeen besluit van deze cijfers is dat er zowel bij zorgverstrekkers als bij burgers een gebrek is aan kennis van de mogelijkheden van e-gezondheidszorg. Vooral de toegankelijkheid van de e-gezondheidsdiensten en de digitale uitwisseling van medische gegevens tussen zorgverstrekkers kan beter. Een meerderheid van de zorgverstrekkers wisselt nog steeds schriftelijk en/of telefonisch medische gegevens uit.

Enkele specifieke cijfers:

- ongeveer vier huisartsen op tien zijn vragende partij voor meer opleiding inzake eHealthdiensten
- 62,6 % van de huisartsen heeft vertrouwen in digitale toepassingen, terwijl 17,9 % toch een zekere weerstand heeft tegen het gebruik ervan
- slechts 40,9 % van de huisartsen vindt het aanwenden van tools die gebruik maken van artificiële intelligentie wenselijk
- voor de uitwisseling van medische gegevens maken de huisartsen in België het vaakst gebruik van schriftelijke communicatie (74,9 %) gevolgd door het telefonisch doorgeven van gegevens (72,6 %) en de eHealthbox (63,7 %).

Deze cijfers variëren bovendien wel heel sterk naargelang de regio.

- bij Brusselse huisartsen is schriftelijke communicatie merkkelijk populairder dan bij hun Vlaamse collega's met respectievelijk 81,5 % en 72,7 %
- het gebruik van de eHealthbox is dan weer beduidend populairder in Vlaanderen (73,8 %) dan in Wallonië (53,9 %) en Brussel (47,8 %)
- ook het gezondheidsportaal van de overheid wordt vaker gebruikt in Vlaanderen (54,1 %) dan in Brussel (45,7 %) en Wallonië (38,4 %).

Gezien deze opmerkelijke cijfers stel ik u de vraag of u van plan bent concrete actie te ondernemen tegen dit gebrek aan kennis en gebruiksgemak van eHealthapplicaties? Hierbij wijs ik vooral naar het bestaand gebrek bij zorgverstrekkers.

1. Bulletin nr. 066, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 188.

Antwoord:

Om het gebruik van eHealthapplicaties te stimuleren, kent het RIZIV jaarlijks forfaitaire telematicapremies toe aan zorgverstrekkers die voldoen aan verschillende criteria voor het gebruik van eHealthapplicaties (op dit moment met name aan huisartsen, tandartsen, vroedvrouwen en verpleegkundigen).

Anderzijds co-financiert het RIZIV jaarlijks, in partnerschap met de gefedereerde entiteiten, de organisatie van opleidingen over het gebruik van eHealthapplicaties voor de eerstelijnszorg. Het doel van deze opleidingen is het gebruik van de beschikbare e-gezondheidsinstrumenten bekend te maken en aan te moedigen. Ondertussen evolueren de prioriteiten (vastgelegd door de federale overheid) verder en in 2021 zullen de opleidingen worden uitgebreid met op de burger gerichte opleidingen (bewustmaking van e-gezondheid, hulp voor mensen die niet geautomatiseerd zijn, opleiding inzake het delen van gezondheidsgegevens voor mantelzorgers, enz.).

De opleidingen worden ook uitgebreid naar de ziekenhuisomgeving en naar een groter aantal beroepsgroepen, met name naar verpleegkundigen, kinesitherapeuten en vroedvrouwen (eHealthBox, eFact, eAttest, enz.). Uiteraard worden de opleidingen die al eerder werden georganiseerd, voortgezet (Sumehr, VIDIS-medicatieschema's, eHealthBox, enz.), zodat ze toegankelijk zijn voor een steeds groter aantal zorgverleners. Ook wordt de nadruk gelegd op het multidisciplinair delen van gezondheidsgegevens, met name wat betreft het beheer van elektronische dossiers, het aanmaken en verzenden van Sumehrs, het gebruik van de eHealthbox en het verzenden van documenten aan patiënten via de e-Box voor burgers. Ten slotte zal, in de context van de huidige gezondheids crisis, één van de prioriteiten van deze opleidingssessies gericht zijn op teleconsultatie, met inbegrip van teleconsultatie binnen de geestelijke gezondheidszorg.

II. Zelfstandige activiteit op complementaire basis

Zwangerschapsrust – Uitkering – Statuut van deeltijdse loontrekkende – Volledige rust is daarom een basisprincipe van de zwangerschapsverzekering van werkneemsters – Bedrag van zwangerschapsuitkering als zelfstandige werkneemster wordt echter verminderd met het bedrag van de zwangerschapsuitkering als loontrekkende

Vraag nr. 690, gesteld op 7 mei 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw WILLAERT, volksvertegenwoordigster¹

Vrouwen ontvangen in de periode van de moederschapsrust (15 of 19 weken bij een meerling) een uitkering. Wanneer een vrouw een zelfstandig bijberoep uitoefent, moet deze zes weken (of acht weken voor de geboorte van een meerling) alle zelfstandige activiteiten stopzetten om recht te hebben op een volledige uitkering. Wanneer zij die activiteiten niet stopzet, worden de weken waarin de vrouw haar zelfstandig bijberoep verder heeft uitgeoefend niet beschouwd als moederschapsrust, en ontvangt ze geen moederschapsuitkering. Dit betekent met andere woorden dat vrouwen enerzijds verplicht worden om de zelfstandige activiteit stop te zetten, maar dat anderzijds de inkomsten die men normaal gezien genereert door het zelfstandige bijberoep, niet in rekening worden gebracht bij de berekening van de uitkering.

Uit het antwoord van minister Clarinval over deze kwestie blijkt inderdaad dat hier een lacune zit in de regelgeving. In de toekomst zullen steeds meer mensen hybride carrières hebben. We moeten er dan ook voor zorgen dat ze niet door de mazen van de verschillende netten glippen. Het gaat voor ons expliciet over vrouwen die een deeltijds werknemersstatuut hebben en dit aanvullen met een zelfstandig bijberoep, hierbij rekening houdende met de maxima van de moederschapsuitkeringen zoals die vandaag bestaan.

Ziet u mogelijkheden om aan dit euvel tegemoet te komen? Zijn er mogelijkheden om bij de berekening van de uitkering rekening te houden met de inkomsten die een vrouw met een deeltijds werknemersstatuut en een zelfstandig bijberoep mist gedurende de moederschapsrust? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u?

1. Bulletin nr. 066, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 190.

Antwoord

Ik kan bevestigen dat de werkneemster elke werkzaamheid (dus ook de activiteit als zelfstandige in bijberoep) moet hebben stopgezet opdat zij een vergoeding wegens moederschapsrust ten laste van de moederschapsverzekering voor werknemers kan ontvangen. De huidige periode van moederschapsrust voor een werkneemster bedraagt vijftien weken, waarvan overigens slechts tien weken verplicht moeten worden opgenomen (meer bepaald één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum en negen weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling).

Wat deze vereiste van de stopzetting van elke werkzaamheid betreft, moet worden verwezen naar de doelstelling van de wetgever. Deze stopzetting is vooreerst gerechtvaardigd door de aard van de toegekende prestatie. De moederschapsuitkering vormt namelijk een vervangingsinkomen. Verder vloeit die verplichting voort uit het dubbele doel van de maatregel inzake de moederschapsrust, namelijk een volledige rust van de moeder en de opvang van het kind. De wetgever heeft de volledige rust van de moeder willen bevorderen door haar een specifiek vervangingsinkomen toe te kennen. Deze vereiste van een volledige rust vormt dus een fundamenteel principe in de moederschapsverzekering voor werknemers.

Ik wil nog opmerken dat indien de betrokken verzekerde in het kader van haar activiteit als zelfstandige in bijberoep sociale bijdragen aan het sociaal statuut voor zelfstandigen betaalt die minstens gelijk zijn aan de minimumbijdrage die de zelfstandige in hoofdberoep dient te betalen, zij (ook) een recht op moederschapsuitkeringen wegens moederschapsrust ten laste van de moederschapsverzekering voor zelfstandigen opent. Het bedrag van de moederschapsuitkering als zelfstandige wordt dan wel met het bedrag van de moederschapsuitkering als werkneemster verminderd.

III. Zwangerschapsverlof

Specifieke afspraken en voorwaarden betreffende het aantal weken – Afhankelijk van de werkgever of het organisme die het loon betaalt – Ziekteverzekering betaald door de mutualiteit - Statistieken

Vraag nr. 825, gesteld op 25 juni 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer MATHEÏ, volksvertegenwoordiger¹

Wie bevalt heeft recht op moederschapsrust. De specifieke afspraken en regelingen met betrekking tot het aantal weken, het aantal verplicht op te nemen weken, het bedrag van de moederschapsuitkering, enz. hangen af van de werkgever of loonverstrekker.

De moederschapsuitkering wordt georganiseerd in het kader van de ziekteverzekering, uitgekeerd door het ziekenfonds en bedraagt een percentage van een begrensd brutoloon.

1. Hoeveel vrouwen hebben van moederschapsrust genoten in respectievelijk 2017, 2018, 2019 en 2020?
2. Wat was het totaal aantal weken moederschapsrust in diezelfde periode?
3. Wat was het gemiddeld aantal weken moederschapsrust in diezelfde periode?
4. Wat was het totale bedrag aan moederschapsuitkering in diezelfde periode?
5. Wat was het gemiddeld bedrag aan moederschapsuitkering in diezelfde periode?
6. Wat was de totale kost voor moederschapsrust in diezelfde periode?

Antwoord

De onderstaande tabel 1 geeft het aantal gevallen in moederschapsrust weer, uitgesplitst naar het aantal weken alsook naar de gemiddelde duur van het verlof voor de jaren 2017, 2018 en 2019. De gegevens voor 2020 zijn nog niet beschikbaar.

Omdat een periode van moederschapsrust zich over twee verschillende jaren kan uitstrekken, hebben we de volledige periode moederschapsrust geteld in het jaar waarin de geboorte van het kind plaatsvond. Bijvoorbeeld: een moederschapsrust voor een kind dat geboren is in november 2017, loopt gespreid over de jaren 2017 en 2018. De volledige duur van die moederschapsrust wordt hier in 2017 geteld. Deze methode voorkomt dat er dubbelstellingen van gevallen in moederschapsrust gebeuren.

1. Bulletin nr. 068, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 227.

Om de duur van de moederschapsrust te bepalen, werd er enkel rekening gehouden met de opgenomen dagen in het kader van de 15 basisweken moederschapsrust. Er werd geen rekening gehouden met de dagen moederschapsrust die toegekend worden in het kader van de verschillende mogelijke verlengingen zoals bijvoorbeeld bij meerlingen of laatgeboorten, enz. Dit om de verkregen duur vergelijkbaar te maken.

Tabel 1 : aantal gevallen van moederschapsrust opgesplitst naar de duur van het verlof.

Aantal gevallen moederschapsrust	2017	2018	2019
- Minder dan 10 weken	1.675	1.666	1.781
10 weken	917	946	1.085
11 weken	2.349	2.328	2.070
12 weken	2.320	2.372	2.319
13 weken	4.023	4.124	4.335
14 weken	13.515	13.531	13.415
15 weken	46.644	45.841	45.597
Totaal	71.443	70.808	70.602
Gemiddelde duur (in weken)	14,24	14,23	14,21

Tabel 2 geeft enerzijds de totale kosten en het bedrag van de gemiddelde weekuitkering voor de basismoederschapsrust (15 weken) weer en anderzijds de totale kosten van de volledige moederschapsrust. In tegenstelling tot de basismoederschapsrust, neemt de volledige moederschapsrust ook de dagen in rekening die worden vergoed in het kader van de verschillende mogelijke verlengingen (meerlingen, laatgeboorte, ziekenhuisopname van meer dan zeven dagen van het kind, enz.).

Tabel 2: Totale kosten en gemiddelde weekuitkering voor moederschapsrust.

	2017	2018	2019
Totale kosten basismoederschapsrust (15 weken)	393.119.136,58	397.607.912,82	405.949.587,69
Gemiddelde weekuitkering voor de basismoederschapsrust	391,86	400,14	410,28
Totale kosten volledige moederschapsrust	401.308.436,36	405.829.768,30	413.771.477,53

IV. Betrokkenheid van patiëntenverenigingen

RIZIV nomenclatuur – Werkgroepen en commissies – Overeenkomstencommissie bandagisten en orthopedisten – Betrokkenheid van de beroepsverenigingen, ziekenfondsen en patiëntenverenigingen in de beslissingen genomen door deze commissies – Aspecten van overleg

Vraag nr. 836, gesteld op 30 juni 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw CREEMERS, volksvertegenwoordigster¹

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) beschikt over verschillende werkgroepen of commissies die zich onder andere bezighouden met de wijzigingen aan de nomenclaturen. Voor de commissie orthopedisten-bandagisten wordt er al enkele jaren gewerkt aan de wijziging van nomenclatuur artikel 29. Wat een enorme stap vooruit is in de werkwijze van deze commissie, is dat ook verenigingen die de belangen van patiënten vertegenwoordigen mee aan tafel konden zitten.

Dit is immers cruciaal wanneer ook beroepsverenigingen en mutualiteiten aanwezig zijn. Door verschillende partijen deel te laten nemen, kan er informatie verzameld worden uit verschillende hoeken en vanuit verschillende perspectieven. Ik juich deze werkwijze dan ook sterk toe. Het zou interessant zijn dat deze lijn wordt doorgetrokken naar andere commissies.

Ook de financiële kant van het verhaal heeft een grote impact op de patiënt. Beslissingen die worden genomen over de keuze van producenten wiens producten zullen worden terugbetaald, welke argumenten hiervoor worden gebruikt, wat de vraagprijs van de producenten zal zijn voor de prothesen, welk bedrag de patiënten zelf zullen moeten betalen, enz. Het zijn allemaal elementen waar een patiënt evenveel belang bij heeft.

1. Wat is uw visie op de betrokkenheid van de beroepsverenigingen, mutualiteiten en patiëntenverenigingen bij deze commissies?
2. Bij welke luiken van het overleg dienen elk van deze partijen volgens u aanwezig te zijn? Kan u dit toelichten voor elk van deze groepen?
3. Hoe zal u de betrokkenheid van patiëntenverenigingen ook in andere commissies van het RIZIV verwezenlijken? Op welke manier zal u ervoor zorgen dat dit telkens op een representatieve wijze gebeurt, met oog voor de variëteit aan patiënten in de vele domeinen van ziekte en invaliditeit?

1. Bulletin nr. 066, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 227.

Antwoord

Het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) beschikt inderdaad over een zeer groot aantal overlegorganen (commissies, comités, werkgroepen, enz.) die dienen voor het voorbereiden, analyseren, interpreteren, wijzigen, aanpassen, actualiseren, enz. van de regelgeving van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waaronder de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen waarvoor de klassieke partners de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen zijn.

In het besef dat de expertise van de patiënt veel kan betekenen voor dit permanente werk, worden patiëntenvertegenwoordigers steeds vaker uitgenodigd om deel te nemen aan de werkzaamheden inzake reflectie over de verplichte verzekering, door het werk van dergelijke overlegorganen te volgen of door hun mening te geven over ontwerp teksten of door bevestigd te worden over de behoeften waarmee zij te maken hebben, zoals in het voorbeeld dat u in uw vraag noemt. Daardoor worden de drie invalshoeken aan expertise ingezet: de “medische” expertise van de zorgverleners vertegenwoordigd door hun beroepsverenigingen, de expertise inzake beheer van de verzekering voor geneeskundige verzorging van de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen die de stem van de verzekerde uitdragen, en deze patiëntenexpertise die een weerspiegeling is van de patiëntenervaringen met betrekking tot de genomen beslissingen. Maar een dergelijke aanwezigheid van de stem van de patiënt is momenteel niet geformaliseerd en/of verplicht, het gebeurt op vrijwillige basis.

Evenwel werd, naar aanleiding van het Plan Prioriteit aan de Chronisch Ziekten, in 2012 een Observatorium voor chronische ziekten opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad van het RIZIV. Haar Raadgevende afdeling bestaat uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties (Vlaams Patiëntenplatform, Ligue des Usagers des Service de Santé en Patients Rat and Treff) en verzekeringsinstellingen. De missie van deze afdeling is om de behoeften van deze chronische patiënten te beoordelen. In dit verband zijn er veel ontwerpen van wijziging van de regelgeving met betrekking tot de verplichte verzekering aan haar voorgelegd voor advies en hebben patiënten behoeften geuit die hebben geleid tot voorstellen van wijziging van deze regelgeving, met inbegrip van de nomenclatuur, bijvoorbeeld voor tandheelkundige zorg voor chronisch zieke patiënten, kinesitherapie of pijnstillers.

Daarnaast wordt, zoals voorzien in de bestuursovereenkomst tussen het RIZIV en de federale overheid, gewerkt aan de oprichting van een Patiëntenforum binnen het RIZIV. Haar missie zou zijn om het overlegorgaan te zijn tussen de patiënten en het RIZIV, voor alle aangelegenheden die onder de bevoegdheid van het RIZIV vallen.

De modaliteiten voor de oprichting van dit Forum worden momenteel besproken met de Koepels van patiëntenorganisaties. De wettelijke basis zal in het najaar worden voorzien. Tijdens deze gesprekken gaven de koepels de voorkeur aan de vorm van zo'n Forum boven de aanwezigheid in verschillende overlegorganen van het RIZIV, omdat een dergelijke aanwezigheid een te zware last zou leggen op de vertegenwoordigers van patiënten die zich niet in twee kunnen splitsen, die vaak zelf patiënt zijn, die vrijwilligers zijn en geen beroepsbeoefenaar in de gezondheidssector en haar regelgeving en omdat de overlegorganen binnen het RIZIV zeer talrijk zijn. Er zijn bijvoorbeeld meer dan 170 overlegorganen waarvoor de leden presentiegelden ontvangen, en meer dan 80 officiële organen alleen al in de Dienst Geneeskundige verzorging (ongeveer 900 vergaderingen per jaar, of gemiddeld 17 per week, sommige 's avonds: vergaderingen in plenaire sessies, in formele werkgroepen, in informele werkgroepen, enz.).

Dit Patiëntenforum binnen het RIZIV zal dienen om snel te reageren op de noden van patiënten en op de verzoeken van de RIZIV-organen om de stem van patiënten te betrekken in hun huidige reflecties (terwijl de Raadgevende afdeling van het Observatorium voor chronische ziekten kan worden gebruikt voor meer diepgaande analyses over een langere periode). Dit zou onder meer kunnen gebeuren door occasioneel vertegenwoordigers van dit Forum naar bepaalde overlegorganen van het RIZIV te sturen. Het uitgangspunt is niet om precies te definiëren over welke aspecten van het overleg de patiënten zich moeten kunnen uiten maar om per geval te bekijken wanneer de expertise van de patiënt het meest aangewezen is in een bepaalde reflectie.

Ten slotte verzochten de Koepels in het kader van de lopende besprekingen om de creatie van een referentiepersoon patiënt binnen het RIZIV, die het centrale aanspreekpunt zal zijn voor de patiëntenorganisaties en die een brugfiguur zal vormen tussen de patiënten en de organen en experts van het RIZIV.

V. Enquête

Christelijke mutualiteit – Oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid – Bedrijfsoorzaak – Burn-out – Geen aandacht meer voor het welzijn – Vergoeding van psychologische zorg – Voorkomen van permanente toename van het aantal personen in arbeidsongeschiktheid – Mult-eMediatt – Project TRIO

Vraag nr. 854, gesteld op 8 juli 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DE JONGE, volksvertegenwoordigster¹

Op 29 juni 2021 verscheen in de krant De Standaard een artikel over oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid. Uit een recent onderzoek van het CM-gezondheidsfonds bij 4.350 leden blijkt dat 56 % van de langdurig zieken de oorzaak van hun arbeidsongeschiktheid minstens deels in de job of in het bedrijf ziet. Voor mensen met een burn-out is dit 90 %.

Christelijke mutualiteit concludeert daaruit dat de bedrijven meer inspanningen moeten leveren om het welzijn op het werk te bevorderen, via thuiswerk, ouderschapsverlof, eindeloopbaankrediet en dergelijke. Ze vraagt ook van de overheid dat psychologische hulp terugbetaald wordt.

In het regeerakkoord staat hierover het volgende: “We willen de blijvende instroom in (langdurige) arbeidsongeschiktheid voorkomen door werkgevers en werknemers te ondersteunen bij meer werkbaar werk, in overleg met de sociale partners. De responsabilisering van alle betrokken actoren, dit wil zeggen werkgevers, werknemers en artsen (huisarts, arbeidsarts, adviserend arts) is hierbij van groot belang, zowel op vlak van preventie als op vlak van re-integratie.”

1. Wat is uw visie op de conclusie van dit uitgebreid onderzoek?
2. Heeft de federale overheid plannen om psychologische hulp terug te betalen?
3. Hoever staat de regering in het uitvoeren van wat ze hieromtrent in het regeerakkoord overeen is gekomen?

Antwoord

1. Op basis van de vaststelling dat 56 % van de langdurig zieken die voor hun arbeidsongeschiktheid aan het werk waren, de oorzaak van hun arbeidsongeschiktheid minstens deels in de job of in het bedrijf ziet, worden een aantal aanbevelingen geformuleerd waarvan velen tot de bevoegdheid van de minister van Werk behoren.

1. Bulletin nr. 066, Kamer, gewone zitting 2020-2021, blz. 237.

Binnen de ziekte- en invaliditeitsverzekering worden echter ook talrijke acties ondernomen.

- Het project mult-eMediatt heeft als doelstelling om met het akkoord van de patiënt het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (GAO) elektronisch te verzenden vanuit de software van de arts naar één of meerdere bestemmingen. Dit project zal in productie gaan begin 2022. In een eerste fase zal de huisarts het GAO elektronisch kunnen verzenden naar de verzekeringsinstellingen, Medex en HR rail. Dit zal talrijke voordelen opleveren voor de verzekerde: er moet geen papieren getuigschrift meer worden meegenomen bij het doktersbezoek, het GAO moet niet meer per post worden verstuurd, er zijn geen administratieve verplichtingen meer nodig ten aanzien van de verzekeringsinstelling na afloop van het doktersbezoek, en er is minder risico op laattijdige verzending van het GAO en dus minder risico op een sanctie. Dit project vormt een eerste stap in de digitalisering van de administratie arbeidsongeschiktheid en een vereenvoudiging van het administratief proces voor de verzekerde
- Reeds in 2016 werd het TRIO-project opgestart, aanvankelijk in Vlaanderen, later ook in Frans-talig België. Met dit project werd een netwerk opgezet om de communicatie tussen huisartsen, arbeidsartsen en adviserend artsen te bevorderen en om zo efficiënter te werken aan een duurzame re-integratie van langdurig zieken
- Het beheerscomité van de uitkeringsverzekering heeft in zijn zitting van 21 april 2021 richtlijnen goedgekeurd voor de multidisciplinaire aanpak van de dossiers arbeidsongeschiktheid en re-integratie binnen de verzekeringsinstellingen. De adviserend arts wordt omringd door een multidisciplinair team bestaande uit verpleegkundigen, psychologen, kinesitherapeuten, ergotherapeuten en sociaal werkers. Dit team richt zich op de behoeften van de persoon in arbeidsongeschiktheid, zowel in het kader van de controle op de arbeidsongeschiktheid als in het kader van de socioprofessionele re-integratie. Deze aanpak moet leiden tot een betere begeleiding en ondersteuning van de verzekerden bij hun herstel en werkhervatting
- In het kader van de begeleiding en ondersteuning van de verzekerden bij hun werkhervatting voorziet het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) ook in de terugbetaling van een beroepsoriënteringsonderzoek. Tijdens dergelijk onderzoek gaat men na wat de professionele voorgeschiedenis van de verzekerde is, wat de competenties en werkpunten zijn, wat de mogelijkheden zijn op de arbeidsmarkt en welke stappen verder kunnen worden gezet zowel qua bemiddeling, begeleiding als opleiding. In deze fase wordt alle informatie verzameld die nodig is om een traject uit te voeren, alsook wordt bepaald of een traject werkelijk nodig is
- Het regeerakkoord voorziet dat de re-integratie van langdurig zieken verder wordt versterkt. In dit kader wordt een nieuwe functie van "Terug Naar Werk-coördinator" toegevoegd aan de multidisciplinaire teams binnen de verzekeringsinstellingen. Deze coördinator zal binnen het multidisciplinair team de eerste aanspreekpersoon zijn voor de "Terug Naar Werk-materie". Hij zal de spil zijn in de multidisciplinaire aanpak tussen alle betrokken stakeholders: de werknemer, de adviserend arts (die in relatie staat met de behandelend arts en de arbeidsarts), maar eventueel ook de externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, de werkgever en allerlei andere dienstverleners (zoals de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten, centra voor loopbaanbegeleiding, revalidatiecentra, enz.). Zijn kerntaak is om de bereidheid tot en de kansen op de beoogde terugkeer naar werk te bevorderen: organisatie en coördinatie van de "Terug Naar Werk-activiteiten", bemiddeling met interne en externe stakeholders, administratie en opvolging van de "Terug Naar Werk-trajecten".

2. De terugbetaling van psychologische hulp zorgt ervoor dat deze hulp voor meer mensen toegankelijk wordt. Bij werknemers die tijdig psychologische hulp krijgen, kan arbeidsongeschiktheid worden voorkomen. Wanneer men toch arbeidsongeschikt wordt, kan de psychologische hulp helpen bij het herstel en de werkhervatting, en ook na de werkhervatting kan psychologische hulp herval helpen voorkomen.

In dat verband werd reeds vanaf 2018 voorzien in een eerste vorm van terugbetaling van de eerstelijnspsychologische zorg. Op 26 juli 2021 heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV ingestemd met een nieuwe overeenkomst die een verdere stap is in het aanbod van de psychologische zorg aan de bevolking en in de verdere ontwikkeling van eerstelijns- en gespecialiseerde psychologische zorg in de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Dit vormt een belangrijke aanvulling op het reeds bestaande aanbod.

De eerstelijnspsychologische zorg betreft interventies die tot doel hebben de autonomie of de zelfzorg te versterken via vraagverheldering en een evaluatie van de hulpvraag, begeleide zelfhulp, psycho-educatie, empowerment en opbouw van veerkracht en door ondersteuning van eerstelijnsactoren en doorverwijzing indien nodig.

Het doel is ervoor te zorgen dat de behoeften van de patiënt zo vroeg mogelijk worden opgespoord (vroegdetectie) en op passende wijze worden behandeld. De overeenkomst regelt de financiering van twee psychologische functies in de eerstelijnszorg: de functie eerstelijnspsychologische zorg en de functie gespecialiseerde psychologische zorg.

Afhankelijk van de hulpvraag kan de interventie preventief gericht zijn op het ondersteunen van zelfzorg en veerkracht als onderdeel van de functie eerstelijnspsychologische zorg. Indien uit het functioneel bilan blijkt dat behandeling van de onderliggende psychische stoornis noodzakelijk is, wordt binnen het netwerk beroep gedaan op de functie gespecialiseerde psychologische zorg.

Deze nieuwe overeenkomst treedt in werking op 1 september 2021.

3. Het Terug Naar Werk plan waarvan de Terug Naar Werk coördinatoren, zoals omschreven in het antwoord op punt 1, deel uitmaken is in eerste lezing goedgekeurd door de Ministerraad. Het concept kwam tot stand in nauw overleg met de stakeholders en het kabinet van minister Dermagne. De wetteksten werden voor advies ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit en de Raad van State. De teksten worden na tweede lezing door de Ministerraad zo snel mogelijk voorgelegd aan de parlementairen. Voor de uiteindelijke uitrol is ook een akkoord op het begrotingsconclaf in het najaar vereist.

VI. Vergoeding van medische kosten in het buitenland

Bijdrage in België – Behandelen in hun land van residentie
– Behandelingen in België – Jarenlange klanten – Akkoord met het RIZIV - Onderhandelingen

Vraag nr. 951, gesteld op 24 augustus 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw SAMYN, volksvertegenwoordigster¹

Steeds meer landgenoten wonen voor kortere of langere tijd in het buitenland. Sommige zelfs definitief om er te gaan rentenieren. De terugbetaling van hun geneeskundige kosten, zelfs al betalen ze daarvoor een bijdrage in België, is zeer verschillend geregeld. Soms kunnen ze in het land van hun verblijf geholpen worden maar soms is er enkel terugbetaling wanneer men behandelingen in België kan uitvoeren.

Op de webstek van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/internationaal/leven>) staat een beperkte lijst van landen waar er informatie over beschikbaar is. Op sommige landen kan men doorklikken voor meer informatie maar op sommige landen en het tabblad de “andere” al helemaal niet. De informatie is dus allicht gedateerd en zeer onvolledig. Er zijn sinds jaren klachten over het al dan niet terugbetalen van de medische kosten van landgenoten die in het buitenland verblijven.

1. Zal er een update voorzien worden van de landenlijst en zal de informatie voor alle landen toegankelijk worden?
2. Waarom zijn er zoveel landen waar er geen akkoord mee is om de medische kosten te verrekenen met het RIZIV?
3. Zijn er momenteel onderhandelingen lopende met bepaalde landen om in een regeling te voorzien en zo ja welke en wat is de stand van zaken?
4. Zo niet, wat is de reden waarom er geen akkoorden worden afgesloten?

Antwoord

1. De informatie op de website van het RIZIV dient te worden bijgewerkt maar de nodige informatie is wel terug te vinden via www.leavingbelgium.be dat deel uitmaakt van het portaal van de sociale zekerheid.

2. Ik zou de vraag eerder omdraaien en samen met u vaststellen dat er 43 landen zijn waarmee de medische kosten worden verrekend, hetzij op basis van de EU-reglementering, hetzij op basis van een bilaterale overeenkomst. Het is ook belangrijk om te weten dat dergelijke overeenkomsten in Europa ingeburgerd zijn, maar dat dit niet het geval is in andere delen van de wereld.

1. Bulletin nr. 069, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 190.

3. Op dit ogenblik voert mijn administratie, de FOD Sociale Zekerheid, verkennende informatieve gesprekken met Thailand. Dit wil echter niet zeggen dat er ook effectief onderhandelingen worden opgestart. Beide landen moeten immers akkoord gaan om dergelijke onderhandelingen op te starten. Voor Thailand zou dit namelijk de eerste keer zijn dat ze een dergelijke overeenkomst sluiten.

4. Eerst en vooral vestig ik er uw aandacht op dat de ziekteverzekering deel uitmaakt van de sociale zekerheid en hoofdzakelijk via sociale zekerheidsbijdragen wordt gefinancierd. Wanneer er een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid wordt afgesloten dan kan de ziekteverzekering eventueel in de materiële werkingssfeer van een dergelijke overeenkomst worden opgenomen.

Vooraleer er wordt beslist om positief te reageren op de vraag van een ander land of om zelf de vraag te stellen aan een ander land wordt er een analyse gemaakt van de situatie. Van Belgische zijde starten wij een analyse op als bijvoorbeeld de Belgische gemeenschap ter plaatse ons benadert. De criteria die bij de analyse worden gebruikt, zijn:

(i) Heeft het andere land een sociaal zekerheidsstelsel met inbegrip van een ziekteverzekering? Er zijn dus bilaterale overeenkomsten waar de ziekteverzekering niet is opgenomen omdat er in het andere land bijvoorbeeld wel een uitgebouwd pensioenstelsel bestaat maar geen ziekteverzekering.

(ii) Hoeveel Belgen verblijven/wonen er in het andere land en hoeveel onderdanen van het andere land verblijven/wonen in België?

(iii) Wat is de economische en politieke relatie met het betrokken land?

(iv) Specifiek voor de opname van de ziekteverzekering wordt er ook gekeken naar het niveau van de gezondheidszorg in het publiek gezondheidszorgstelsel. Geneeskundige zorg verleend door privé-zorgverleners, niet werkzaam binnen het publiek gezondheidszorgstelsel, valt immers nooit onder het principe van de wederzijdse vergoeding van de ziektekosten dat voorzien wordt in dergelijke overeenkomsten.

De criteria (i) en (iv) zijn het belangrijkste voor ons. Als het antwoord daarop negatief is, wordt de analyse niet verdergezet. Het aantal personen dat betrokken is, is ook belangrijk maar niet doorslaggevend en het antwoord op criterium (iii) is voornamelijk van belang voor de minister van Buitenlandse Zaken die formeel beslist of met een bepaald land onderhandelingen kunnen worden opgestart.

VII. Controles van de DGEC op de thuisverpleegkundige

Geen enkele controle op de verzekeringsinstellingen – Thuisverpleegkundigen voelen zich geïsoleerd – Percentage overtredingen per sector – DGEC – Inspectie op basis van meldingen met hun eigen risico-analyses

Vraag nr. 1000, gesteld op 14 september 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw VAN CAMP, volksvertegenwoordiger¹

In antwoord op mijn schriftelijke vraag nr. 294 van 17 december 2020 stelt u dat de controles van de DGEC “voor de overgrote meerderheid” plaats vinden bij zelfstandige thuisverpleegkundigen (*Vragen en Antwoorden, Kamer, 2020-2021, nr. 37*).

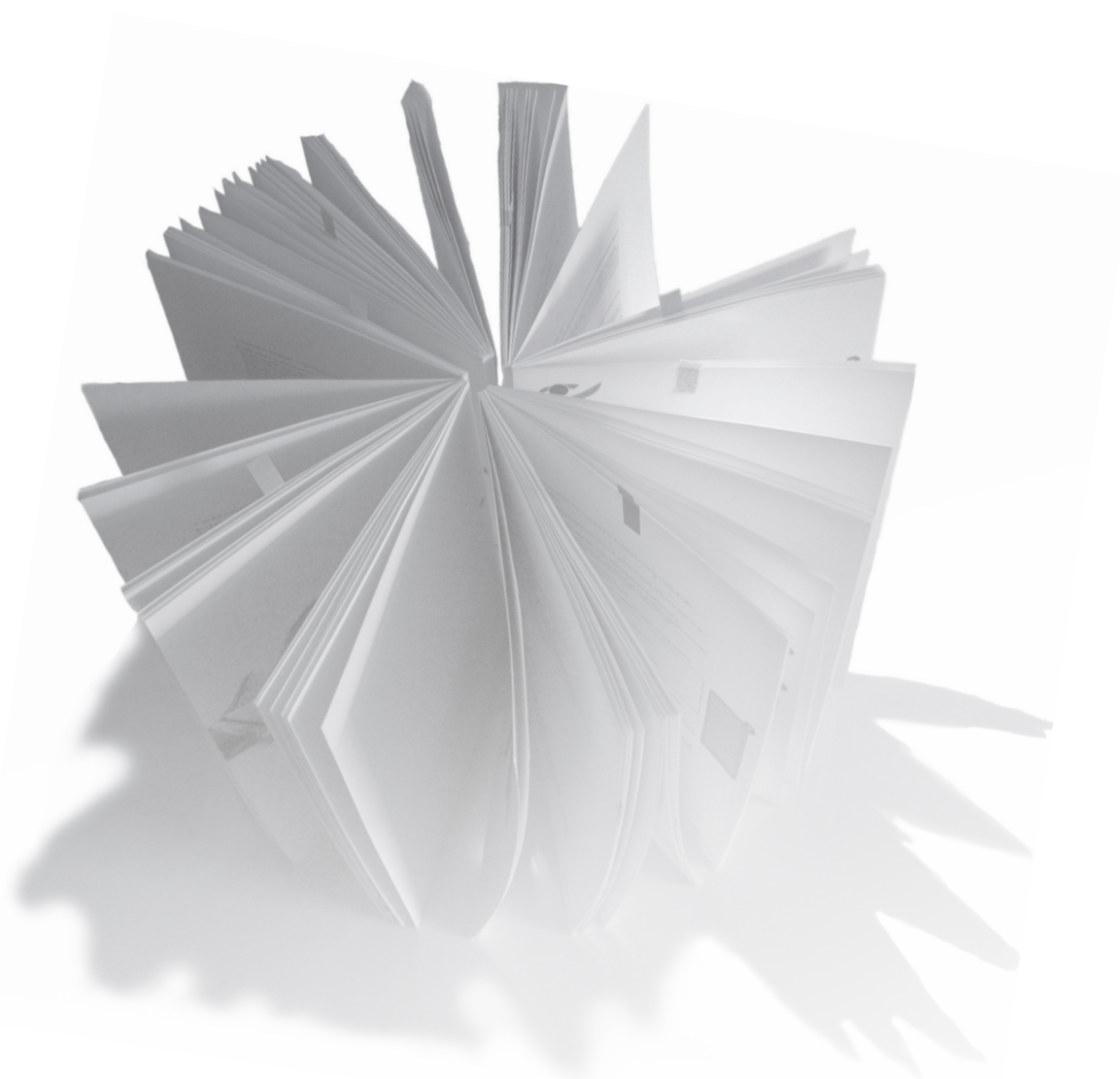
1. Waarom is dit zo en zijn er dus blijkbaar amper controles bij de thuisverpleegkundige diensten die gelinkt zijn aan verzekeringsinstellingen?
2. Kan u begrijpen dat zelfstandige thuisverpleegkundigen zich geïsoleerd voelen?
3. Wat is het percentage overtredingen per sector, dus de zelfstandige thuisverpleging versus de thuisverpleegkundige diensten die gelinkt zijn aan een verzekeringsinstelling?

Antwoord

1. De Dienst geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voert inspectieactiviteiten uit op basis van meldingen en eigen risicoanalyses. Er is geen specifieke focus op “zelfstandige” of “in loondienst” maar wel op het aanrekengedrag en mogelijke administratieve fouten, misbruik of intentionele inbreuken. Ter verduidelijking, in de voor de dienst beschikbare gegevens is niet zichtbaar welke thuisverpleegkundigen al dan niet gelinkt zijn aan een verzekeringsinstelling.
2. Indien deze gevoelens daadwerkelijk bestaan hoopt de DGEC dat de feiten in het antwoord op punt 1 die gevoelens een correcte plaats geven. Slechts bij een kleine minderheid van de zelfstandige thuisverpleegkundigen start de DGEC een onderzoek op. Thuisverpleegkundigen in loondienst hebben bovendien zelf geen financieel voordeel aan een inbreuk op de regelgeving.
3. De DGEC beschikt niet over informatie of thuisverpleegkundigen gelinkt zijn aan verzekeringsinstellingen. De tenlastegelegde inbreuken bij enkele zorgverleners zijn bovendien niet representatief voor de hele groep of extrapolieerbaar naar de sector.

1. Bulletin nr. 068, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 264.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Nieuwe overeenkomst inzake geavanceerde of dure technologieën bij de diabetespatiënt (GDT overeenkomst) - Sector 7.86.9

Van toepassing vanaf 1 oktober 2021 tot 30 september 2024.

A. Tijdens zijn vergadering van 26 april 2021 heeft het Verzekeringscomité de **overeenkomst inzake geavanceerde of dure technologie bij de diabetespatiënt (GDT overeenkomst)** goedgekeurd, evenals de lijst van inrichtingen die aan de voorwaarden voldoen om deze overeenkomst te kunnen afsluiten. *Als bijlage¹ en 2* bij onderhavige omzendbrief gaan respectievelijk deze overeenkomst en de lijst van centra die de overeenkomst effectief hebben gesloten.

B. Tijdens zijn vergadering van 4 oktober 2021 heeft het Verzekeringscomité een **wijzigingsclausule bij deze overeenkomst** goedgekeurd en ook een eerste technologie goedgekeurd die in het kader van de overeenkomst kan worden vergoed. Daartoe keurde het Verzekeringscomité een **fiche** betreffende deze technologie goed. De wijzigingsclausule en de fiche gaan respectievelijk als *bijlage 3 en 4²* bij deze omzendbrief. De verzekeringsinstellingen zullen via afzonderlijke omzendbrieven V.I. op de hoogte worden gebracht als in de toekomst bijkomende fiches voor andere technologieën zouden worden goedgekeurd.

Krachtens de wijzigingsclausule treedt de overeenkomst op **1 oktober 2021** in voege. De overeenkomst is geldig voor 3 jaar; **tot en met 30 september 2024**.

De eerste technologie die in het kader van de overeenkomst werd goedgekeurd is de volgende: **Hybrid Closed Loop systeem verkregen door het gecombineerd simultaan gebruik door eenzelfde patiënt van**

- de insulinepomp Tandem t:slim X2™ met Control-IQ™ technologie en
- de Dexcom G6 Sensor & Transmitter.

C. Rechthebbenden

Patiënten komen enkel in aanmerking voor tenlasteneming van de goedgekeurde technologie (Hybrid Closed Loop systeem verkregen door simultaan gebruik van de insulinepomp Tandem t:slim X2™ en Dexcom G6) als zij voldoen aan de voorwaarden van de overeenkomst en aan de voorwaarden die in de fiche voor die technologie (bijlage 4 bij deze omzendbrief) zijn vastgelegd.

Komen concreet in aanmerking:

Volwassen patiënten (minimum 16 jaar oud)

- die reeds minimum 12 maanden met intensieve insulinetherapie worden behandeld in het kader van de zelfregulatieovereenkomst voor volwassenen (7.86.0xx.xx of 7.86.1xx.xx) of de insulinepompovereenkomst (7.86.5xx.xx) of uitzonderlijk in het kader van de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten (7.86.7xx.xx) en die behoren tot groep A van de zelfregulatieovereenkomst voor volwassenen, *en*

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Hier niet gepubliceerd.

- die aan de voorwaarden voor een insulinepompbehandeling van één van deze overeenkomsten beantwoorden *en*
- die ook reeds minimum 12 maanden hun glycemie meten met behulp van een sensor,

alsmede kinderen en adolescenten die minimum 6 jaar oud zijn (en nog geen 20 jaar oud zijn)

- die reeds minimum 6 maanden met intensieve insulinetherapie worden behandeld in het kader van de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten (7.86.7xx.xx), en die behoren tot de patiënten die worden vermeld in artikel 6 § 1 van deze overeenkomst, en
- die aan de voorwaarden voor een insulinepompbehandeling van deze overeenkomst beantwoorden *en*
- die ook reeds minimum 6 maanden hun glycemie meten met behulp van een sensor.

Alleen patiënten die uiterlijk op 31 december 2022 starten met het gebruik van deze technologie, komen voor de vergoeding van deze technologie in aanmerking.

De technologie kan zowel worden vergoed voor patiënten bij wie het ondanks de intensieve insulinetherapie niet lukt om een stabiele bloedsuikerspiegel te bereiken, als voor patiënten bij wie dit wel lukt maar waarbij de huidige behandeling zoveel inspanningen vraagt dat hun levenscomfort hierdoor drastisch vermindert.

De overeenkomst beoogt in de eerste plaats ambulante patiënten, maar gehospitaliseerde patiënten kunnen de behandeling tijdens hun hospitalisatie verder zetten. Eventueel kan de behandeling ook tijdens een hospitalisatie worden gestart.

D. Aanvraag om tegemoetkoming

De aanvraag om tegemoetkoming voor een rechthebbende (art. 11, 12 en 13) moet worden ingediend bij de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van die rechthebbende. Die adviserend arts is bevoegd om zich over die aanvraag om tegemoetkoming uit te spreken.

Daartoe moet het formulier “Aanvraag aan de adviserend arts van de verzekeringsinstelling om tegemoetkoming in de kosten van een GDT” worden gebruikt. Dit formulier gaat als *bijlage*³ 5 bij deze omzendbrief.

Dit formulier bevat naast de verklaring van de patiënt, tevens een medisch voorschrift dat moet worden ondertekend door een arts van het diabetesteam van de inrichting.

Alleen artsen die voor de ziekenhuizen met een GDT-overeenkomst als voorschrijvende arts fungeren in het kader van de diabeteszelfregulatieovereenkomst voor volwassenen, de insulinepompovereenkomst voor volwassenen of de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten kunnen voor hun patiënten aanvragen om tenlasteneming ondertekenen. De lijsten van de voorschrijvende artsen in het kader van die overeenkomsten worden gepubliceerd via omzendbrieven V.I.

De door de adviserend arts toegestane, eventueel hernieuwbare, periode begint op de eerste dag van de behandeling met de GDT (eerste dag waarop de rechthebbende over de GDT beschikt) en mag niet langer zijn dan 12 maanden.

De door de adviserend arts genomen beslissing heeft steeds betrekking op de GDT waarmee de rechthebbende volgens de aanvraag om tenlasteneming effectief wordt behandeld. De beslissing zal daarom de pseudocode vermelden van de GDT-behandeling die ten laste wordt genomen.

Indien tijdens de periode van tenlasteneming de behandeling wijzigt en de rechthebbende daardoor overschakelt naar een GDT-behandeling met een andere pseudocode, dient een nieuwe aanvraag om tenlasteneming te worden ingediend die de GDT vermeldt waarmee de rechthebbende vanaf de gevraagde nieuwe begindatum van de tenlasteneming zal worden behandeld.

De verzekeringstegemoetkoming wordt geweigerd voor elke verstrekking die meer dan 30 dagen vóór de datum waarop de adviserend arts de aanvraag ontvangt, zou zijn verricht. Indien het om een eerste voorschrift gaat, moet de adviserend arts dus de aanvraag ontvangen binnen de 30 dagen die volgen op de eerste dag waarop de rechthebbende met de behandeling met zijn GDT is gestart. In geval van verlenging, moet de adviserend arts dus de aanvraag ontvangen binnen de 30 dagen die volgen op de eerste dag van de volgende toegekende periode (art. 142, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

E. Vergoedbare verstrekkingen (art. 14)

Voor de goedgekeurde technologie (Hybrid Closed Loop systeem verkregen door simultaan gebruik van de insulinepomp Tandem t:slim X2™ en Dexcom G6) dienen volgende pseudocodes gebruikt te worden:

- 784991 (ambulante rechthebbenden)
- 785002 (gehospitaliseerde rechthebbenden)

Voor deze technologie kan een dagforfait van 6 EUR aangerekend worden. Het bedrag van 1 EUR (cf. art. 14 § 2, 2^{de} punt), **kan niet aangerekend worden** voor de technologie waarop de fiche betrekking heeft.

Deze bedragen zijn niet-indexeerbaar.

Per dag en per rechthebbende kan slechts één verstrekking in het kader van onderhavige overeenkomst worden aangerekend.

De verstrekkingen van de artsen die de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorziet, zijn niet inbegrepen in bovenvermelde prijzen.

In toepassing van de bepalingen van het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatie-inrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming die in het voormelde besluit wordt bepaald, **niet toegepast** op de verzekeringstegemoetkoming waarin in het kader van deze overeenkomst wordt voorzien.

De verstrekking die krachtens deze overeenkomst wordt vergoed, mag worden gecumuleerd met de verstrekkingen die in de zelfregulatieovereenkomst voor volwassenen (sector 7.86), in de insulinepompovereenkomst (sector 7.86.5) en in de kinderdiaabetesovereenkomst (sector 7.86.7) zijn opgenomen (cf. art. 14, § 6).

Voor patiënten die in het kader van de GDT-overeenkomst met de goedgekeurde technologie (Hybrid Closed Loop systeem verkregen door simultaan gebruik van de insulinepomp Tandem t:slim X2™ en Dexcom G6) worden behandeld, kan het GDT-forfait (6 EUR) dus gecumuleerd worden met het sensorforfait van de zelfregulatieovereenkomst voor volwassenen of van de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten, en met een insulinepompforfait van de insulinepompovereenkomst of van de zelfregulatieovereenkomst voor kinderen en adolescenten, ook al worden aan de patiënt alleen in het kader van de GDT-overeenkomst een insulinepomp en sensoren ter beschikking gesteld.

...



II. Bijzondere maatregelen inzake het overbrengen van COVID-19-ICU-patiënten vanuit Belgische ziekenhuizen naar ziekenhuizen in de buurlanden

Van toepassing vanaf 1 december 2021 tot 28 februari 2022.

I. Inleiding

Het hoge aantal patiënten dat met COVID-19 in de Belgische ziekenhuizen is opgenomen, maakt dat de toestand in onze ziekenhuizen precair blijft, zowel op de afdelingen intensieve zorg (ICU) als op gewone niet-intensieve zorg verpleegeenheden (non-ICU).

In overeenstemming met de richtlijnen dienen de ziekenhuizen zich binnen hun netwerk te organiseren om de gevraagde capaciteit (ICU en/of non-ICU) te verzekeren. De ziekenhuizen dienen in de huidige fase de patiënten maximaal binnen het eigen netwerk of binnen de provincie te spreiden. Indien dit niet meer mogelijk blijkt, zal ook supra-netwerk en supra-provinciaal gespreid worden. In laatste instantie kan overwogen worden om COVID-19-ICU-patiënten naar een ziekenhuis in een buurland over te brengen.

Bij de overbrenging van COVID-19-ICU-patiënten van Belgische ziekenhuizen naar ziekenhuizen in een buurland wordt, zo maximaal mogelijk, gebruik gemaakt van het systeem voor vroegtijdige waarschuwing en maatregelen (*Early Warning and Response System – EWRS*) zoals voorgesteld in de *Mededeling van de Commissie inzake richtsnoeren voor EU-noodhulp voor grensoverschrijdende samenwerking in de gezondheidszorg met betrekking tot de COVID-19-crisis* (Publicatieblad van de Europese Unie, nr. C 111 I van 03.04.2020).

Deze omzendbrief heeft tot doel de procedure en de maatregelen toe te lichten die de overbrenging van zowel COVID-19-ICU-patiënten vanuit Belgische ziekenhuizen naar ziekenhuizen in een buurland faciliteren.

II. Toepassingsgebied

Deze omzendbrief heeft betrekking op de overbrenging van zowel COVID-19-ICU-patiënten vanuit een Belgisch ziekenhuis naar een ziekenhuis in een buurland.

Deze omzendbrief bevat ook informatie over de terugbetaling van de kosten bij het terugbrengen van COVID-19-ICU-patiënten vanuit een ziekenhuis in een buurland naar België.

III. Procedure

Ingeval van overbrenging van COVID-19-ICU-patiënten naar een ziekenhuis in het buitenland, dient het Belgische ziekenhuis zich er voorafgaandelijk van te vergewissen dat het buitenlandse ziekenhuis bereid is om deze patiënten op te nemen. Dit is bedoeld om te waarborgen dat de behandeling in het buitenlandse ziekenhuis mogelijk zal zijn.

Wanneer een COVID-19-ICU-patiënt vanuit een Belgisch ziekenhuis naar een buitenlands ziekenhuis wordt overgebracht, dient het Belgische ziekenhuis de Belgische verzekeringsinstelling van deze patiënt zo snel mogelijk op de hoogte te brengen en de volgende gegevens over te maken :

- de identiteitsgegevens van de patiënt (voornaam, naam, INSZ-nummer)
- de naam en het adres van het buitenlandse ziekenhuis waarheen de patiënt is overgebracht
- de datum van overbrenging naar het buitenlandse ziekenhuis
- de verwachte duur van het verblijf in het buitenlandse ziekenhuis
- de melding dat het een overbrenging van een COVID-19-ICU-patiënt betreft.

De verzekeringsinstellingen reiken een toestemming (document S2) uit en sturen deze rechtstreeks naar het buitenlandse ziekenhuis waarheen de COVID-19-ICU-patiënt is overgebracht. De voorwaarden van artikel 20, lid 2, van *Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels* zijn in dit geval niet van toepassing.

De toestemming (document S2) die in het kader van deze omzendbrief wordt uitgereikt, dient minstens de volgende gegevens te vermelden :

- de persoonlijke gegevens van de verzekerde
- de vermelding dat het om een opname ingevolge COVID-19-ICU gaat
- de naam en het adres van het buitenlandse ziekenhuis
- de voorziene duur van de opname zoals meegedeeld door het Belgische ziekenhuis.

Indien het verblijf in het buitenlandse ziekenhuis in het kader van een COVID-19-ICU-behandeling langer duurt dan de periode vermeld op de toestemming (S2) dan mogen de verzekeringsinstellingen een verlenging van de toestemming (document S2) toestaan mits een medisch verslag met motivering voor de verlenging wordt voorgelegd.

IV. Verzekerbearheid van de COVID-19-ICU-patiënt die naar een buitenlands ziekenhuis wordt overgebracht

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen inzake de verzekerbearheid van een COVID-19-ICU-patiënt die naar een buitenlands ziekenhuis wordt overgebracht, zoals bijv.:

- de patiënt is een rechthebbende van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging : afgifte van een toestemming (document S2) door de bevoegde verzekeringsinstelling waarbij de kosten ten laste vallen van België
- de patiënt woont in België met recht op geneeskundige zorg ten laste van een andere lidstaat van EU/EER of Zwitserland : afgifte van een toestemming (document S2) door de Belgische verzekeringsinstelling in toepassing van artikel 26, lid 3, van *Verordening (EG) 987/2009 tot vaststelling van de wijze van toepassing van Verordening (EG) 883/2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels* waarbij de kosten ten laste vallen van de bevoegde lidstaat. De Belgische verzekeringsinstelling, waarbij de patiënt is geregistreerd, dient in dit geval de verzekeringsinstelling in de bevoegde lidstaat op de hoogte te brengen van de afgifte van een document S2 door het opstarten van S_BUC_11 of via elke andere wijze indien de bevoegde lidstaat zich nog niet *EESSI-ready* heeft verklaard voor deze S_BUC.

! **AANDACHT:** Wanneer de patiënt in België woont met recht op geneeskundige zorg ten laste van een andere lidstaat en naar een ziekenhuis in het bevoegde land wordt overgebracht, dan dient de Belgische verzekeringsinstelling geen enkel document uit te reiken. Het is aan de bevoegde lidstaat om de nodige maatregelen te nemen opdat deze patiënt op zijn grondgebied toegang krijgt tot geneeskundige zorg ten laste van de bevoegde lidstaat..

De ziekenhuizen, alsook de verzekeringsinstellingen, zijn er toe gehouden om voorafgaand aan de overbrenging van een patiënt naar een buitenlands ziekenhuis te controleren of deze in orde is met zijn verzekeraar. **Enkel patiënten die in orde zijn met hun verzekeraar bij hun Belgische verzekeringsinstelling mogen naar een buitenlands ziekenhuis worden overgebracht.**

V. Overbrenging van COVID-19-ICU-patiënten van een Belgisch ziekenhuis naar een buitenlands ziekenhuis

De ziekenwagen die een COVID-19-ICU-patiënt vanuit een Belgisch ziekenhuis naar een ziekenhuis in een buurland overbrengt, factureert aan het Belgische ziekenhuis. Het Belgische ziekenhuis kan de terugbetaling vragen volgens de met de FOD Volksgezondheid gemaakte afspraken.

Wanneer het ziekenhuis evenwel een beroep moet doen op een ziekenwagen via het eenvormig oproepstelsel, dan worden de kosten ten laste genomen volgens de met de FOD Volksgezondheid gemaakte afspraken.

VI. Overbrenging (terugkeer) van COVID-19-ICU-patiënten van een buitenlands ziekenhuis naar België

Er kunnen zich verschillende situaties voordoen wanneer COVID-19-ICU-patiënten vanuit een buitenlands ziekenhuis naar België terugkeren, zoals bijv. :

- de terugkeer gebeurt met een buitenlandse ziekenwagen: indien dergelijk ziekenwagenvervoer door de buitenlandse wettelijke ziektekostenverzekering wordt vergoed, dan gebeurt de facturatie en terugbetaling van de kosten van het transport volgens de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de buitenlandse wettelijke ziektekostenverzekering op basis van de toestemming (document S2) die voor de ziekenhuisopname is uitgereikt
- de terugkeer gebeurt met een buitenlandse ziekenwagen: indien dergelijk ziekenwagenvervoer niet door de buitenlandse wettelijke ziektekostenverzekering wordt vergoed, en een facturatie en terugbetaling op basis van de toestemming (document S2) niet mogelijk is, dan mag de betaling of desgevallend de terugbetaling gevraagd worden aan de FOD Volksgezondheid (Directoraat-generaal Gezondheidszorg, Dienst Dringende Hulpverlening)
- de terugkeer gebeurt met een Belgische ziekenwagen: in dit geval zijn de bepalingen van punt V van deze omzendbrief op overeenkomstige wijze van toepassing
- de terugkeer gebeurt met eigen vervoersmiddelen of met het openbaar vervoer: in dit geval blijven de kosten integraal ten laste van de patiënt.

VII. Statistische gegevens

De verzekeringsinstellingen verzamelen een aantal statistische gegevens:

- (i) het aantal uitgereikte documenten S2, alsook het aantal verzekerden;
- (ii) het aantal eerste afgiften van een document S2 en het aantal verlengingen;
- (iii) het Belgische ziekenhuis van waaruit de COVID-19-ICU-patiënt wordt overgebracht;
- (iv) het buitenlandse ziekenhuis, en het land, waarheen de COVID-19-ICU-patiënt wordt overgebracht.



De verzekeringsinstellingen sturen deze gegevens binnen de drie maanden na het einde van de geldigheidsduur van deze omzendbrief naar het RIZIV (rir@riziv-inami.fgov.be).



Daarnaast dienen de verzekeringsinstellingen ook de nodige gegevens te verzamelen over de financiële verplichtingen verbonden aan de toestemming (document S2) die in toepassing van deze omzendbrief is uitgereikt. De verzekeringsinstellingen sturen deze gegevens naar het RIZIV binnen de drie maanden na ontvangst van de buitenlandse vordering (rir@riziv-inami.fgov.be).

VIII. Geldigheidsduur

Deze omzendbrief is van toepassing op COVID-19-ICU-patiënten die in de periode van 1 december 2021 tot en met 28 februari 2022 vanuit een Belgisch ziekenhuis naar een ziekenhuis in een van de buurlanden worden overgebracht.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/333 – 392/86, 80/127 en 83/509 van 7 december 2021.

III. Recht op geneeskundige verzorging van naar een andere lidstaat van de Europese Unie, de Europese Economische Ruimte, Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk gedetacheerde militairen, en hun gezinsleden - Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels - Brexit - Gevolgen van het “Terugtrekkingsakkoord” van 24 januari 2020 en de “Handels- en samenwerkingsovereenkomst” van 30 december 2020

Van toepassing vanaf 14 december 2021.

1. Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel de verzekeringsinstellingen toelichtingen te geven over de gevolgen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (hierna: verplichte ziekteverzekering) van een wijziging in het beleid van Defensie waardoor met ingang van 1 juli 2019 wel bijdragen voor de verplichte ziekteverzekering zullen betaald worden voor militairen die naar een andere lidstaat van de Europese Unie (EU), de Europese Economische Ruimte (EER), Zwitserland of het Verenigd Koninkrijk worden gedetacheerd.

2. Toepasselijke wetgeving en de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Overeenkomstig artikel 11, lid 3, b), van Verordening (EG) 883/2004 zijn “ambtenaren” (in de ruime zin van het woord), onder wie ook militairen, onderworpen aan de wetgeving van de lidstaat waaronder de dienst waarbij zij werkzaam zijn, ressorteert. Diegenen die als personeelslid (of gelijkgestelde) voor een Belgische overheid (federaal, gefedereerde entiteit, ...) werken, zijn/blijven dus onderworpen aan de Belgische socialezekerheidswetgeving als zij worden uitgezonden naar een land waar de bepalingen van de *Verordeningen (EEG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels* (hierna: Verordeningen (EEG) 883/2004 en 987/2009) toepasselijk zijn. De concrete onderwerping is een zaak van het interne recht van een lidstaat: bijv. de voorwaarden voor het openen van het recht op geneeskundige verzorging worden bepaald door de Belgische wetgeving.

Het personeel toepassingsgebied van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt omschreven in artikel 32 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Tot de geviseerde rechthebbenden behoren onder andere:

“de werknemers die vallen onder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders [...]” (art. 32, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Hieronder vallen zowel personen die in contractueel dienstverband als in een statutaire betrekking voor een overheidsdienst werken.

Wat betreft de personen die in statutair verband werken voor een dienst van de federale overheid (waaronder Defensie), de Gemeenschappen, de Gewesten, de provincies en de instellingen ondergeschikt aan de provincies, de gemeenten en de instellingen aan de gemeenten ondergeschikt en de verenigingen van gemeenten, is de toepassing van de wet van 27 juni 1969 beperkt tot de regeling inzake de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, sector van de geneeskundige verzorging.

Echter, personen die in statutair verband werken voor een dienst van de federale overheid, de Gemeenschappen of de Gewesten, zijn niet meer aan de wet van 27 juni 1969 onderworpen wanneer zij hun functies voor de overheidsdienst waaronder ze ressorteren in het buitenland uitoefenen en er hun administratieve verblijfplaats hebben (zie art. 9, §1, tweede alinea, van het K.B. van 28.11.1969 tot uitvoering van de wet van 27.06.1969 tot herziening van de besluitwet van 28.12.1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders). Hieruit vloeit dan ook voort dat deze personen niet meer verzekerd zijn in de verplichte ziekteverzekering.

Maar, ingevolge een wijziging in het beleid van Defensie zullen met ingang van 1 juli 2019 wel sociale zekerheidsbijdragen betaald worden voor de regeling inzake de verplichte ziekteverzekering voor militairen die naar een andere lidstaat van de Europese Unie (EU), de Europese Economische Ruimte (EER), of Zwitserland worden gedetacheerd.

Volgens de Rijksdienst voor sociale zekerheid (hierna: RSZ) staan de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 toe om af te wijken van de regel in artikel 9 van het koninklijk besluit van 28 november 1969 dat stelt dat de regeling geneeskundige verzorging niet meer van toepassing is wanneer een ambtenaar zijn administratieve standplaats in het buitenland heeft. De RSZ heeft geen reden om zich te verzetten tegen het feit dat personen die hun administratieve standplaats in een ander land van de EU, de EER, of Zwitserland hebben, aan de RSZ bijdragen voor geneeskundige verzorging betalen.

Aangezien er vanaf 1 juli 2019 wel sociale zekerheidsbijdragen voor de verplichte ziekteverzekering voor deze groep van gedetacheerde militairen worden betaald, blijven zij dan ook verzekerd in de verplichte ziekteverzekering en hebben zij vanaf die datum in het land van tewerkstelling (= het land waarheen zij gedetacheerd zijn) recht op geneeskundige zorg, overeenkomstig de wetgeving inzake de geneeskundige verzorging van dat land voor rekening van België.

De wijze waarop zij hun recht op geneeskundige zorg kunnen uitoefenen in het land waarheen ze gedetacheerd worden, is afhankelijk van het feit of ze al dan niet hun woonplaats naar dat land overbrengen of niet.

3. Woonplaats versus verblijfplaats, en verhouding met referentieadres

3.1. Belgische wetgeving

Volgens de Belgische wetgeving is de *hoofdverblijfplaats* “de plaats waar de leden van een huishouden dat uit verscheidene personen is samengesteld gewoonlijk leven, ongeacht of die personen al dan niet door verwantschap verbonden zijn, of de plaats waar een alleenstaande gewoonlijk leeft”. De bepaling van de hoofdverblijfplaats is gebaseerd op een feitelijke situatie, dat wil zeggen de vaststelling van een effectief verblijf in een gemeente gedurende het grootste deel van het jaar. Als hoofdverblijfplaats moet worden beschouwd de plaats waar het centrum ligt van het gezinsleven van een persoon en waar hij, zo hij een bedrijvigheid buitenshuis uitoefent, na de dagtaak regelmatig terugkeert en er gewoonlijk verblijft. De hoofdverblijfplaats wordt niet gewijzigd door een tijdelijke afwezigheid (cf. *Algemene onderrichtingen van de FOD Binnenlandse Zaken betreffende het houden van de bevolkingsregisters, gecoördineerde versie van 31.03.2019, blz. 18-19*).

Onder *referentieadres* wordt verstaan “het adres van ofwel een natuurlijke persoon die is ingeschreven in de bevolkingsregisters op de plaats waar hij zijn hoofdverblijfplaats heeft gevestigd, ofwel een rechtspersoon en waar, met de toestemming van deze natuurlijke persoon of rechtspersoon, een natuurlijke persoon zonder vaste verblijfplaats is ingeschreven”.

De mogelijkheid om op een referentieadres ingeschreven te worden is strikt beperkt tot een aantal categorieën van personen, onder wie de personen die, om beroepsredenen, geen hoofdverblijfplaats (meer) hebben voor een maximale duur van één jaar. De beperking van de tijdelijke afwezigheid tot maximum één jaar geldt evenwel niet voor bepaalde categorieën van personen, zoals het militair en burgerpersoneel van de Belgische strijdkrachten dat in het buitenland gestationeerd is, de militairen die in het buitenland gedetacheerd zijn, hetzij bij internationale of supranationale organisaties, hetzij bij een militaire basis in het buitenland, alsook de leden van hun gezin, voor de duur van hun stationering of detachering (cf. art. 17 en 18, § 3, 4^o, van het K.B. van 16.07.1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister, en de *Algemene onderrichtingen van de FOD Binnenlandse Zaken betreffende het houden van de bevolkingsregisters, gecoördineerde versie van 31.03.2019, blz. 26-28*).

Het referentieadres geldt als adres van de hoofdverblijfplaats. Voor de personen die over een referentieadres beschikken, moet het referentieadres vermeld worden onder de rubriek “hoofdverblijfplaats”. Met uitzondering van de voorziene gevallen van tijdelijke afwezigheid en, deze van inschrijving op een referentieadres, kan de inschrijving van een persoon in de bevolkingsregisters van een gemeente niet gehandhaafd blijven indien betrokkene er niet effectief verblijft (cf. *Algemene onderrichtingen van de FOD Binnenlandse Zaken betreffende het houden van de bevolkingsregisters, gecoördineerde versie van 31.03.2019, blz. 41*).

Dus, overeenkomstig de Belgische wetgeving behoudt een militair die in een situatie van tijdelijke afwezigheid verkeert wegens een detachering naar het buitenland, zijn hoofdverblijfplaats in België. Hetzelfde geldt in principe wanneer de militair een referentieadres in België behoudt. Het aanhouden van een referentieadres gedurende een tijdelijke afwezigheid is (juridisch) optioneel. In het verleden was het aanhouden van een referentieadres in België een verplichting op basis van een interne richtlijn van het Belgische leger. Militairen die naar het buitenland (ook landen buiten de EU, de EER, of Zwitserland) worden uitgezonden, worden nog steeds aangeraden om een referentieadres aan te houden, maar dit is niet langer een verplichting.

3.2. Europese Unie-wetgeving

Artikel 1 van Verordening (EG) 883/2004 maakt onder j) en k) een onderscheid tussen “woonplaats” en “verblijfplaats”: de woonplaats wordt gedefinieerd als de plaats waar een persoon *gewoonlijk* verblijft en onder de verblijfplaats wordt een *tijdelijke* verblijfplaats verstaan.

Volgens de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 kan een persoon slechts één woonplaats hebben. Indien er tussen ziekenfondsen/zorgverzekeraars van twee lidstaten een verschil van mening bestaat over de vaststelling van de woonplaats van een persoon op wie Verordening (EG) 883/2004 van toepassing is, bepaalt artikel 11 van Verordening (EG) 987/2009 dat deze organen in onderlinge overeenstemming het *centrum van de belangen van de betrokkene* dienen vast te stellen. Het gewone centrum van de belangen van een persoon moet worden bepaald op basis van de feiten, rekening houdende met alle omstandigheden die erop duiden welk land de betrokkene werkelijk als zijn of haar woonplaats beschouwt.

Deze interpretatie van het begrip “woonplaats” geldt in de gehele EU, EER, en Zwitserland voor alle takken van de sociale zekerheid die onder het materieel toepassingsgebied van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 vallen. De Europese definitie van de “woonplaats” heeft bijgevolg voorrang op een eventuele nationale definitie (cf. *Praktische gids over de toepasselijke wetgeving in de Europese Unie (EU), de Europese Economische Ruimte (EER) en Zwitserland*, deel III over de bepaling van de woonplaats).

Het is evenwel niet uitgesloten dat de nationale wetgeving van lidstaten vereist dat de betrokkene in de lidstaat “woont” volgens een nationale definitie van “woonplaats”. Een dergelijke nationale definitie kan gebaseerd zijn op andere of aanvullende criteria, bijvoorbeeld om in aanmerking te komen voor een “woonplaatsgebonden” uitkering, die ook in overeenstemming moeten zijn met de EU-wetgeving.

3.3. Vaststelling

We dienen vast te stellen dat zowel de Belgische reglementering als de reglementering van de Europese Unie bij het vaststellen van de woonplaats verwijzen naar het vaststellen van het centrum van het gezinsleven, respectievelijk de belangen van een persoon, op basis van een feitelijke vaststelling. We moeten ook vaststellen dat dit niet noodzakelijk tot eenzelfde resultaat leidt. Het EU-recht inzake de sociale zekerheid laat evenwel niet toe dat een persoon twee woonplaatsen heeft.

In het kader van het onderwerp van deze Omzendbrief V.I. mag evenmin niet uit het oog verloren worden dat een detachering per definitie tijdelijk van aard is.

In afwachting van een initiatief op Belgisch niveau om, in het bijzonder voor de Openbare Instellingen van Sociale Zekerheid (hierna: OISZ), duidelijk te maken wat de gevolgen zijn van de toepassing van de Europese definitie voor de verschillende takken van de sociale zekerheid in België en hoe zij op een gestroomlijnde wijze kan worden toegepast over de OISZ heen, is het RIZIV ertoe genoodzaakt om ter zake zelf, waar nodig *ad hoc*, richtsnoeren vast te stellen. Zoals dit in het geval van Belgische militairen die naar een andere lidstaat van de EU, de EER of Zwitserland worden gedetacheerd met behoud van een referentieadres in België.

4. Recht op geneeskundige verzorging voor naar een andere lidstaat van de EU, de EER of Zwitserland gedetacheerde militairen, en hun gezinsleden

4.1. Voorafgaande opmerking

We hebben vastgesteld dat personen die een referentieadres in België aanhouden, volgens de instructies op het houden van het bevolkingsregister nog steeds hun woonplaats in België hebben. In principe is dit slechts mogelijk voor maximum één jaar, maar er zijn een aantal uitzonderingen – waaronder militairen die naar het buitenland uitgezonden zijn – waarvoor deze maximumtermijn niet geldt. Volgens de Belgische reglementering hebben personen met een referentieadres nog steeds hun woonplaats in België, waardoor er evenwel problemen ontstaan bij de afgifte van een document S1. Het document S1, dat door de verzekeringsinstelling van het bevoegde land wordt uitgereikt, laat de verzekerden – en hun gezinsleden – toe zich te registreren bij een verzekeringsinstelling van hun woonland om daar het recht op geneeskundige zorg te openen, overeenkomstig de wetgeving van het woonland voor rekening van het bevoegde land.

4.2. Recht op geneeskundige zorg voor gedetacheerde militairen, en hun vergezellende gezinsleden, in het land van tewerkstelling

Rekening houdende met het bovenvermelde kunnen de militairen en hun gezinsleden die naar een ander land van de EU, de EER of Zwitserland gedetacheerd worden en rechthebbende zijn/blijven van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hun recht op geneeskundige verzorging als volgt uitoefenen in het gastland:

- (i) militairen die gedetacheerd worden voor een periode van minder dan één jaar, en daarbij al dan niet vergezeld worden van hun gezin, worden geacht hun woonplaats in België te hebben. Zij hebben in het land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg op basis van een Europese Ziekteverzekeringskaart (EZVK). De EZVK geeft recht op terugbetaling van de geneeskundige zorg die medisch noodzakelijk wordt, rekening houdende met:
 - de duur van het verblijf (= de duur van de detachering), en
 - de aard van de geneeskundige zorg.
 Met andere woorden: de gedetacheerde militairen en de gezinsleden die hen vergezellen hebben recht op alle medische zorg die niet kan wachten tot zij weer thuis zijn (= 'on geplande geneeskundige zorg').

 Voor meer informatie over het recht op geneeskundige verzorging gedurende een tijdelijk verblijf in een andere lidstaat van de EU, de EER, of Zwitserland, zie <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/patiententhemas/grensoverschrijdende-gezondheidszorg/geneeskundige-1>.

- (ii) militairen die voor een periode langer dan één jaar gedetacheerd worden, maar niet vergezeld zijn van hun gezin dat in België of in een ander land woont, en die tijdens de weekends meestal naar hun gezin terugkeren, worden geacht hun woonplaats in België te hebben. Zij hebben in hun land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg op basis van een EZVK, *cf. supra* (i).
- (iii) militairen die voor een periode langer dan één jaar gedetacheerd worden, en alleenstaand zijn, en die tijdens de weekends meestal naar België terugkeren (bijv. naar familie – zoals hun ouders – of naar hun vriendenkring), worden geacht hun woonplaats in België te hebben. Zij hebben in hun land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg op basis van een EZVK, *cf. supra* (i) en (ii).

! **AANDACHT:** Punt (iii) sluit niet uit dat aan de militairen die voor een periode langer dan één jaar gedetacheerd worden en alleenstaand zijn, toch een document S1 wordt uitgereikt. Indien uit de feiten blijkt dat de – alleenstaande – gedetacheerde militair bijvoorbeeld slechts af en toe/een paar keer per jaar naar België komt, dan wordt hij geacht zijn woonplaats/centrum van belangen in het land van tewerkstelling te hebben. In afwijking van de algemene regel, mag – bij uitzondering – aan deze militairen een document S1 worden uitgereikt. Zij hebben in het land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof zij in dat land ziektekostenverzekerd zijn, voor rekening van België.

(iv) militairen die voor een periode langer dan één jaar gedetacheerd worden, door hun gezin vergezeld worden, en er geen referentieadres in België op nahouden, hebben hun woonplaats in het buitenland. Zij hebben in hun woonland recht op geneeskundige zorg op basis van een document S1 dat door hun Belgische verzekeringsinstelling wordt uitgereikt. Zij hebben in het land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof zij in dat land ziektekostenverzekerd zijn, voor rekening van België.

(v) militairen die voor een periode van meer dan één jaar gedetacheerd worden, door hun gezin vergezeld worden en er een referentieadres in België op nahouden, worden geacht hun woonplaats/centrum van belangen in het land van tewerkstelling te hebben. In afwijking van de algemene regel, mag – bij uitzondering – aan deze militairen een document S1 worden uitgereikt. Zij hebben in het land van tewerkstelling recht op geneeskundige zorg overeenkomstig de wetgeving van dat land, alsof zij in dat land ziektekostenverzekerd zijn, voor rekening van België.

4.3. Bijzonderheden

(i) Het bewijs van het aanhouden van een referentieadres

Voor de personen die over een referentieadres beschikken, wordt het referentieadres vermeld onder de rubriek “hoofdverblijfplaats” (cf. punt 3.1). Om de verzekeringsinstellingen in staat te stellen om het onderscheid te maken tussen gedetacheerde militairen met effectieve hoofdverblijfplaats in België enerzijds, en gedetacheerde militairen die een referentieadres in België aanhouden anderzijds, is het aangewezen dat de betrokken militairen en de gezinsleden die hen vergezellen een document voorleggen dat de inschrijving op een referentieadres bevestigt.

Als bijlage vindt u een modeldocument voor de inschrijving op een referentieadres op de hoofdverblijfplaats van een natuurlijk persoon (Bijlage 1)¹ en een modeldocument voor de inschrijving op een referentieadres op de zetel van een rechtspersoon (Bijlage 2)². De modellen zijn eveneens terug te vinden in de *Algemene onderrichtingen van de FOD Binnenlandse Zaken betreffende het houden van de bevolkingsregisters, gecoördineerde versie van 31 maart 2019*, blz. 131-132 respectievelijk 133-134).

De verzekeringsinstellingen dienen dit document in het administratief dossier van de betrokken militair, desgevallend zijn gezinsleden, te bewaren.

(ii) De geldigheidsduur van het document S1

De geldigheidsduur van het document S1, uitgereikt in punt 4.2 vermelde situaties (iii), (iv) en (v), is beperkt tot de duur van de periode van detachering vermeld op het document A1 (“verklaring betreffende de socialezekerheidswetgeving die op de houder van toepassing is”) of een gelijkwaardig officieel attest van Defensie.

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Hier niet gepubliceerd.

(iii) De hoedanigheid van gezinslid (persoon ten laste)

Het is aangewezen om de aandacht te vestigen op de gevolgen voor het recht op geneeskundige verzorging van de gezinsleden in de in punt 4.2 geschetste situaties.

Overeenkomstig artikel 1, i), van Verordening (EG) 883/2004 wordt de hoedanigheid van gezinslid (persoon ten laste) bepaald door de wetgeving van het woonland.

Dit betekent dat:

- in de situaties (i) en (ii) van punt 4.2, de hoedanigheid van gezinslid door de Belgische wetgeving wordt bepaald
- in de situaties (iv) en (v) van punt 4.2, de hoedanigheid van gezinslid door de (buitenlandse) wetgeving van het woonland wordt bepaald. Hieruit vloeit voort dat vergezellende gezinsleden die niet voldoen aan de voorwaarden van de wetgeving van het woonland om als gezinslid te worden aangemerkt, onder de ziektekostenverzekering van het woonland zullen vallen en niet langer rechthebbende zijn van de Belgische, verplichte ziekteverzekering.

5. Gevolgen van de Brexit voor militairen die naar het Verenigd Koninkrijk worden gedetacheerd

Er kunnen zich twee situaties voordoen:

- (i) Vooreerst zijn er de militairen die vóór 1 januari 2021 naar het Verenigd Koninkrijk zijn gedetacheerd, en op wie de bepalingen van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 van toepassing blijven in gevolge 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*. De punten 2 tot en met 4 blijven onverminderd voor hen gelden.
- (ii) Voor de militairen die vanaf 1 januari 2021 naar het Verenigd Koninkrijk worden gedetacheerd en op wie, in het kader van de *Handels- en samenwerkingsovereenkomst van 30 december 2020 tussen de Europese Unie en de Europese Gemeenschap voor Atoomenergie, enerzijds, en het Verenigd Koninkrijk van Groot-Brittannië en Noord-Ierland, anderzijds, het Protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid van toepassing is*, zijn de punten 2 tot en met 4 op overeenkomstige wijze van toepassing.

6. Inwerkingtreding

Deze Omzendbrief V.I. treedt in werking op de datum van publicatie met uitzondering van punt 5 dat met terugwerkende kracht uitwerking heeft vanaf 1 januari 2021.

Vervangt omzendbrief nr. 2019/223 van 15 juli 2019.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/363 – 826/7 en 83/510 van 21 december 2021.

IV. Omzendbrief conversie DmfA naar bijdragebons voor bijdragejaar 2020

1. Inleiding

Om recht te hebben op terugbetaling van geneeskundige zorgen, moeten sociaal verzekerden ingeschreven in de hoedanigheid van werknemer (art. 32, eerste lid, 1° van de GvU-wet), voor de verlenging van hun recht binnen die hoedanigheid, hun bijdrageverplichting vervullen. Bij de verlenging van het recht op GvU in de hoedanigheid van werknemer is het bewijsstuk de bijdragebon. (zie art. 276, §2 van het K.B. van 03.07.1996).

De verzekeringsinstelling dient jaarlijks na te gaan dat de minimumwaarde aan betaalde bijdragen is betaald voor zijn leden in deze hoedanigheid. Dit gebeurt aan de hand van de bijdragebon.

Sinds 1994 wordt grotendeels gewerkt met elektronische bijdragebons die worden uitgewisseld via verschillende elektronische gegevensuitwisselingen. In deze omzendbrief wordt de inhoud en het verloop van deze gegevensuitwisselingen beschreven alsook de taakverdeling tussen de verschillende betrokken instellingen.

De Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) maakt op basis van aangiften van de werkgevers voor iedere loontrekkende werknemer bijdragebons op, voor alle gewerkte perioden waarin de sociale bijdragen zijn betaald. De bijdragebons worden dus door de RSZ opgemaakt op basis van de trimestriële DmfA-aangiften. De DmfA-aangiften worden door een conversieprogramma omgevormd in een bijdragebon. De bijdragebon is een samenvatting van de tewerkstellingsgegevens van het afgelopen jaar. Via elektronische weg worden de bijdragebons daarna overgemaakt aan de verzekeringsinstelling (V.I.) van de sociaal verzekerde.

Deze elektronische weg loopt via de Kruispuntbank voor sociale zekerheid (KSZ) en het Nationaal intermutualistisch college (NIC). De KSZ maakt de bijdragebons via een distributie over aan het NIC die het op zijn beurt overmaakt aan de verschillende verzekeringsinstellingen. Dit proces wordt beschreven in omzendbrief V.I. nr. 2020/242 van 9 oktober 2020.

In deze omzendbrief wordt ingegaan op 1 aspect van dit proces, namelijk de conversie van DmfA-aangiften naar bijdragebon en dit voor het bijdragejaar 2020.

2. Procedure jaarlijkse conversie van dmfa-aangiften naar bijdragebon

2.1. Inleiding

Deze actualisatie van de conversie valt onder de bevoegdheid van de Directie ACCES en wordt uitgevoerd in samenwerking met de RSZ (Smals) en de werkgroep "Bijdragebons werknemer" georganiseerd door de KSZ. De actualisatie gebeurt in samenspraak met de DU en DGV en resulteert in de conversietekst voor dat jaar.

De uiteindelijke beslissingen met betrekking tot de conversie worden genomen in deze KSZ-werkgroep "Bijdragebons werknemer" in samenspraak met Smals, de RSZ en de V.I.

De gevalideerde conversie wordt uitgewerkt in een document, namelijk de conversietekst.

De actualisatie van de conversie volgt een vaste procedure en deze procedure bestond tot het bijdragejaar 2020 uit 3 stappen. Vanaf de publicatie van deze omzendbrief vanaf het bijdragejaar 2020 komt hier een 4^{de} stap bij. Bij elk van deze stappen in de procedure hoort een document:

- het recapitulatief
- de conversie voorbereiding (vragenlijst)
- de conversietekst
- de omzendbrief conversie per bijdragejaar

De 3 voorbereidende stappen op deze omzendbrief en hun bijhorend document worden hieronder besproken.

2.2. Stap 1: Bijhouden wijzigingen DmfA per kwartaal (het recapitulatief)

De RSZ maakt elk kwartaal een overzicht op van de wijzigingen aan de DmfA. Deze overzichten worden naar smals gestuurd. Daar gebeurt een eerste analyse van wijzigingen. Deze analyse heeft als doel na te gaan of deze wijzigingen al dan niet een impact hebben op de opmaak van de bijdragebonds.

Als algemene regel geldt dat de socialezekerheidsbijdragen berekend worden op het volledige brutoloon van de werknemer. Er zijn echter verschillende afwijkingen en specifieke regels per sector¹ of type loontrekkende². Jaarlijks zijn er ook bijzondere maatregelen voor sectoren in moeilijkheden of voor nieuwe types werknemers categorieën³. Meer inlichtingen over de verschillende begrippen zijn terug te vinden in het lexicon in bijlage⁴ 1.

Het Recapitulatief geeft een samenvatting van alle wijzigingen aan de DmfA en voegt hier een gemotiveerd voorstel aan toe met betrekking tot de aanpassing van de conversie.

Daarnaast ontvangt het RIZIV per kwartaal een document, de RFC Evolutie Bijdragebonds - Impact DmfA XXX TRIM X analyse, waarin de resultaten van de analyse zijn opgenomen en de kostprijs voor de aanpassingen worden geraamd.

2.3. Stap 2: Voorbereiden conversie (de vragenlijst)

Na 3 kwartalen van een bijdragejaar maakt Smals een synthese op van hun analyses van de 3 kwartalen die reeds voorbij zijn. Ze maken een samenvatting van de wijzigingen aan de DmfA die mogelijk zouden resulteren in een wijziging van het conversieprogramma voor de opmaak van de bijdragebonds. Deze synthese wordt aan de hand van verschillende vragen gepresenteerd aan het RIZIV. Op het einde van het 4^{de} kwartaal worden deze wijzigingen aan de DmfA die nog een impact kunnen hebben gesynthetiseerd in een aparte vragenlijst.

Deze opsplitsing gebeurt na 3 kwartalen omdat de validatie van deze synthese overleg en analysewerk van het RIZIV vraagt. Het advies van het RIZIV moet ook gevalideerd worden door de “Werkgroep bijdragebonds” van de KSZ. Dit alles moet rond zijn voordat de bijdragebonds van dat bijdragejaar in productie gaan aan het begin van het volgende jaar. Als alle discussies moeten wachten tot het einde van het 4^{de} kwartaal is deze deadline onmogelijk te respecteren.

Het is de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens (Directie ACCES) van de Dienst voor administratieve controle die verantwoordelijk is om de voorgestelde wijzigingen aan de conversie uit de vragenlijst(en) na te gaan. Vanuit de Directie wordt een beargumenteerd advies voorgelegd aan de juridische diensten van de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV.

1. Horeca, tuinarbeid, seizoensarbeid, ...

2. Arbeiders of bedienden.

3. Zo zijn er in 2020 verschillende maatregelen in het kader van de Covid crisis die een impact hebben op de gegevens in de DmfA.

4. Hier niet gepubliceerd.

De vragenlijst met betrekking tot de bijdragebons 2020 en de antwoorden van het RIZIV bevinden zich in bijlage⁵ 2 en 3.

2.4. Stap 3: Opmaken en valideren conversie (document Conversietekst)

Het advies dat binnen het RIZIV werd gevalideerd door de verschillende betrokken diensten wordt doorgestuurd naar Smals en KSZ. Op basis van de antwoorden op hun vragen/voorstellen wordt een voorstel opgemaakt voor de conversietekst voor dat bijdragejaar.

Deze conversietekst wordt nadien geagendeerd op de KSZ werkgroep Bijdragebons. Dit gebeurt voor de eerste 3 kwartalen in september-oktober en voor het 4^{de} kwartaal in december-januari.

Belangrijk bij de opmaak van de uiteindelijke conversietekst zijn de 3 parameters: dagloongrenzen, minimumwaarde bijdrage en werkdagen van het desbetreffende jaar. Deze worden verder besproken in hoofdstuk 3.

De conversietekst wordt uiteindelijk gevalideerd tijdens een vergadering van de KSZ Werkgroep bijdragebons. Deze beslissing is terug te vinden in het verslag van deze werkgroep.

Aan de start van de opmaak en verzending van de bijdragebons wordt een omzendbrief conversie voor dat bijdragejaar opgemaakt en gepubliceerd.

De gevalideerde conversietekst 2020 bevindt zich in bijlage⁶ 3 en 4.

3. De 3 vaste parameters en hun waarde voor de conversie 2020

Elk jaar zijn er minimaal 3 parameters nodig om de conversietekst te kunnen opmaken, namelijk: dagloongrenzen, minimumwaarde bijdrage en werkdagen.

Sinds 2017 wordt de waarde voor de jaarlijkse minimumwaarde van een bijdragebon en de dagloongrenzen vanuit de Directie ACCES gepubliceerd in een omzendbrief V.I.. De Directie ACCES werkt de parameters jaarlijks bij en communiceert deze aan de V.I. en de KSZ uiterlijk tegen de 3de vrijdag van november. Deze parameters worden ook vastgelegd in omzendbrieven V.I.

Naast deze 3 parameters zijn er jaarlijks specifieke aspecten van de conversie. Deze zijn afhankelijk van reglementaire aanpassingen binnen de sociale zekerheid.

3.1. De dagloongrenzen

De lonen die worden vermeld op een bijdragebon worden om privacyredenen begrensd. Indien wordt voldaan aan de maximale bijdrage hoeft de bijdragebon niet te tonen hoeveel hoger het reële inkomen van een verzekerde bedraagt.

Het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat voor het opmaken van de bijdragebon het loon dat moet worden vermeld, beperkt wordt tot de uitkomst van de vermenigvuldiging van het "maximum dagloon" met het aantal werkdagen. (art. 277, § 3, 1^o van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen)

5. Hier niet gepubliceerd.

6. Hier niet gepubliceerd.

Dagloongrenzen 2020		
Indexcijfer op 1 juli voorafgaand (basis 103, 14)	6-dagenweek	5-dagenweek
1,4002	119,52	143,43
	167,35	200,83

De dagloongrenzen voor bijdragejaar 2020 zijn gepubliceerd in omzendbrief V.I. nr. 2020/56 van 4 maart 2020.

3.2. Het aantal arbeidsdagen

Zoals vermeld bij de reglementaire basis van de dagloongrenzen zijn het aantal arbeidsdagen belangrijk voor de opmaak van de bijdragebons.

Het aantal arbeidsdagen is afhankelijk van het arbeidsstelsel waarin iemand werkt. Het arbeidsstelsel is het gemiddeld aantal dagen per week waarin een werknemer geacht wordt arbeidsprestaties te verrichten op basis van zijn contract. Het stelsel kan een 5 of 6 dagen week zijn.

Aantal arbeidsdagen 2020	T1	T2	T3	T4	Totaal
5 dagen regime	64	61	65	64	254
6 dagen regime	78	78	79	79	314

3.3. De jaarlijkse minimumwaarde van een bijdragebon

De jaarlijkse minimumwaarde van een bijdragebon: de bijdragebons moeten een minimumwaarde bereiken om te worden opgemaakt en verstuurd. Dit minimum wordt vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst (CAO) nr. 43 die is afgesloten in de Nationale arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij koninklijk besluit van 29 juli 1988 (art. 286 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).

Minimumwaarde bijdragebon 2020		
21 jaar en ouder	1.593,81 EUR x 4	= 6.375,24 EUR
Minder dan 21 jaar	6.375,24 EUR x 3/4	= 4.781,43 EUR

De minimumwaarde voor bijdragejaar 2020 is gepubliceerd in omzendbrief V.I. nr. 2020/58 van 4 maart 2020.

4. Specifieke aanpassingen conversie 2020

4.1. Inleiding

De jaarlijks specifieke wijzigingen aan de conversie van DmfA naar bijdragebons zijn afhankelijk van reglementaire aanpassingen binnen de sociale zekerheid.

De aanpassingen aan de DmfA leiden voor de conversie 2020 tot:

- AB-fouten: 2 nieuwe AB-fouten
- CD-fouten: geen wijzigingen
- geen applicatieve wijzigingen, enkel wijzigingen jaarlijkse parameters (zie hoofdstuk 3).

4.2. Nieuwe AB fouten

De AB fouten zijn afkomstig uit de DmfA. Nadien wordt bekeken met RSZ of we die overnemen voor opmaak van de bijdragebons of niet.

Voor de bijdragebons 2020 zijn de nieuwe AB fouten deze die in het geel staan aangeduid.

Statuut van de werknemer (00053) - RSZ – blok 90015

Foutbeschrijving DmfA	Foutcode DmfA	Ernst fout DmfA	Fautes Bons cot
Niet in het toegelaten domein	00053-008	B	B
Onverenigbaar met kwartaal	00053-034	B	B
Fout op kardinaliteit	00053-090	B	B
Foutieve lengte	00053-093	B	B
Niet toegelaten	00053-146	B	B
Erreur de séquence	00053-091	B	B
Niet aanwezig	00053-001	NP	A
Onverenigbaar met het werknemersgetal	00053-030	B	B
Waarde niet toegelaten voor deze werkgever	00053-379	NP	A

Functioneel blok - Bezoldiging van de tewerkstelling werknemerslijn - RSZ – DIBISS – blok 90019

Foutbeschrijving DmfA	Foutcode DmfA	Ernst fout DmfA	Fautes Bons cot
Non présent	90019-001	P	A
Trop d'occurrences avec les mêmes identifiants	90019-006	B	B
Erreur de séquence	90019-091	B	B
Non admis	90019-146	B	B
Onverenigbaar met het werknemerskerngetal	90019-030	B	B
Onverenigbaar met de prestaties	90019-196	B	B
(anomalie geldig tot 2020/3 vanaf 2020/4 niet meer geldig)	90019-025	B	B
Onverenigbaar met werkgeverscategorie			

4.3. Vakantiedagen flexi-jobs

De prestaties in het kader van een flexi-job (prestatiecode 15) openen ook recht op vakantiedagen. Aangezien het flexivakantiegeld betaald wordt samen met het flexiloon, wil dit zeggen dat er op het moment dat de werknemer zo'n vakantiedag opneemt, bij de werkgever bij wie hij de flexi-job uitoefent of bij een andere werkgever, er geen loon en evenmin dubbel vakantiegeld moet worden betaald.

De flexivakantiedagen worden enkel bijgeteld bij de vakantiedagen bij de opmaak van de bijdragebons in geval van arbeiders en ze worden niet bijgeteld als het gaat om bedienden.

Deze aanpassing wordt retroactief ingevoerd vanaf bijdragejaar 2019.

4.4. Nieuwe prestatiecodes in conversie

In 2020 is er 1 nieuwe prestatiecode, namelijk de prestatiecode 77 die staat voor tijdelijke werkloosheid wegens overmacht Covid.

Prestaties in de DmfA onder deze code moeten niet worden opgenomen in de conversie naar de bijdragebon. Deze informatie wordt opgenomen in de stroom bewijsstukken werkloosheid (Vraag 230 in bijlage 2 en 3)⁷.

4.5. Nieuwe werknemerskerntallen in de conversie

Van de prestaties in de DmfA voor werknemers met de 3 werknemerskerntallen 488, 805, en 407 moeten alleen de prestaties met het werknemerskerntal 488 worden meegenomen in de conversie naar de bijdragebons.

Het werknemerskerntal 488 wordt toegekend aan gerechtigden op een (post-)doctoraatsbeurs toegekend door een werkgever genoemd in artikel 3*bis* of 15 van het koninklijk besluit van 28 november 1969 (B.S. van 05.12.1969).

Het werknemerskerntal 805 wordt toegekend aan verzekerden met een Responsabiliseringsbijdrage Inkomensgarantie-uitkering (IGU). Voor deze categorie is de bijdrage niet gebonden aan een natuurlijke persoon. Prestaties in de DmfA voor werknemers met dit werknemerskerntal worden niet opgenomen in de conversie naar bijdragebon.

Hetzelfde geldt voor prestaties met werknemerskerntal 407. De verzekerden met dit werknemerskerntal zijn Federaal of regionaal regeringslid. Prestaties onder dit werknemerskerntal openen geen rechten binnen de VGVU.

Beiden staan in vraag 232 in bijlage 2 en 3.

4.6. Nieuwe bezoldigingscodes in de conversie

Van de prestaties in de DmfA met bezoldigingscode 41 "Gerechtigden op een (post-)doctoraatsbeurs toegekend door een werkgever genoemd in de artikelen 3*bis* of 15 van het koninklijk besluit van 28 november 1969" worden opgenomen in de conversie van DmfA naar bijdragebon (231 in bijlage 2 en 3).

7. Hier niet gepubliceerd.

4.7. Nieuwe werkgeverscategorieën in de conversie

Prestaties van werknemers met de nieuwe werkgeverscategorie 293: “Werkgevers die ressorteren onder het Paritair comité voor de landbouw en waarvan de hoofdactiviteit bestaat uit de vlasteelt, de hennepsteelt, de eerste verwerking van vlas en/of hennep” worden meegenomen in de conversie.

4.8. Nieuwe werknemersstatuten in de conversie

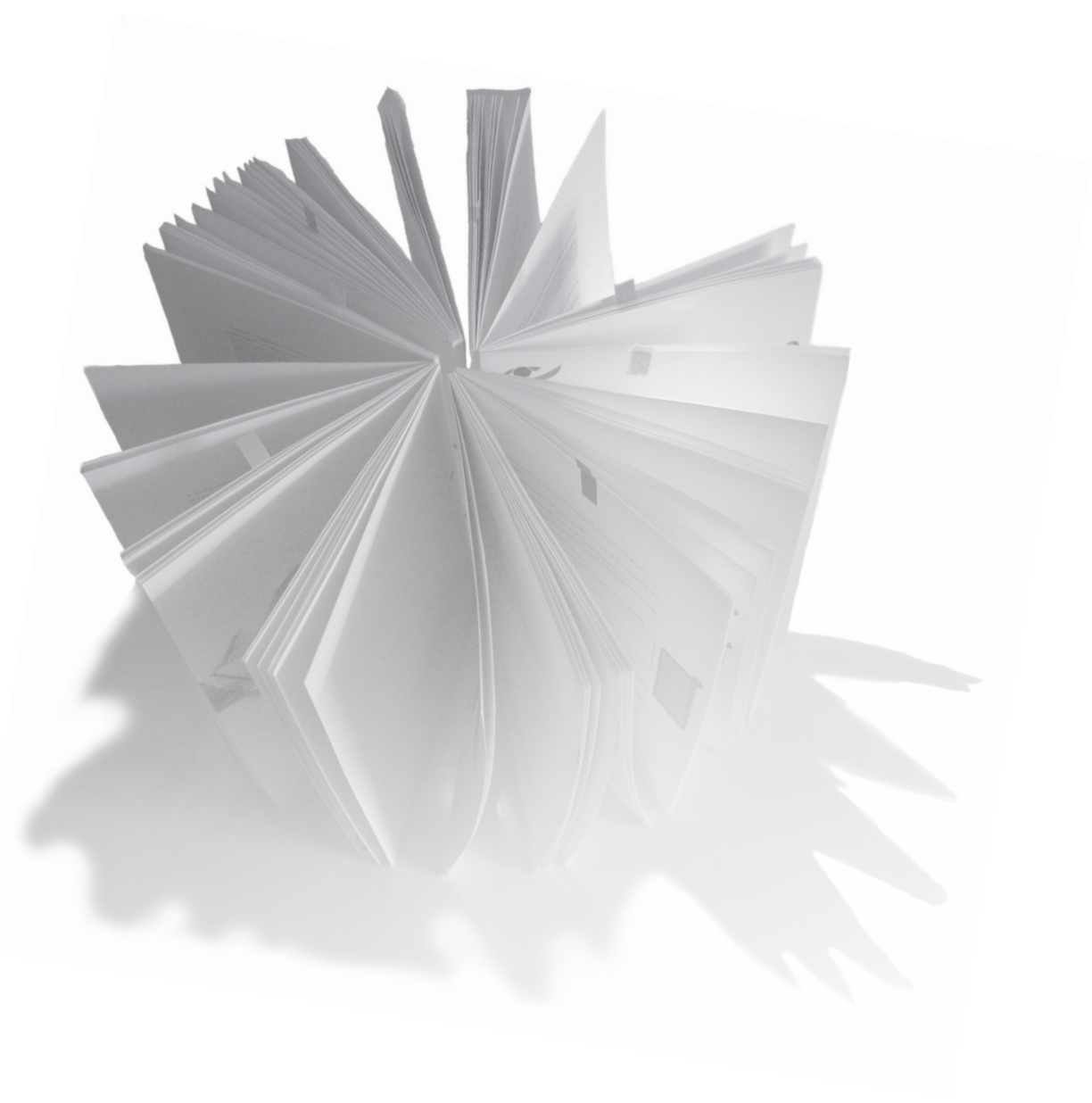
Prestaties met de nieuwe activiteitcode/werknemersstatuut RM: “Reserve militaire” worden niet opgenomen in de conversie omdat in de bons alleen deeltijdse of voltijdse activiteit wordt opgenomen, geen activiteit als reserve (Vraag 364 in bijlage 2 en 3).

Hetzelfde geldt voor werknemersstatuut BA: Werknemer tewerkgesteld buiten het normale arbeidscircuit (Vraag 365 in bijlage 2 en 3).



Omzendbrief V.I. nr. 2021/298 – 260/9 van 26 oktober 2021.

5^e Deel
Basisgegevens



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

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

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

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

Berekening indexcijfer op 1 januari 2022

2020	gezondheidsindex	gemiddelde
maart	109,96	
april	110,22	
mei	110,10	
juni	110,05	110,08

(A)

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

(B)

$$(B) = 110,95$$

$$(A) = 110,08$$

0.79 %

Berekening bedrag op 1 januari 2022

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



Omzendbrief V.I. nr. 2021/321 – 65/32 van 29 november 2021.

II. Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Van toepassing vanaf 1 december 2021.

Met ingang van 1 januari 2022 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegroetheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2021, namelijk 114,20 (basis 2013 = 100).

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

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

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

a) Bijdrage per werkdag:

- 21 jaar en ouder 1,91 EUR
- 18 tot 21 jaar 1,45 EUR
- 14 tot 18 jaar 0,96 EUR

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

- 21 jaar en ouder 47,75 EUR
- 18 tot 21 jaar 36,25 EUR
- 14 tot 18 jaar 24,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2022

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

2. Bijdrage van de studenten

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

Per kwartaal: 66,56 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2022

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

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

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

Per kwartaal:

Normaal:	785,10 EUR
Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3 ^o alinea van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:	392,54 EUR
Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten:	66,56 EUR
Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum:	0,00 EUR
Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1 ^o , 2 ^o of 3 ^o van de gecoördineerde wet	0,00 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2022

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

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeen-schappen

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

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar:	100,54 EUR
b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar:	28,75 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2022

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

5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

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

Per kwartaal: 45,28 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2022

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



Omzendbrief V.I. nr. 2021/323 – 270/84, 273/85, 274/86, 276/135, 2790/87, 2791/84, 2792/83 en 83/508 van 30 november 2021.

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


Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

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

Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegenmoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24
Vanaf 1 maart 2020	36.835,39	3.694,61
Vanaf 1 juli 2021 (welvaart)	36.835,39	3.768,51
Vanaf 1 september 2021	37.571,19	3.843,96

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

 Cmzendbrief V.l. nr. 2021/371 – 270/85, 273/86, 274/87, 276/136, 2790/88, 2791/85, 2792/84, 3910/1893 en 83/511 van 22 december 2021.

IV. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2021

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

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

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2021)	
Gerechtigden	Personen ten laste
20.292,59 EUR	3.756,71 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2021/373 – 3991/339 van 23 december 2021.

V. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

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

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

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

1 september 2008 indexering

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

1 september 2010 indexering

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

1 juli 2015 indexering

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

1 juni 2016 indexering

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

1 juni 2017 indexering

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

1 september 2018 indexering

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

1 maart 2020 indexering

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

1 september 2021 indexering

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

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 ^{de} trimester 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 ^{ste} trimester 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 ^{de} trimester 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 ^{de} trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 ^{de} trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 ^{ste} trimester 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 ^{de} trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 ^{de} trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 ^{de} trimester 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 ^{ste} trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 ^{de} trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 ^{ste} trimester 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 ^{de} trimester 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 ^{de} trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 ^{de} trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 ^{ste} trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^{de} trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^{de} trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^{de} trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{ste} trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^{de} trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 ^{de} trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimester 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 ^{de} trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4^{de} trimester 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2021/374 – 248/74 van 23 december 2021.

VI. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2022 - Berekening van de aanvullende bijdrage

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

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

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

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

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 september 2021, en sedertdien 1.658,29 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2022 als volgt worden vastgesteld:

21 jaar en ouder:	1.658,29 EUR x 4	=	6.633,16 EUR
Minder dan 21 jaar:	6.633,16 EUR x 3/4	=	4.974,87 EUR

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

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

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken;

- B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;
- C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere **euro** te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

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

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

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

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

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

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

In bijlage¹ gaan de tabellen die een overzicht geven van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/313 – 271/75 van 22 november 2021.

1. Hier niet gepubliceerd.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Céline Henne
De h. Jonathan Owczarek
De h. Jules Poppe
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Zoé De Clippel
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Charlotte Lefebvre

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français