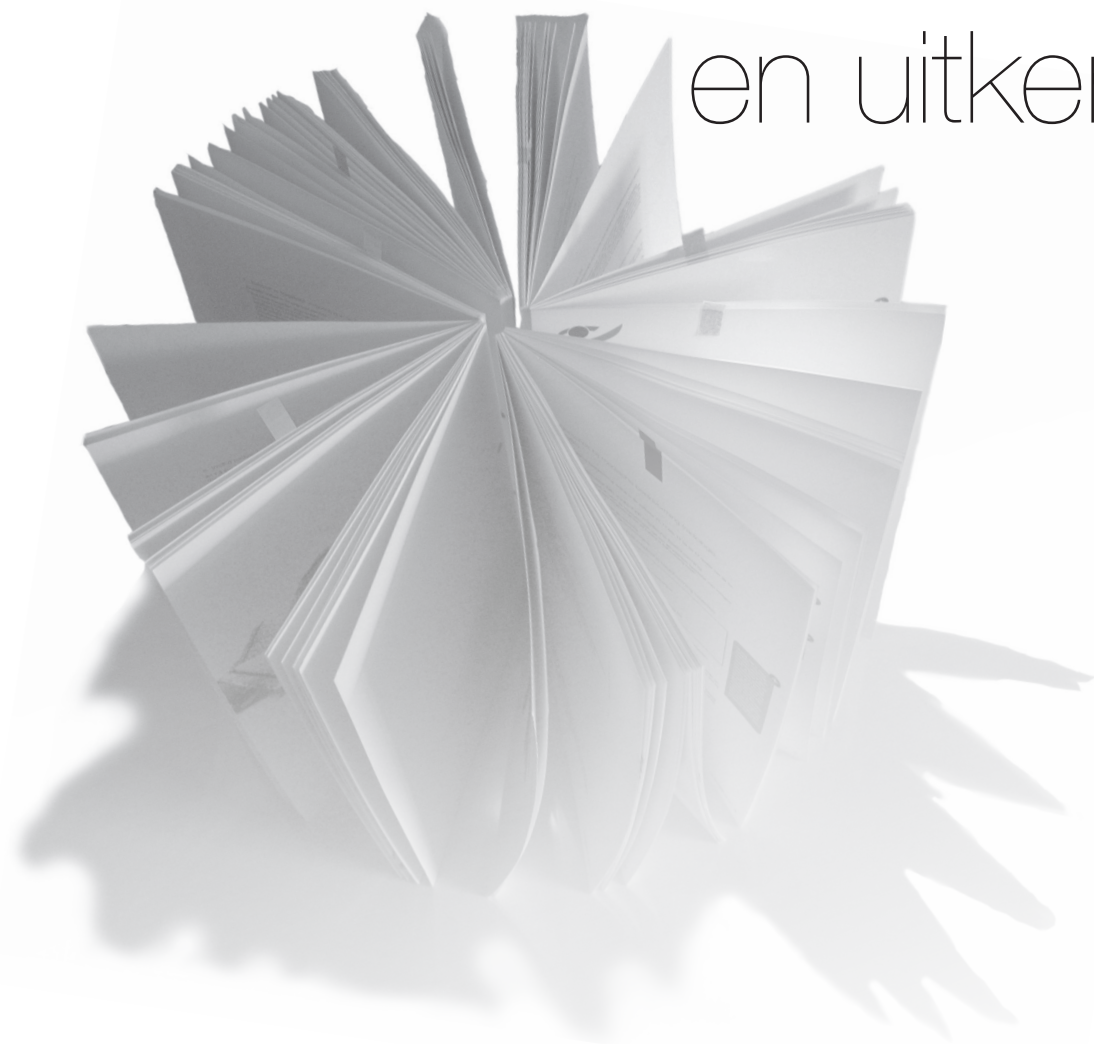


1^e Deel

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



1^{ste} trimester 2022

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.03.2022 – Editie 1	28.02.2022	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken
21.03.2022	28.02.2022	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken (1). - Erratum
21.03.2022	28.02.2022	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het kader van de weigering van de toekenning van de uitkeringen voor de periode gedekt door een vergoeding, wordt een delegatie aan de Koning ingebouwd om te bepalen hoe de periode wordt bepaald die wordt gedekt door de niet in arbeidstijd uitgedrukte vergoeding in geval van de beëindiging van de arbeidsovereenkomst
- in het kader van de vergoeding van het vaderschapsverlof of geboorteverlof, het adoptieverlof en het pleegouderverlof opgenomen door een gerechtigde die niet verbonden is door een arbeidsovereenkomst in de zin van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, wordt een delegatie aan de Koning ingebouwd om het bedrag te bepalen dat aan die gerechtigden wordt toegekend:
 - => 1° wanneer zij een vaderschapsverlof of geboorteverlof genieten overeenkomstig de op hen van toepassing zijnde arbeidsreglementering die een dergelijk verlof onder dezelfde voorwaarden als in artikel 30, § 2, van de voormelde wet van 3 juli 1978 bepaalt.
 - => 2° wanneer zij een adoptieverlof genieten overeenkomstig de op hen van toepassing zijnde arbeidsreglementering die een dergelijk verlof onder dezelfde voorwaarden als in artikel 30^{ter} van de voormelde wet van 3 juli 1978 bepaalt.
 - => 3° wanneer zij een pleegouderverlof genieten overeenkomstig de op hen van toepassing zijnde arbeidsreglementering die een dergelijk verlof onder dezelfde voorwaarden als in artikel 30^{sexies} van de voormelde wet van 3 juli 1978 bepaalt.
- de eenvormige definiëring van begrippen met betrekking tot arbeidstijdgegevens ten behoeve van de sociale zekerheid (cf. K.B. van 10.06.2001) wordt ook aangepast
- formele wijzigingen (zoals de verwijzingen in bepaalde artikelen naar andere bepalingen die recent werden gewijzigd of ingekort).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2022	17.03.2022	Wet tot wijziging van een aantal bepalingen betreffende artikel 17 van het koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet wordt artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 17 juli 1994 gewijzigd in de zin dat de activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7° van het "besluit RSZ" van 28 november 1969 (specifieke activiteiten in de socioculturele sector en de sportsector) verricht op de eerste dag van arbeidsongeschiktheid, niet wordt beschouwd als een werkzaamheid, voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van de overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd.

Indien de gerechtigde een dergelijke activiteit wenst te verrichten vanaf de tweede dag van arbeidsongeschiktheid, is de toestemming van de adviserend arts altijd vereist. In principe moet de werknemer die werkhervatting aangeven en de toestemming van de adviserend arts vragen, uiterlijk de eerste werkdag voorafgaand aan de werkhervatting.

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
18.01.2022	15.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37, § 1, c), II, van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de rangnummers “102815” en “102830” worden vervangen door de rangnummers “101636” en “101651”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.01.2022	19.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In dit besluit worden de verschillende uitvoeringsmodaliteiten bepaald in het kader van de invoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator” in de uitkeringsverzekering voor werknemers. Die laatste bekijkt met de adviserend arts van het ziekenfonds of de werknemer of werkloze in arbeidsongeschiktheid kan integreren op de arbeidsmarkt en hoe.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	23.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het vierde lid wordt aangevuld
- het derde lid wordt vervangen
- in het vijfde lid worden de woorden “zoals bedoeld in artikel 2, 6° van het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier” vervangen door de woorden “zoals bedoeld in artikel 2, 6° van het koninklijk besluit van 23 december 2021 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier”
- het achtste lid wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.03.2022	23.02.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 27°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en het koninklijk besluit van 28 april 2011 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van patiënten jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type revalidatieovereenkomst heeft gesloten

Samenvatting van de wijzigingen

Kinderen jonger dan 18 jaar, opgevolgd in een revalidatiecentrum, hebben recht op deze tegemoetkoming voor de kostprijs van een heen-en terugreis voor een bedrag van 0,30 EUR per km op grond van de werkelijke afstand tussen de hoofdverblijfplaats van de betrokken rechthebbende en de revalidatie-instelling waarmee het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging een type-revalidatieovereenkomst heeft gesloten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2022 – Editie 1	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de bepaling onder 1° wordt als volgt vervangen: “1° de verstrekkingen bedoeld onder de codenummers 350055, 350512, 350571, 350593, 351035, 353253, 355412, 355434, 355471, 355493, 355596, 355611, 355633, 355655, 355692, 355714, 355736, 355751, 355795, 355810, 355832, 355854, 355876, 355891, 355913, 355972, 472511, 475075, opgenomen in artikel 11 van de bedoelde bijlage”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2022 – Editie 1	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de woorden “597402, 597424” worden ingevoegd tussen het woord “verstrekkingen” en het woord “597505”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2022	17.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- De woorden “in artikel 25, § 1” zijn vervangen door de woorden “in artikel 25, §§ 1 en 1*bis*”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2022	15.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikelen 2 en 12 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
04.03.2022	15.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikelen 2 en 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2:
=> de verstrekkingen 102815 en 102830 en de toepassingsregel die erop volgt, worden vervangen door de verstrekkingen 101636 en 101651.
- in artikel 12:
=> in de Nederlandse tekst worden de woorden “geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie” telkens vervangen door de woorden “arts-specialist in de anesthesie-reanimatie”
=> in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
=> in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
=> de titel van paragraaf 1 wordt vervangen en in de titel van paragraaf 1, b), wordt het woord “anesthesie” vervangen door het woord “anesthesie-reanimatie”
=> in paragraaf 3, 2^o, wordt de bepaling onder a) vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.01.2022	19.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt § 10, negende lid van artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen als volgt:

“Indien de rechthebbende aangetast wordt in de loop van het kalenderjaar door een nieuwe pathologische situatie, waarvoor de behandeling moet geattesteerd worden middels de verstrekkingen van § 1, 1°, kan de kinesitherapeut hiervoor aan de adviserend arts een aanvraag sturen. Deze laatste kan toestemming verlenen om, na het verstrijken van de 18 eerste zittingen van het kalenderjaar, over de resterende periode van het kalenderjaar, 18 bijkomende verstrekkingen per nieuwe pathologische situatie te attesteren. Deze bijkomende toestemming mag maximaal twee maal per kalenderjaar worden verleend. De toestemming van de adviserend arts voor 18 bijkomende verstrekkingen verbiedt het attesteren van het eventueel saldo van de 18 vorige verstrekkingen niet.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.01.2022 – Editie 1	14.01.2022	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
15.02.2022	14.01.2022	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 - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 27 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in paragraaf 1 wordt de omschrijving van de verstrekkingen 654172, 654872, 654916, 654194, 654894 en 654931 aangevuld met de woorden “in één stuk”
- paragraaf 9 wordt vervangen
- in paragraaf 12^{quater}:
 - => wordt het vijfde lid van 4.1. aangevuld met de woorden “, met uitzondering van de forfaitaire verzekeringstegemoetkomingen voor stomahulpmiddelen voor een rechthebbende die verblijft in een ziekenhuis.”
 - => worden in de bepaling onder 5.1., Irrigatiehulpmiddelen, de woorden “1 container,” ingevoegd tussen de woorden “Manuele irrigatieset (met minimum” en de woorden “1 conus en 20 irrigatiezakken)”;
- paragraaf 17 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	23.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2, B, 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de verstrekking 102771 en de toepassingsregels die erop volgen, vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.02.2022	17.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1 en 17 ^{ter} , A van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
17.05.2022	17.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, en 17 ^{ter} , A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 17, § 1, 6^o van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt vervangen
- artikel 17^{ter}, A, 6^o van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.02.2022	01.02.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot de klinische autopsie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de omschrijving van de verstrekking 350313-350324 van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen als volgt:

“Schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode in een acuut bed in een algemeen ziekenhuis opgemaakt door een multidisciplinair medisch team ten behoeve van de hoofdgeneesheer, belast met de organisatie van de kwaliteitscontrole. Dit verslag omvat de diagnose bij de opname, het proces van diagnosestelling en behandeling en de definitieve hoofddiagnose met eventueel een bijkomende diagnose. De definitieve diagnose moet worden bevestigd door het verslag van een volledig *post mortem* onderzoek, dat is opgemaakt door een arts-specialist in de pathologische anatomie of een arts-specialist in de gerechtelijke geneeskunde of een arts, houder van de bijzondere beroepstitel in de gerechtelijke geneeskunde, en het macroscopisch en microscopisch onderzoek van ten minste het cardiovasculair, het pulmonair, het gastro-intestinaal en het urogenitaal systeem omvat, alsmede van andere organen die een relevante component vormen in de ziektegeschiedenis (minimum 15 afnamen). . . . K 440”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.02.2022	08.02.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikelen 2 en 22 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2 van de bijlage wordt de verstrekking 103493-103504 en de toepassingsregels die erop volgen, na de verstrekking 102233 en de toepassingsregels die erop volgen, ingevoegd
- in artikel 22, II, b), van de bijlage wordt de verstrekking 557793-557804 en de toepassingsregel die erop volgt, na de verstrekking 558832-558843 en de toepassingsregel die erop volgt, ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.03.2022	28.02.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- de volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking 102690: “De verstrekkingen 102211, 102712, 102196 en 102690 mogen worden aangerekend voor patiënten die na doorverwijzing in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven, op schriftelijk verzoek van de arts-specialist van het psychiatrisch verzorgingstehuis en met een verplicht schriftelijk verslag van de zorgverlener voor de aanvragende arts.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2022 – Editie 1	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
21.04.2022	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt in artikel 11, § 4, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijziging aangebracht:

- de verstrekking 355972-355983 en de toepassingsregels worden na de verstrekking 355493-355504 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2022 – Editie 1	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- In de Nederlandse tekst:
 - => het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts”
 - => de woorden “geneesheer-specialist”, “geneesheer specialist” en “geneesheer, specialist” worden telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
 - => het woord “hoofdgeneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “hoofddarts”
 - => het woord “geneesheer psychiater” wordt telkens vervangen door het woord “arts-psychiater”
 - => het woord “geneesheren-specialisten” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-specialisten”
 - => het woord “pluridisciplinair” wordt telkens vervangen door het woord “multidisciplinair”
- het woord “pluridisciplinaire” wordt telkens vervangen door het woord “multidisciplinaire”
- de omschrijving van verstrekking 597726 en van verstrekking 597741 wordt vervangen
- de verstrekkingen 597402 en 597424 en de toepassingsregels worden tussen de verstrekkingen 597601 en 598706 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2022	17.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25 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
21.04.2022	17.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25 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, met betrekking tot het dagziekenhuis - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het opschrift van Afdeling 12 wordt vervangen als volgt: “AFDELING 12. - Toezicht, onderzoeken en permanentie voor rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis en verstrekkingen verleend in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenverzorging.”
- na de verstrekking 596540 en de toepassingsregel die erop volgt, wordt een paragraaf *1bis* ingevoegd, luidende: § 1^{er bis}. Honorarium voor toezicht op de in een dagziekenhuis verblijvende rechthebbende, ongeacht de bekwaming van de arts aan wie het verschuldigd is:”
- na de verstrekking 598581 en de toepassingsregel die erop volgt, worden de verstrekkingen 597354, 597376, 597273, 597295, 597310 en 597332 en de toepassingsregels ingevoegd.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.01.2022 – Editie 1	27.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het bedrag van de dotatie aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus voor het jaar 2021 door de wijziging van het koninklijk besluit van 27 juni 2021 tot vaststelling van het bedrag van de dotatie aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus voor het jaar 2021

Samenvatting van de wijzigingen

Een dotatie van 994.217.000 EUR wordt toegekend aan het RIZIV in het kader van de strijd tegen het COVID-19-virus voor het jaar 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.01.2022	27.12.2021	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 wordt voorzien in een opschorting van de van rechtswege indexering van deze remgeldplafonds op 1 januari 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.01.2022	27.12.2021	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

Met het koninklijk besluit wordt voor het jaar 2022 voorzien in een opschorting van de van rechtswege indexering van de remgeldplafonds met betrekking tot de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare dieetvoeding voor medisch gebruik.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.01.2022	27.12.2021	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

Met het koninklijk besluit wordt voor 2022 voorzien in een opschorting van de van rechtswege indexering van de remgeldplafonds met betrekking tot de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.01.2022	27.12.2021	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

Met het koninklijk besluit wordt voor het jaar 2022 voorzien in een opschorting van de van rechtswege indexering van de remgeldplafonds met betrekking tot de kosten van radiofarmaceutische producten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2022	15.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 4, 2^o, (*sic*) van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de rangnummers "102815" en "102830" worden vervangen door de rangnummers "101636" en "101651".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	21.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 94 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de moederschapsuitkering voor de zelfstandigen voor elke week van moederschapsrust die ten vroegste op 1 januari 2022 aanvat, vanaf 1 januari 2022 verhoogd.

Gedurende de eerste vier weken is een hoger bedrag van toepassing. Als één van die vier weken een week van halftijdse moederschapsrust is, zal de zelfstandige een hoger bedrag ontvangen voor de volgende week van halftijdse moederschapsrust (eventueel genomen na de eerste vier weken van moederschapsrust).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	23.12.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden en de regels bepaald waaronder de erkende huisartsen in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen recht hebben op een honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	23.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

in het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen in artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aangebracht:

- het vierde lid wordt aangevuld
- het derde lid wordt vervangen
- in het vijfde lid worden de woorden “zoals bedoeld in artikel 2, 6° van het koninklijk besluit van 25 juli 2014 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier” vervangen door de woorden “zoals bedoeld in artikel 2, 6° van het koninklijk besluit van 23 december 2021 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier”
- het achtste lid wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.02.2022	27.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt voorzien in de volgende maatregelen voor de regeling voor zelfstandigen:

- een uniforme aangiftetermijn: zeven kalenderdagen (eerste aangifte, verlenging en hervat)
- de invoering van een verwittigingsmaatregel, waarbij de vermindering van de uitkeringen met 10 % niet van toepassing is in het geval van een laattijdige aangifte.

Die verwittiging kan enkel worden toegepast:

=> één enkele keer voor één zelfde tijdvak van arbeidsongeschiktheid (met inbegrip van een verlenging van de arbeidsongeschiktheid en een hervat in arbeidsongeschiktheid);

=> voor zover de laattijdigheid niet langer dan een maand bedraagt. De berekening van deze maand gebeurt van datum tot datum.

Als het ziekenfonds een verwittiging toepast, moet het de sociaal verzekerde ervan op de hoogte brengen, langs schriftelijke weg, dat zijn aangifte laattijdig is gebeurd en dat voor die ene keer geen enkele sanctie zal worden opgelegd.

Het koninklijk besluit treedt in werking op 1 januari 2022 en is van toepassing op elke aangifte, met inbegrip van een verlenging en een hervat, voor een tijdvak van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste aanvangt op 1 januari 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.02.2022	27.01.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 5 mei 2020 tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de paragraaf van artikel 6 wordt aangevuld met de woorden “waarbij voor alle overeenkomsten geldt dat deze afgesloten dienen te zijn in of voorafgaand aan het premiejaar”
- artikel 7, § 6, 1) wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: “Vanaf het premiejaar 2021 is de activiteitsdrempel en het daaraan gekoppelde aandeel voor apothekers-klinisch biologen identiek aan de (sic) van artsen-klinisch biologen zoals bepaald in 2) van deze paragraaf”
- artikel 7, § 6, 2), 7^e lid, eerste streepje, wordt aangevuld met de woorden “dat aanleiding geeft tot een RIZIV-nummer voorbehouden voor de erkende huisarts of arts-specialist”
- artikel 7, § 6, 2), wordt aangevuld met een lid, luidende als volgt: “Voor artsen die op 31 december van het premiejaar beschikken over een RIZIV-nummer voorbehouden voor huisarts in opleiding of arts-specialist in opleiding, wordt voor het premiejaar 2020 het aandeel vastgelegd op 6.287,70 EUR en voor het premiejaar 2021 op 6.351,21 EUR”
- artikel 7, § 6, 3), 1^e lid, wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor het premiejaar 2021 worden deze aandelen vastgelegd op respectievelijk 1.610,68, 2.128,38 en 2.847,45 EUR”
- in artikel 7, § 6, 5), eerste lid, worden de woorden “2.429,06 EUR” vervangen door de woorden “3.200 EUR”
- er wordt een artikel 9/1 ingevoegd, luidende: “Per premiejaar kan eenzelfde zorgverlener maximaal aanspraak maken op een sociaal of ander voordeel voorzien voor een enkele beroepsgroep zoals bepaald onder artikel 2. Zorgverleners die voor meerdere voordelen in aanmerking komen, maken een keuze volgens de modaliteiten bepaald door het RIZIV”
- in artikel 13 worden de woorden “, volgens de modaliteiten bepaald door het RIZIV” ingevoegd tussen de woorden “geïnfomatiseerde weg” en de woorden “door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging”
- in de bijlage van hetzelfde besluit wordt de rij met de woorden “Arts zonder bijzondere beroepstitel en zonder verworven rechten 25.000,00 EUR 12.500,00 EUR”, evenals de rij met de woorden “Huisarts op basis van verworven rechten zoals bedoeld in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen 25.000,00 EUR 12.500,00 EUR”, opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.02.2022 – Editie 1	27.01.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de uitwerking en de tenuitvoerlegging van de “Terug Naar Werk-trajecten” betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de nadere regels bepaald volgens dewelke het bedrag van de bijkomende administratiekosten met het oog op de voorbereiding en de tenuitvoerlegging van de “Terug Naar Werk-trajecten” in de uitkeringsverzekering wordt verdeeld onder de vijf landsbonden voor de dienstjaren 2022 tot en met 2026.

Iedere landsbond bezorgt, na het verstrijken van het desbetreffende dienstjaar, de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV een register waarin wordt vermeld hoeveel “Terug-naar-werk-coördinatoren” gedurende dat dienstjaar tewerkgesteld zijn, evenals de duur en het werkvolume van hun tewerkstelling. Dat register bevat ook voor iedere “terug-naar-werk-coördinator” de gegevens die nodig zijn om na na te gaan of iemand voldoet aan de voorwaarden om binnen het ziekenfonds te werken als “terug-naar-werk-coördinator”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.02.2022	19.01.2022	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheekundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2021 en 2022

Samenvatting van de wijzigingen

De tegemoetkoming voor de premie 2021 en 2022 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.03.2022	13.02.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, met betrekking tot levende orgaandonoren

Samenvatting van de wijzigingen

Het persoonlijk aandeel wordt opgeheven voor alle verstrekkingen die worden verleend tijdens het jaar dat volgt op de afname en voor de raadplegingen, de klinische biologie en de radiologie die worden verleend vanaf het einde van het eerste jaar tot tien jaar na de afname, ongeacht of er voor die verstrekkingen een directe link bestaat met de afname.

De verantwoordelijke arts van het transplantatiecentrum dient aan de adviserend arts van het ziekenfonds kennis te geven van de afname van een orgaan bij een levende donor.

Overgangsbepalingen zijn voorzien voor de rechthebbende die vóór 1 augustus 2017 werd opgenomen in een ziekenhuis voor afname van een orgaan, of tussen 1 augustus 2017 en 31 maart 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.03.2022	09.02.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité een overeenkomst kan sluiten met een medisch-sociaal centrum voor sekswerkers

Samenvatting van de wijzigingen

Tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en een medisch-sociaal centrum kan een overeenkomst worden gesloten om de mannelijke, vrouwelijke en transgender sekswerkers medische hulpverlening aan te bieden zodat iedere sekswerker in veilige en gezonde omstandigheden in de prostitutie kan werken.

Het medisch-sociaal centrum moet bovendien aan bepaalde voorwaarden voldoen, het moet zijn activiteiten uitoefenen op het Belgisch grondgebied en zijn maatschappelijke doelstelling moet hoofdzakelijk gericht zijn op de specifieke gezondheidsproblematiek bij sekswerkers.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2022	24.02.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België

Samenvatting van de wijzigingen

Een jaarlijkse financiële tegemoetkoming van 403.962,80 EUR wordt voor een periode van drie jaar toegekend aan de Algemene Unie van Verpleegkundigen van België.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.01.2022 – Editie 1	22.12.2021	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
21.01.2022	14.01.2022	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
21.01.2022	17.01.2022	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I en worden de ATC-codes toegevoegd in bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.02.2022	15.02.2022	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
04.05.2022	15.02.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.02.2022	17.02.2022	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 IV van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.02.2022 – Editie 1	10.02.2022	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 en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2022	11.03.2022	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
25.04.2022	11.03.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.03.2022	11.03.2022	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
01.04.2022	11.03.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum
11.04.2022	11.03.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2022 – Editie 1	18.03.2022	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
21.01.2022	17.01.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2022	25.01.2022	Ministerieel besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen (CTFPV), bedoeld in artikel 122^{quinquies}, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is goedgekeurd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.02.2022	17.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "A. Oftalmologie" 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 hoofdstuk "A. Oftalmologie" 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:

- punt "A.3.2 Behandeling voor glaucoom" wordt met de volgende verstrekking en haar vergoedingsmodaliteiten aangevuld: "181974-181985 en de vergoedingsvoorwaarde A- § 05 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd
- in de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt een nieuwe nominatieve lijst 38501, behorende bij de verstrekking 181974-181985 [...] toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.03.2022	16.02.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift "L. Orthopedie en traumatologie" wordt aangevuld met het opschrift "L.12. Kunststofligament" en met de verstrekking 182475-182486 en haar vergoedingsmodaliteiten
- de vergoedingsvoorwaarde L- § 32 die overeenstemt met de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.03.2022	21.02.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden en ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 van het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden:
 - => in § 2, 1e lid, wordt het aantal “0,25” vervangen door het aantal “0,30”
 - => in § 2, 1e lid, worden de woorden “evenwel beperkt tot tweemaal 30 km” opgeheven
 - => in § 2 wordt het 2^e lid opgeheven
 - => in § 3 worden de woorden “beperkt tot tweemaal zestig km” opgeheven
 - => § 4 wordt vervangen.
- in het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:
 - => wordt het 1^e lid van artikel 1 vervangen
 - => in artikel 2, § 2, wordt het aantal “0,25” vervangen door het aantal “0,30”
 - => in artikel 2 luidt § 3 voortaan als volgt: “§ 3. De in § 2 bedoelde prijs is gekoppeld aan de waarde van het rekenkundig gemiddelde van het gezondheidsindexcijfer van de maand juni 2021 en de indexcijfers van de drie voorafgaande maanden.
Die prijs wordt op 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van bovenvermeld gezondheidsindexcijfer van het jaar ervoor tot dat van het tweede jaar ervoor, en voor de eerste keer op 1 januari 2023.
Onder gezondheidsindexcijfer wordt verstaan de index bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 december 1993 ter uitvoering van de wet van 6 januari 1989 tot vrijwaring van ‘s lands concurrentievermogen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.03.2022	24.02.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” 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 de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” van de Lijst, toegevoegd als bijlage 1:

- in punt “D.7 Neurostimulatie” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de omschrijving van de verstrekkingen 155013-155024; 155035-155046; 155050-155061; 155072-155083; 155116-155120; 155131-155142 en 155153-155164 worden vervangen;
 - => de verstrekkingen 182512-182523; 182534-182545; 182556-182560; 182571-182582; 182593-182604; 182615-182626 en 182630-182641 en de vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- de vergoedingsvoorwaarde D- § 06 wordt vervangen.

Met het ministerieel besluit worden in de nominatieve lijsten, toegevoegd als bijlage 2, de volgende wijzigingen aangebracht in de nominatieve lijst 316 met betrekking tot de “Neurostimulatoren urinewegen”:

- de omschrijving van de verstrekkingen 155013-155024; 155035-155046; 155050-155061; 155072-155083; 155116-155120; 155131-155142; 155153-155164 worden vervangen
- de verstrekking 182571-182582 wordt toegevoegd en gekoppeld aan de nominatieve lijst 31601
- de verstrekking 182630-182641 wordt toegevoegd en gekoppeld aan de nominatieve lijst 31604
- een nieuwe nominatieve lijst 31605, behorende bij de verstrekkingen 182512-182523, 182534-182545 en 182593-182604, wordt toegevoegd
- een nieuwe nominatieve lijst 31606, behorende bij de verstrekkingen 182556-182560 en 182615-182626, wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2022	07.02.2022	Ministerieel besluit tot vastlegging van het kwaliteitshandboek voor de medisch-sociale centra voor de sekswerkers zoals bedoeld in artikel 1, § 3, van het koninklijk besluit van 9 februari 2022 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité een overeenkomst kan sluiten met een medisch-sociaal centrum voor sekswerkers

Samenvatting van de wijzigingen

Het kwaliteitshandboek voor de medisch-sociale centra voor de sekswerkers is goedgekeurd.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.01.2022 – Editie 1	15.09.2021	Verordening tot wijziging, wat de aangifte van de arbeidsongeschiktheid betreft, van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende maatregelen doorgevoerd in het stelsel van de werknemers:

- de verlenging van de termijn voor de aangifte: zeven kalenderdagen (eerste aangifte, verlenging en hervat) - de arbeiders (14 dagen) en de bedienden (28 dagen) beschikken nog steeds over een langere termijn voor de eerste aangifte
- de invoering van een verwittigingsmaatregel, waarbij de vermindering van de uitkeringen met 10 % niet van toepassing is in het geval van een laattijdige aangifte.

Die verwittiging kan enkel worden toegepast:

- één enkele keer voor één zelfde tijdvak van arbeidsongeschiktheid (met inbegrip van een verlenging van de arbeidsongeschiktheid en een hervat in arbeidsongeschiktheid)
- voor zover de laattijdigheid niet meer dan een maand bedraagt. De berekening van deze maand gebeurt van datum tot datum.

Als het ziekenfonds een verwittiging toepast, moet het de sociaal verzekerde ervan op de hoogte brengen, langs schriftelijke weg, dat zijn aangifte laattijdig is gebeurd en dat voor die ene keer geen enkele sanctie zal worden opgelegd.

De verordening treedt in werking op 1 januari 2022 en is van toepassing op elke aangifte, met inbegrip van een verlenging en een hervat, voor een tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat ten vroegste aanvangt op 1 januari 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.01.2022	13.09.2021	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt bijlage 94.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.03.2022	31.01.2022	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in de bijlage bij de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

- formulier D-Form-I-01 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "D. Urologie en nefrologie" van de lijst, wordt toegevoegd
- formulier D-Form-II-01 wordt gewijzigd.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

25.02.2022

Opheffing interpretatieregel: Interpretatieregel voor de terugbetaling van de specialiteiten met fulvestrant als actief bestanddeel

Interpretatieregel betreffende de terugbetaling van fulvestrant in associatie met KisqaliR (ribociclib) in de behandeling van rechthebbenden met hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve, symptomatische lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker, die reeds een eerdere adjuvante hormonale behandeling hebben gekregen en die meer dan 12 maanden na het beëindigen van de adjuvante behandeling hervallen zijn of de behandeling van rechthebbenden met hormoonreceptor-positieve, HER2-negatieve, symptomatische lokaal gevorderde of gemetastaseerde borstkanker bij initiële diagnose (de novo):

De interpretatieregel wordt opgeheven.

Die opheffing heeft uitwerking op 1 maart 2022.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.02.2022	28.01.2022	Nationaal akkoord tandheelkundigen - ziekenfondsen 2022-2023 - Kennisgeving punt 22

Samenvatting van de wijzigingen

De akkoorden, gesloten door de Nationale Commissie Tandheelkundigen - Ziekenfondsen, die de jaren 2022 en 2023 dekken, zijn bekrachtigd door de Ministerraad.

Enkele van de belangrijkste punten in het akkoord zijn:

- verschillende maatregelen om de tandzorg toegankelijker te maken, zoals de aanpassing van de leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek tot 80 jaar (in plaats van 67 jaar)
- een aanzienlijke herwaardering van verschillende honoraria, waaronder de raadpleging van de algemene tandarts tot 27 EUR
- de ontwikkeling van een financieel kader voor de integratie van de mondhygiënist in de tandheelkundige zorg.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.02.2022	28.01.2022	Wijzigingsclausule Y/2018 ^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen - Wijzigingsclausule T/2018 ^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 28 januari 2022 - Kennisgeving punt 8
21.02.2022	28.01.2022	Wijzigingsclausule Y/2018 ^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen - Wijzigingsclausule T/2018 ^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad van 28 januari 2022 - Kennisgeving punt 8 - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Vijfde wijzigingsclausule Y/2018^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen:

De Overeenkomstencommissie Bandagisten - Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen heeft de vijfde wijzigingsclausule gesloten, waardoor:

- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 met betrekking tot de lumbostaten, de orthopedische zolen en het micoviscidosemateriaal niet wordt geïndexeerd op 1 januari 2022
- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 betreffende de bandages, riemen, borstprothesen, stoma- en incontinentiemateriaal met 0,79 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2022
- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 betreffende de armkousen en therapeutische elastische handschoenen en therapeutische elastische beenkousen met 1,60 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2022.

Vijfde wijzigingsclausule T/2018^{sexies} bij de Nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen:

De Overeenkomstencommissie Bandagisten - Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen heeft de vijfde wijzigingsclausule gesloten, waardoor:

- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 29 met betrekking tot de orthopedische zolen en prefab orthesen niet wordt geïndexeerd op 1 januari 2022
- de waarde van de sleutelletter van alle andere verstrekkingen van artikel 29 van de nomenclatuur met 1,13 % wordt geïndexeerd op 1 januari 2022.

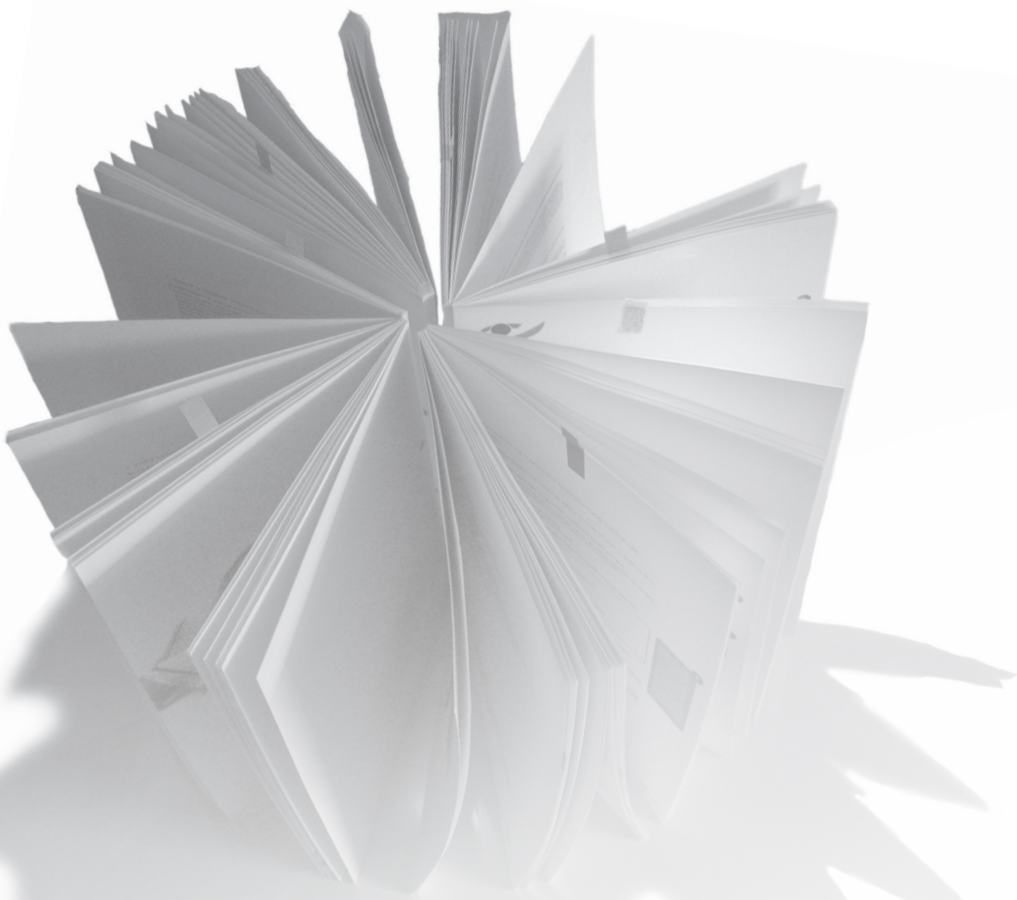
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.02.2022	28.01.2022	Nationaal akkoord artsen - ziekenfondsen 2022-2023 - Kennisgeving punt 21

Samenvatting van de wijzigingen

De nationale overeenkomst met de artsen en de verzekeringsinstellingen is goedgekeurd en zij beoogt de volgende doelstellingen:

- de toegankelijkheid van de zorg voor de patiënten en de transparantie ervan. Vanaf 2022:
 - => zullen de artsen de gefactureerde supplementen op het getuigschrift voor verstrekte hulp vermelden. Die informatie zal toegankelijk zijn voor de ziekenfondsen, die op die manier de evolutie van de kosten ten laste van de patiënt kunnen volgen en kunnen controleren of de voorwaarden inzake facturatie worden nageleefd;
 - => voortaan mogen zij de derdebetalersregeling voor alle patiënten toepassen bij een raadpleging of bezoek;
 - => het conventietarief zal ook worden toegepast voor ambulante verzorging (buiten het ziekenhuis) die enkel in een ziekenhuis mag worden verleend;
 - => meerdere specifieke toegankelijkheidsmaatregelen voor de meer kwetsbare groepen;
 - => multidisciplinaire projecten in het kader van de strijd tegen diabetes en obesitas, psychiatrische en psychologische zorg voor jongeren, respiratoire revalidatie;
- via de organisatie van de gezondheidszorg de impact van pieken in de activiteit beter absorberen en vertragingen in de zorgverlening vermijden
- de ontwikkeling van de teleconsultatie en de tele-expertise voortzetten
- de nomenclatuur van de artsen-specialisten hervormen
- de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen moderniseren
- toezien op de duurzaamheid van het zorgsysteem
- ondersteuning bieden aan de artsen en meer in het algemeen aan de zorgverleners.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Grondwettelijk Hof, 18 november 2021

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikel 103, § 1, 3° - Ontslagvergoeding - Schadevergoeding wegens beëindiging van de arbeidsovereenkomst - Vergoeding voor arbeidsongeschiktheid - Geen schending van de artikelen 10 en 11 van de Grondwet

De tijdvakken waarop de ontslagvergoeding betrekking heeft en de tijdvakken waarop de vakantietoeslag betrekking heeft, mogen elkaar niet overlappen, maar moeten elkaar opvolgen, zodat kan worden bepaald vanaf wanneer de betrokken werknemer recht heeft op een vergoeding wegens arbeidsongeschiktheid.

De ontslagvergoeding heeft noodzakelijkerwijs betrekking op een andere periode dan de periode waarop de vakantietoeslag betrekking heeft, aangezien zij voor de betrokken werknemer een compensatie vormt voor onvoldoende opzeg- of vakantiegeld als gevolg van de toepassing van de oude wetgeving.

Nr. 162/2021

...

- B -

B.1. De invoering van het eenheidsstatuut voor arbeiders en bedienden heeft voor arbeiders in de regel tot gevolg dat zij recht hebben op een langere opzegtermijn. Dat recht geldt evenwel slechts ten volle indien de arbeidsovereenkomst na 31 december 2013 werd aangevat. Een arbeider die zijn anciënniteit gedeeltelijk tot die datum heeft verworven, ondervindt nog gedeeltelijk de nadelige gevolgen van de vroegere regeling, aangezien de duur van zijn opzeggingstermijn of van de overeenstemmende opzeggingsvergoeding, wat de periode vóór 1 januari betreft, moet worden bepaald op basis van de vroegere regels. Om die nadelige gevolgen weg te werken, heeft de wetgever de ontslagcompensatievergoeding in het leven geroepen.

Die vergoeding wordt door de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening (hierna: de RVA) toegekend aan “werknemers waarvan de duur van de opzeggingstermijn of van de overeenstemmende opzeggingsvergoeding overeenkomstig de wetgeving minstens gedeeltelijk moet worden bepaald op basis van de anciënniteit verworven als arbeider in de periode gelegen vóór 1 januari 2014” (art. 7, § 1, derde lid, zf), van de besluitwet van 28 december 1944 “betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders”, zoals ingevoegd bij de wet van 26 december 2013 “betreffende de invoering van een eenheidsstatuut tussen arbeiders en bedienden inzake de opzeggingstermijnen en de carenzdag en begeleidende maatregelen”).

De ontslagcompensatievergoeding compenseert voor die werknemers “het verschil tussen enerzijds de opzeggingstermijn of de overeenstemmende opzeggingsvergoeding die de werkgever moet toekennen en anderzijds de opzeggingstermijn of de overeenstemmende opzeggingsvergoeding die de werkgever zou toegekend hebben alsof de totale anciënniteit van de werknemer volledig verworven was na 31 december 2013” (art. 7, § 1^{sexies}, eerste lid, van de voormelde besluitwet, zoals ingevoegd bij de wet van 26.12.2013).

B.2. Het in het geding zijnde artikel 103, § 1, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de gecoördineerde wet van 14.07.1994), werd aangevuld bij artikel 109 van de wet van 26 december 2013 met het oog op het verbod van de cumulatie, voor eenzelfde periode, van de ontslagcompensatievergoeding en van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en invaliditeit.

Ingevolge die wijziging bepaalt het voormelde artikel 103, § 1, 3^o:

“Geen aanspraak op uitkeringen heeft de werknemer:

[...]

3^o voor de periode waarvoor hij aanspraak kan maken op een vergoeding welke verschuldigd is naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden of de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord, of op een ontslagcompensatievergoeding bedoeld in artikel 7, § 1, derde lid, z), van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders”.

B.3. De verwijzende rechter stelt het Hof een vraag over de bestaanbaarheid van die bepaling met het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie, enerzijds, in de interpretatie volgens welke de periode die door de ontslagcompensatievergoeding wordt gedekt en de periode die door de compenserende opzeggingsvergoeding (ook “opzeggingsvergoeding” genoemd) wordt gedekt, elkaar kunnen overlappen (eerste interpretatie) en, anderzijds, in de interpretatie volgens welke die periodes elkaar niet kunnen overlappen maar bij elkaar moeten worden opgeteld (tweede interpretatie).

B.4. Uit het verwijzingsvonnis blijkt dat de in het geding zijnde bepaling, in de eerste interpretatie, een verschil in behandeling doet ontstaan tussen arbeiders en bedienden. De bedienden, die geen ontslagcompensatievergoeding ontvangen maar enkel recht hebben op een opzeggingstermijn of op een opzeggingsvergoeding, dienen het einde van de desbetreffende periode af te wachten alvorens aanspraak te kunnen maken op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid. De arbeiders die een ontslagcompensatievergoeding genieten op grond van het voormelde artikel 7, § 1 *sexies*, eerste lid, van de besluitwet van 28 december 1944, kunnen daarentegen aanspraak maken op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid vanaf het einde van de periodes die respectievelijk door de opzeggingsvergoeding en door de ontslagcompensatievergoeding worden gedekt. Aangezien die periodes in die interpretatie op hetzelfde ogenblik een aanvang nemen en minstens gedeeltelijk samenvallen in de tijd, kunnen de betrokken arbeiders sneller dan bedienden aanspraak maken op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid.

Dat verschil in behandeling zou niet bestaan in de tweede interpretatie, aangezien de periodes die respectievelijk door de opzeggingsvergoeding en door de ontslagcompensatievergoeding worden gedekt, op elkaar moeten volgen en dus niet kunnen samenvallen.

B.5. Het beginsel van gelijkheid en niet-discriminatie sluit niet uit dat een verschil in behandeling tussen categorieën van personen wordt ingesteld, voor zover dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is.

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

B.6. In de memorie van toelichting wordt de invoering van artikel 7, § 1, derde lid, zf), van de besluit-wet van 28 december 1944 bij de wet van 26 december 2013 als volgt verantwoord:

Door artikel 97 wordt aan de RVA een bijkomende taak toegewezen, namelijk het betalen van de ontslagcompensatievergoeding.

Voor (ex-)arbeiders die een anciënniteit bewijzen die gedeeltelijk vóór 1 januari 2014 en gedeeltelijk vanaf 1 januari 2014 gelegen is, wordt de opzeggingstermijn of daarmee overeenstemmende opzeggingsvergoeding gedeeltelijk berekend volgens de oude wetgeving voor wat de anciënniteit betreft vóór 1 januari 2014, en gedeeltelijk volgens de nieuwe wetgeving voor wat de anciënniteit betreft vanaf 1 januari 2014. De bedoeling is evenwel niet dat deze werknemers voor altijd het 'nadeel' van de anciënniteit vóór 1 januari 2014 ondervinden. Daarom zullen zij volgens een bepaald tijdpad worden geïntegreerd in de nieuwe wetgeving. Vanaf een bepaald ogenblik zal men er van uitgaan dat hun anciënniteit volledig verworven is onder de nieuwe wetgeving, zelfs al is die voor een stuk verworven vóór 1 januari 2014.

De werkgever zal de werknemer in dat geval evenwel geen opzeggingstermijn of -vergoeding toekennen volgens de nieuwe wetgeving, maar wel nog steeds de berekening maken op basis van een stuk anciënniteit vóór 1 januari 2014 en een stuk anciënniteit vanaf 1 januari 2014.

De RVA zal het verschil tussen het bedrag dat de werkgever betaalt en het bedrag waarop de werknemer volgens de nieuwe wetgeving recht heeft, bijpassen in de vorm van een ontslagcompensatievergoeding.

[...]

Er is ook toegevoegd dat de werknemers die tijdelijk of definitief onder een afwijkende regeling inzake opzegtermijnen vallen, niet gerechtigd zijn op de ontslagcompensatievergoeding.

Deze ontslagcompensatievergoeding wordt gelijkgesteld met een gewone opzeggingsvergoeding, wat betekent dat deze enerzijds rechten zal openen in de werkloosheidsverzekering, maar anderzijds niet cumuleerbaar is met een werkloosheidsuitkering.

De door de RVA betaalde vergoeding is een berekend nettobedrag, waarop noch de RVA, noch de werknemer bijgevolg fiscale of sociale bijdragen of inhoudingen verschuldigd is.

De ontslagcompensatievergoeding zal niet cumuleerbaar zijn met de inschakelingsvergoeding die de (ex-)arbeider geniet wanneer hij in het kader van een herstructurering ingeschreven is in een tewerkstellingscel. In dat geval geniet hij immers ten laste van de werkgever naar aanleiding van zijn ontslag al een vergoeding die hoger is dan de normale wettelijke opzeggingsvergoeding.

Inzake toezicht en terugvordering van de vergoeding gelden de normale regels zoals die gelden voor gewone werkloosheidsuitkeringen" (*Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, DOC 53-3144/001, pp. 56-57).

B.7. Het amendement dat aan de oorsprong van de wijziging van de in het geding zijnde bepaling ligt, wordt als volgt verantwoord:

"Afdeling XVI beoogt om binnen de ziekteverzekering [...] een cumulatieverbod tussen de ziekteuitkering en de ontslagcompensatievergoeding vast te leggen.

[...]

De ontslagcompensatievergoeding kan niet gecumuleerd worden met vervangingsinkomens. Teneinde dit cumulatieverbod, naar analogie met de andere vervangingsinkomens, tussen de ontslagcompensatievergoeding en de arbeidsongeschiktheids- en invaliditeitsuitkeringen in te voeren wordt artikel 103 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd" (*Parl. St.*, Kamer, 2013-2014, DOC 53-3144/001, pp. 4-5).

B.8. Gelet op hetgeen voorafgaat, houdt de ontslagcompensatievergoeding noodzakelijkerwijs verband met een periode die verschilt van de periode die door de opzeggingsvergoeding wordt gedekt. De ontslagcompensatievergoeding compenseert ten aanzien van de betrokken werknemer immers een opzeggingstermijn of een opzeggingsvergoeding die niet volstaat wegens de toepassing van de vroegere wetgeving. Zij stemt dus noodzakelijkerwijs overeen met een periode die zich onderscheidt van de periode die door de opzeggingstermijn of door de overeenstemmende opzeggingsvergoeding wordt gedekt.

De periodes die respectievelijk door de opzeggingsvergoeding en door de ontslagcompensatievergoeding worden gedekt, dienen op elkaar te volgen zonder te kunnen samenvallen opdat wordt bepaald vanaf wanneer de betrokken werknemer aanspraak kan maken op uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en invaliditeit. Anders daarover besluiten zou neerkomen op een aanzienlijke vermindering van het nuttige effect van het verbod, bij de in het geding zijnde bepaling, van de cumulatie van de ontslagcompensatievergoeding met de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid en invaliditeit en zou indruisen, tegen de bedoeling van de wetgever.

B.9. De interpretatie volgens welke de periodes die door de opzeggingsvergoeding en door de ontslagcompensatievergoeding worden gedekt, kunnen samenvallen, is kennelijk onjuist.

In die interpretatie behoeft de prejudiciële vraag geen antwoord.

B.10. In de interpretatie volgens welke de periode die door de ontslagcompensatievergoeding wordt gedekt en de periode die door de opzeggingsvergoeding wordt gedekt, op elkaar dienen te volgen zonder te kunnen samenvallen, doet de in het geding zijnde bepaling het in B.4 vermelde verschil in behandeling tussen de bedienden en de betrokken arbeiders niet ontstaan.

In die interpretatie dient de prejudiciële vraag ontkennend te worden beantwoord.

OM DIE REDENEN, HET HOF,

Zegt voor recht:

Artikel 103, § 1, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, zoals gewijzigd bij artikel 109 van de wet van 26 december 2013 “betreffende de invoering van een eenheidsstatuut tussen arbeiders en bedienden inzake de opzeggingstermijnen en de carenzdag en begeleidende maatregelen”, in de interpretatie volgens welke de periode die door de ontslagcompensatievergoeding wordt gedekt en de periode die door de opzeggingsvergoeding wordt gedekt op elkaar moeten volgen zonder te kunnen samenvallen, schendt de artikelen 10 en 11 van de Grondwet niet.

...

II. Arbeidshof van Brussel, 12 mei 2022

Evaluatie arbeidsongeschiktheid - Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Deskundigenonderzoek – Bewijswaarde van het deskundig advies – Prikelbare darm syndroom

Betrokkene haalde in casu aan dat hij niet akkoord gaat met het advies van de aangestelde deskundige.

Er werd geoordeeld dat het feit dat een partij het advies van de deskundige niet aanvaardt, de aanstelling van een nieuwe deskundige niet automatisch rechtvaardigt. De aanstelling van een nieuwe deskundige is enkel gerechtvaardigd indien er ernstige tegenindicaties aanwezig zijn waarbij betrokkene dit dient te staven met gefundeerde medische attesten.

In casu, werd het deskundigenonderzoek nauwgezet gevoerd en was het verslag van de deskundige gebaseerd op objectieve elementen en een grondige kennis van het dossier.

Rolnummer: 2021/AB/100

... t./RIZIV

...

De inschatting van een ongeschiktheid kan niet geldig steunen op een persoonlijke appreciatie van de betrokkene zelf, maar enkel op een evaluatie van een daartoe bevoegde geneesheer en zulks gesteund op objectiveerbare medische gronden (Arbh. Antwerpen, afd. Hasselt, 26.11.2013, AR nr. 2010/AH/372, onuitg.).

De gerechtelijke zekerheid wordt precies gevormd door een hoge graad van waarschijnlijkheid, zodat aan het tegendeel – dat theoretisch mogelijk blijft – niet meer ernstig hoeft te worden gedacht (J. RONSE e.a. “Schade en schadeloosstelling”, A.P.R. 1988, 75 – 76).

3.

De deskundige, aangesteld door de eerste rechter, heeft volgende overwegingen opgenomen in het verslag:

Na de eerder geruststellende ondervraging (goede algemene toestand, geen spierhypotrofie, huishoudelijke taken mogelijk, geen zware depressie noch beperkingen, ...) uitgevoerd door de adviseur 09/2009 werd een einde gesteld aan deze werkonbekwaamheid: aangepaste activiteiten op de algemene arbeidsmarkt mogelijk gedacht door adviserende arts (referentieberoepen type verkoper, vertegenwoordiger, adviseur, administratief bediende ...).

Dr. ... voor verweerder benadrukt ter zitting dat er de laatste 2 jaren eigenlijk maar weinig evolutie was op medisch vlak en dat werkzaamheden op plaatsen waar er een toilet ter beschikking is toch met zekerheid haalbaar blijven.

Er kan ter zitting dus alleen maar vastgesteld worden dat lichte arbeid (gebeurlijk deeltijds bij start) eind 2009 derhalve allicht mogelijk was en dat de VDAB (eventueel mits tussenkomst van hun adviserende arts) had kunnen helpen bij de zoektocht naar een dergelijke aangepaste job.

Hier kon ter zitting niets rationeels tegen ingebracht worden door eisende partij.

Daarop werden een aantal opmerkingen geformuleerd door appellant, waarop door de geneesheer-deskundige als volgt werd geantwoord:

Betrokkene verklaarde ter zitting wel degelijk dat hij kon sporten: wandelen ("met pamber maat 6", weliswaar niet ter zitting), fietsen, ...

Er dient hierbij toch nogmaals onderstreept dat hij ter zitting zélf (verplaatsing inbegrepen moet je hier toch minstens 2 uur voor uittrekken) GEEN "pamber" mee had ... hetgeen de ernst van zijn zogezegde stoelgangnood/incontinentie dan weer compleet relativeert!

Ik geloof absoluut NIET dat eiser de controle over zijn darmen volledig kwijt zou zijn naar aanleiding van stoelgangurge; Dr. ... voor het RIZIV merkte in dat verband trouwens correct op dat de heel uitgebreide medische oppuntstelling eigenlijk volkomen geruststellend was gebleken...

Dat hij naast zijn stoelgangproblemen tevens nog last heeft van rugpijn op scoliose, alsook van stress, met negatieve werking op zijn psychisch welbevinden werd óók zeer duidelijk opgenomen in het gedetailleerd deskundig verslag.

[...]

Er kan in deze casus niet voldoende onderstreept worden dat eisende partij wel degelijk in staat is om huishoudelijke activiteiten uit te voeren [...] en om te werken in de tuin [...]; er werden dan ook ter zitting duidelijke tekenen van activiteit vastgesteld ter hoogte van zijn handen (eelt, wondjes, vuil onder nagels, ...) hetgeen door betrokkene nu eigenlijk zélf per brief openlijk toegegeven wordt.

4.

Hoewel in geen enkel opzicht moet getwijfeld worden aan de medische problematiek van appellant en van de ongemakken die dit kan meebrengen op privé zowel als op professioneel vlak, moet toch vastgesteld worden dat geen nieuwe medische stukken worden voorgelegd die stellen dat appellant voor minstens 66% arbeidsongeschikt zou zijn.

Er wordt in de recentste attesten wél vermeld wat de medische problematiek is en hoe gepoogd wordt daaraan (proefondervindelijk) te remediëren aan de hand van verschillende medicatie, maar nergens wordt op héél uitdrukkelijke wijze gesteld dat appellant arbeidsongeschikt zou zijn in de zin van artikel 100 ZIV-wet.

Appellant benadrukt ter zitting ook zelf op zeer stellige wijze dat hij wil werken.

Met zijn zeer gevarieerd profiel (stukadoor, vertegenwoordiger, ...), moet dat in feite ook tot de mogelijkheden behoren, temeer aangezien hij ook zelf aangeeft dat de ene dag veel beter is dan de andere en dat er bij momenten

- weliswaar traag – beterschap kan worden waargenomen, dit door de uitgeprobeerde medicatie.

Niets hoeft appellant overigens te beletten om een nieuwe ziekte-aangifte in te dienen wanneer hij meent dat hij (verder/opnieuw) arbeidsongeschikt zou zijn. Sinds de bestreden beslissing is dit in elk geval niet gebeurd.

De aanstelling van een nieuwe deskundige is geen automatisme wanneer één der partijen het met de besluiten van een geneesheer-deskundige niet eens is. Daartoe dienen ernstige tegenindicaties aanwezig te zijn, bij voorkeur onder de vorm van gefundeerde medische attesten en dito verslagen. Dit is hier niet het geval.

Op grond van de voorliggende stukken, moet bijgevolg worden besloten dat het onderzoek dat door de deskundige werd gevoerd voldoende grondig is, dat zijn verslag gebaseerd is op objectieve elementen en op een gedegen studie van het dossier. Ook de opmerkingen van de partijen heeft hij grondig beantwoord en mede in overweging genomen. Ook in de nieuwe medische stukken wijst niets erop dat de deskundige de bal serieus misgeslagen zou hebben.

Het hoger beroep is dan ook ongegrond.

OM DEZE REDENEN
HET ARBEIDSHOF BRUSSEL, 7^{DE} Kamer

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

Verklaart het hoger beroep van de heer ... ontvankelijk, maar ongegrond.

Bevestigt het aangevochten vonnis van 5 januari 2021 van de arbeidsrechtbank Leuven, 2^{de} kamer, in de zaak met AR nr. 19/691/A.

...

III. Arbeidshof van Antwerpen, afdeling Hasselt, 13 mei 2022

Evaluatie arbeidsongeschiktheid - Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Voorafbestaande toestand – Geen verdienvermogen van meer dan 1/3 – Medische aandoening reeds aanwezig vóór intrede op de arbeidsmarkt – Beperkte werkervaring

Overeenkomstig artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 is een gerechtigde niet arbeidsongeschikt wanneer deze geen verdienvermogen van meer dan 1/3 kan aantonen bij zijn intrede op de arbeidsmarkt. In dat geval is er sprake van een voorafbestaande toestand.

Indien de medische aandoening al op een jonge leeftijd wordt vastgesteld of er reeds voldoende discrete tekens van de aandoening aanwezig zijn vóór de intrede op de arbeidsmarkt, kan er geen twijfel bestaan over de voorafbestaande toestand.

In casu bevestigen het vroegtijdig stopzetten van de opleiding en kortstondige stages dat betrokkene omwille van zijn medische aandoening niet in staat is om zich te integreren op de arbeidsmarkt.

A.R. 2021/AH/118
RIZIV t./ ...

...

4. Beoordeling

4.1. Algemeen

De betwisting heeft betrekking op de vraag of de ... vanaf 6 juli 2020 arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.

Wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door een werkzaamheid in de beroepscategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.¹

1. Art. 100, § 1 van de ZIV-wet.

Uit deze wettelijke bepaling volgt dat er tegelijkertijd aan drie voorwaarden moet worden voldaan:

- onderbreking van alle arbeid
- die onderbreking moet het rechtstreeks gevolg zijn van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen
- het verdienvermogen moet verminderd zijn tot een derde of minder van wat de refertepersoon zou kunnen verdienen; doorgaans wordt deze vereiste uitgedrukt als 'arbeidsongeschikt zijn', zodat er kortom een arbeidsongeschiktheidspercentage van minstens 66 % vereist is.

Bij de beoordeling van het verdienvermogen, verschilt de refertepersoon naargelang de reeds verstreken duurtijd.

Over de eerste zes maanden van (primaire) arbeidsongeschiktheid moet de vermindering van het verdienvermogen worden bepaald ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, althans in zoverre de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor een genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne.

Na die eerste zes maanden van arbeidsongeschiktheid dient niet enkel te worden gekeken naar wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde beroepsopleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid van de betrokkene behoort, maar tevens wat kan worden verdiend in de verschillende beroepen die de betrokkene heeft of zou kunnen uitgeoefend hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding (en/of ervaring), hetgeen gemeenzaam met de terminologie van de 'algemene arbeidsmarkt' wordt aangeduid.

4.2. Toetsing in concreto

Het is niet in betwisting dat de graad van arbeidsongeschiktheid van de ... meer dan 66 % bedraagt. Hij lijdt immers aan paramyotonia congenita van Von Eulenburg waardoor zijn klachten verder achteruitgaan.

Wel betwist RIZIV dat de ... over een verdienvermogen van meer dan 1/3 beschikt omdat hij door zijn medische aandoening die reeds aanwezig was bij het betreden van de arbeidsmarkt, nog geen verdienvermogen van meer dan 1/3 heeft kunnen opbouwen. RIZIV besluit dan ook tot een voorafbestaande toestand.

De ... betwist dat ten zeerste.

4.2.1. VONNIS VAN 7 OKTOBER 2019 VAN DE ARBEIDSRECHTBANK ANTWERPEN, AFDELING TONGEREN

Ter ondersteuning van de stelling dat hij wel over een verdienvermogen van meer dan 1/3 beschikt, verwijst de ... naar een vonnis van 7 oktober 2019 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, waarin geoordeeld werd dat hij verder arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet vanaf 16 oktober 2017.

Terecht stelt RIZIV dat dit vonnis ten aanzien van haar geen gezag van gewijsde heeft in de zin van artikel 23 Gerechtelijk Wetboek omdat zij geen partij was in dat geschil. Wel kan dat vonnis een beoordelingselement vormen in deze huidige zaak.

4.2.2. ER IS GEEN VERDIENVERMOGEN VAN MEER DAN 1/3 IN DE ZIN VAN ARTIKEL 100, § 1 VAN DE ZIV-WET

Opdat een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet kan worden erkend, moet de betrokkene bij zijn intrede op de arbeidsmarkt een verdienvermogen gehad hebben van meer dan 1/3.

Indien het verdienvermogen bij zijn intrede op de arbeidsmarkt blijvend minder bedroeg dan 1/3 is dergelijke erkenning niet mogelijk. Er is dan sprake van een voorafbestaande toestand.

In deze zaak staat het vast dat de aandoening van de ... al aanwezig was voor zijn intrede op de arbeidsmarkt. De diagnose van paramyotonia congenita van Von Eulenburg werd immers reeds vastgesteld op 17-jarige leeftijd, terwijl er voordien ook al discrete tekens van zijn aandoening aanwezig waren.²

Geneesheer-deskundige ... die de heer ... onderzocht vanaf 16 oktober 2017 in het kader van een dossier tegen NVSM, beschreef zijn bevindingen hierover als volgt:

De heer ... is een 23-jarige jongeman die lijdt aan paramyotonia congenita van Von Eulenburg. Als gevolg van deze aandoening bestaat er een extreme deconditionering, wat al opvalt bij inspectie van patiënt.

(...)

Er bestaat een zeer beperkte werkervaring die wegens zijn aandoening steeds eindigde op een falen en arbeidsongeschiktheid. Inspanningen werden weliswaar gedaan opdat betrokkene zich zou integreren in de arbeidsmarkt, zonder resultaat.

(...)

Op basis van anamnese en klinisch onderzoek is het duidelijk dat betrokkene op basis van de opleiding, op basis van zijn werkervaring en op basis van zijn aandoening nooit geschikt is geweest voor de arbeidsmarkt.”³

Dit verslag staat niet alleen. Immers blijkt ook nog uit de beschikbare stukken dat de opleiding elektriciteit van de ... vroegtijdig werd afgebroken en dat zijn werkervaring beperkt was tot:

- stages op school, waarvoor hij meestal thuis bleef
- stages (verkoop) vanuit GTB van 2 x 4 uur per week (di en do van 14-18u), die als te zwaar werden ervaren⁴
- vervanging (1 week) in de horeca, die tevens als te zwaar werd ervaren.⁵

Tevens mislukten pogingen om hem te integreren in het arbeidscircuit omwille van zijn medische aandoening.⁶

Het geheel van deze elementen, waaronder de aard en de zeer beperkte omvang van de werkervaring van de ... laten dan ook niet toe te besluiten dat deze laatste, bij zijn intrede op de arbeidsmarkt en ook daarna, een verdienvermogen van meer dan 1/3 had.

2. Zie administratief dossier en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

3. Deskundigenverslag dr. Vandervelden.

4. Stukken 3 en 5 en 6 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

5. Stukken 4 en 7 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

6. Stukken 3, 5 en 6 dossier ... en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

Het feit dat dr. ... adviserend geneesheer van ... op 31 januari 2018 oordeelde *'dat er sprake was van een voorafbestaande toestand met voldoende stabilisatie voor de reguliere arbeidsmarkt, vb. verkoop zoals hij deed via stage'*⁷ wijzigd dat niet, daar dat oordeel tegengesproken werd door de hierboven weergegeven bevindingen van 20 oktober 2018 van geneesheer-deskundige dr. Vandervelden. Daarenboven sloot dr. ... zich nadien ook aan bij de bevindingen en het advies van geneesheer-deskundige Vandervelden dat de heer ... geen verdienvermogen had en niet arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet.⁸

Ook het feit dat de heer ... na het verlaten van de school terecht kwam op de werkloosheid, wijzigd dat niet en volstaat geenszins om verworven rechten te kunnen putten in het kader van de ZIV-reglementering.

Daar ook geen bewijs voorligt dat de medische situatie van de heer ... inmiddels zou verbeterd zijn, besluit het arbeidshof dat de ... geen verdienvermogen van meer dan 1/3 had en dus op 6 juli 2020 niet voldeed aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de ZIV-wet om als arbeidsongeschikt te worden erkend.

Hij kan zich desgevallend wel wenden tot de FOD Sociale Zekerheid Directie-Generaal Personen met een Handicap met het oog op een eventuele erkenning van een handicap.

4.2.3. SCHENDING VAN DE BEGINSELEN VAN BEHOORLIJK BESTUUR?

De heer ... stelt dat het RIZIV door de bestreden beslissing te nemen de beginselen van behoorlijk bestuur heeft geschonden, en meer bepaald het zorgvuldigheidsbeginsel, het vertrouwensbeginsel en het rechtzekerheidsbeginsel.

Welnu, aangezien de gemotiveerde beslissing van het RIZIV bevestigd wordt, is het niet dienend om hier nog dieper op in te gaan, te meer daar het RIZIV ten overvloede niet gebonden was door een beslissing die niet ten aanzien van haar werd genomen en waarbij zij ook geen partij was.

BESLISSING

Het arbeidshof,

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk.

Vernietigt het vonnis van 19 april 2021 van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Tongeren, behalve wat de ontvankelijkheid van de vordering en de beoordeling van de kosten betreft.

Opnieuw recht sprekend, bevestigt de beslissing van 26 juni 2020 van het RIZIV.

7. Stuk 9 dossier.

8. Administratief dossier en deskundigenverslag dr. Vandervelden.

IV. Arbeidshof van Gent, afdeling Gent, 3 juni 2022

Evaluatie arbeidsongeschiktheid – Artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 – Billijkheid – Tandarts/orthodontist

Bij de evaluatie van de arbeidsongeschiktheid van een zelfstandige dient een onderscheid gemaakt te worden tussen artikel 19 en artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

Om arbeidsongeschikt te worden erkend overeenkomstig het strengere artikel 20 moet niet alleen rekening worden gehouden met de eigen beroepsactiviteit maar met eender welke beroepsbezigheid die billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd, inzonderheid rekening houdend met de stand, gezondheids-toestand en beroepsopleiding. Er moet dus niet alleen meer verwezen worden naar de activiteiten die vroeger werden uitgeoefend, maar naar alle toegankelijke beroepen.

Luidens artikel 20 moet echter ook rekening worden gehouden met de billijkheid. Het billijkheidsbegrip moet in concreto beoordeeld worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de specifieke persoonlijke factoren (leeftijd, gezondheid, sociaal, intellectueel en professioneel profiel), waarbij ook de functionele beperkingen met reële weerslag op het professionele leven van belang zijn.

Het moeten met andere woorden beroepen zijn die voor de betrokkene effectief haalbaar en niet louter fictief zijn.

Overeenkomstig artikel 20 is het voorstellen van een carrièreswitch dus niet onbillijk. Het feit dat betrokkene hierdoor financieel benadeeld zou worden, valt niet onder de draagwijdte van de uitkeringsverzekering van de zelfstandigen, vermits deze niet gelijk te stellen valt met een inkomensverzekering.

Verzekerde kan niet worden geacht arbeidsongeschikt te zijn in de zin van artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 indien ze nog steeds kan instaan voor de administratie, organisatie en leiding van haar bedrijf, evenals voor een aantal manuele taken die als economisch zinvol moeten worden beschouwd.

Rolnr. 2021/AG/153
... t./RIZIV

...

4. Beoordeling

1.

Appellante liep op 7 juli 2018 een zware polsbreuk op werd arbeidsongeschikt erkend. Zij hervatte deeltijds het werk vanaf 5 maart 2019.

De GRI besliste op 26 juni 2019 dat appellante vanaf 7 juli 2019 niet meer arbeidsongeschikt was zoals bedoeld in artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, aangezien werd aangenomen dat appellante niet meer ongeschikt was om om het even welke beroepsbezigheid uit te oefenen die haar billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd, rekening houdende met haar stand, haar gezondheidstoestand en haar beroepsopleiding.

Appellante heeft daartegen beroep aangetekend. Door de eerste rechter werd een geneesheer-deskundige aangesteld. Uit zijn verslag kunnen volgende passages worden aangehaald:

Betrokkene heeft een solo tandartspraktijk in ... en maakt deel uit van een groepspraktijk ... (5 tandartsen, 2 tandartsassistenten). Door de stramheid van de rechterpols is ze niet meer in staat om adequaat nog alle noodzakelijke beroepsmatige handelingen te verrichten. Kracht uitoefenen met de rechterpols is sterk beperkt. Het is aannemelijk dat activiteiten die zowel soepelheid als kracht vereisen van de dominante pols, niet uitvoerbaar zijn. Extracties, tandvullingen, prothesewerk en ontzenuwen zijn daardoor sterk bemoeilijkt tot onmogelijk. Gespecialiseerde orthodontiebehandelingen zijn evenmin nog mogelijk. Zoals voorheen werkt zij verder nog twee dagen per week in de groepspraktijk ... Haar activiteiten zijn wel beperkt tot controles, nemen van afdrukken/radiografieën, dentair toilet, reinigingen. De praktijk in ... is, door hogervermelde beperkingen, voornamelijk herleid tot opvolging en controle van patiënten.[...]

Mogelijk uit te voeren behandelingen: mondonderzoek (controle en preventie), reiniging (tandsteen verwijderen en polijsten), radiografieën, uitneembare prothesen. Bemoeilijkte tot onmogelijke handelingen: extracties, tandvullingen, vaste prothesen (kroon- en brugwerk), endodontie (ontzenuwen), orthodontie.

De vraag of appellant vanaf 7 juli 2019 al dan niet verder arbeidsongeschikt is in de zin van artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, werd door de deskundige negatief beantwoord.

De eerste rechter sloot zich daarbij aan en bevestigde de bestreden beslissing van geïntimeerde.

Appellante is het daarmee niet eens, stellende dat een geneesheer-deskundige eigenlijk niet geschikt is om billijkheidsoverwegingen te beoordelen.

2.

Uit artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 volgt dat, na het eerste jaar van arbeidsongeschiktheid, de uitkeringen verschuldigd zijn voor zover de zelfstandige erkend wordt arbeidsongeschikt te zijn om om het even welke beroepsactiviteit uit te oefenen die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd.

Er moet niet alleen meer verwezen worden naar de activiteiten die vroeger werden uitgeoefend, maar naar alle toegankelijke beroepen.

Luidens artikel 20 van het koninklijk besluit moet echter ook rekening worden gehouden met de billijkheid, wat een beperking van de draagwijdte van de vereiste inzake ongeschiktheid tot elke beroepsactiviteit met zich mee brengt.

Terecht stelde de eerste rechter dat een louter theoretische benadering van de arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 20 voormeld moet vermeden worden en dat het billijkheidsbegrip *in concreto* moet geapprecieerd worden. Daarbij moet rekening worden gehouden met de specifieke persoonlijke factoren (leeftijd, gezondheid, sociaal, intellectueel en professioneel profiel), waarbij ook de functionele beperkingen met reële weerslag op het professionele leven van belang zullen zijn. Het moeten met andere woorden beroepen zijn die voor de betrokkene effectief haalbaar en niet louter fictief zijn (Arbh. Gent, 02.09.2005, *NjW* 2006, 712).

De ongeschiktheid om een beroepsactiviteit uit te oefenen moet daarbij niet volledig zijn. Het Hof van Cassatie besliste dat "het begrip van volledige arbeidsongeschiktheid aan 100 % een theoretisch begrip is dat slechts in extreme gevallen in de praktijk wordt gevonden" (Cass. 20.12.1993, *Pas*, 1993, I, nr. 533) en dat het bijgevolg niet geëist kan worden (Arbh. Brussel, 10.06.2016, A.R. nr. 2015/AB/1039, *juportal*).

3.

Appellante verliest duidelijk uit het oog dat er bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid een grondig onderscheid bestaat tussen artikel 19 (beoordeling op grond van de beroepsactiviteit die vóór het intreden van de arbeidsongeschiktheid werd uitgeoefend) en artikel 20 (beoordeling op grond van om het even welke beroepsactiviteit die billijkerwijze nog zou kunnen worden opgelegd).

Door de eerste rechter werd er terecht op gewezen dat de beoordeling in toepassing van artikel 20 strenger is, aangezien rekening moet gehouden worden met alle beroepsactiviteiten die billijkerwijze zouden kunnen worden opgelegd en dus niet énkél met de (eigen) beroepsactiviteit.

Het staat eigenlijk niet ter betwisting dat appellante een aantal professionele handelingen niet meer kan stellen. Daarbij gaat het onder andere om orthodontie, hoewel nergens zwart op wit kan worden vastgesteld dat appellante hiervan haar hoofdactiviteit had gemaakt; zo blijkt zij op verschillende fora te worden omschreven als tandarts met een algemene praktijk en valt nergens een verwijzing terug te vinden naar een specialiste op het vlak van orthodontie. Dat haar beroepspraktijken voor 70 % uit orthodontie zouden bestaan wordt dan ook niet bewezen, hoewel dit *in se* ook niet zeer relevant is.

Die beperkingen zijn ook gebleken uit het expertiseverslag en worden door geen der partijen tegengesproken.

Evenwel maakt appellante niet duidelijk noch aannemelijk waarom een geneesheer-deskundige niet goed geplaatst zou zijn om advies te verlenen omtrent de beroepsactiviteiten die billijkerwijze zouden kunnen worden opgelegd.

Het komt de deskundige integendeel toe wel degelijk een aantal voorstellen en suggesties te doen in dat verband, waarop het uiteraard aan de rechter zal toekomen finaal te beoordelen of deze voorstellen/suggesties in voorliggend geval in de praktijk wel haalbaar zijn en niet louter theoretisch.

Het arbeidshof is van oordeel dat de suggesties van de deskundige niet louter theoretisch zijn en dat wel degelijk rekening werd gehouden met alle factoren die in aanmerking dienen te worden genomen: graad van opleiding, leeftijd, sociaal, intellectueel en professioneel profiel, ... van appellante.

Het enige wat appellante daartegen inbrengt is dat van haar na 30 jaar niet meer kan worden verwacht dat zij een andere invulling zou gaan geven aan haar professionele activiteiten. Terwijl net dát wel het verschil uitmaakt tussen artikel 19 en artikel 20 van het koninklijk besluit.

Bij een beoordeling op grond van artikel 19 houdt de redenering van appellante steek, maar dat is niet langer het geval bij een beoordeling op grond van artikel 20 dat, zoals reeds aangehaald, veel strenger is en dient te worden bekeken in het licht van de *verschillende* beroepsmogelijkheden die zij wél nog zou kunnen uitoefenen.

Appellante spreekt ook niet tegen dat de suggesties van geïntimeerde én van de deskundige correct zijn; zij stelt enkel dat die carrièreswitch van haar niet kan worden verwacht, hetgeen onterecht is, rekening houdende met de inhoud van artikel 20 voormeld.

Het is met andere woorden niet onbillijk om van appellante te verwachten dat zij andere activiteiten zou gaan uitvoeren, binnen en/of buiten haar eigen praktijk en/of haar groepspraktijk waar ze nog steeds twee dagen per week werkzaam is (zoals blijkbaar ook al het geval was vóór haar arbeidsongeschiktheid), of nog binnen aanverwante beroepen die wel tot haar mogelijkheden behoren, rekening houdende met haar intellectuele capaciteiten en professionele skills. Ook leidinggevende en administratieve taken behoren daarbij zeer zeker tot de (resterende) mogelijkheden voor appellante.

Wat daarbij de behoeften en de noden zijn binnen de groepspraktijk, welke taakverdelingen daar werden afgesproken, welke de verdeling is van de inkomsten en van de beroepskosten, kan voor de beoordeling van de huidige zaak niet als relevant worden aanzien. Terecht merkte de eerste rechter in dit verband op dat de ziekteverzekering van de zelfstandigen niet gelijk te stellen valt met een inkomensverzekering, maar een volledig andere finaliteit heeft.

De betrokkene kan niet worden geacht arbeidsongeschikt te zijn in de zin van artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 indien ze nog steeds kan instaan voor de administratie, organisatie en leiding van haar bedrijf, evenals voor een aantal manuele taken die als economisch zinvol moeten worden beschouwd (Arbrb. Gent, 15.09.1988, *Soc. Kron.* 1991, 117).

*Na het eerste jaar arbeidsongeschiktheid moet de zelfstandige werknemer worden erkend als ongeschikt voor het uitoefenen van om het even welke beroepsbezigheid die hem billijkerwijze zou kunnen worden opgelegd (rekening houdende met zijn stand, zijn gezondheidstoestand en zijn beroepsopleiding). De gerechtigde oefende een zelfstandige activiteit uit als aannemer in de bouwsector. Het is zeker dat activiteiten waarbij belastend werk moet worden uitgevoerd, voortaan uitgesloten zijn voor de gerechtigde. Gezien zijn leeftijd en ervaring als aannemer zou de gerechtigde echter in de bouwsector of meer waarschijnlijk buiten deze sector een lichter uitvallende beroepsactiviteit kunnen uitoefenen (zoals werftoezicht, verkoop, verlenen van advies, ...) (Arbh. Brussel, 11.01.2013, *IB-Riziv* 2013, 78).*

De getuigschriften van de behandelende artsen zijn niet relevant genoeg en volstaan niet om de conclusies van het expertiseverslag ter discussie te stellen, onder meer omdat men zich daarin beperkt tot de (gedeeltelijke) ongeschiktheid om de activiteit als tandarts uit te oefenen. In tegenstelling tot wat in artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt opgelegd, is door de behandelende artsen niet onderzocht of andere, (eventueel lichtere) activiteiten kunnen worden uitgeoefend.

Het hoger beroep dient dan ook als ongegrond te worden afgewezen.

**OM DEZE REDENEN,
HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING GENT, 4^e Kamer,**

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging,

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

Verklaart het hoger beroep van mevrouw ... ontvankelijk maar ongegrond.

Bevestigt het bestreden vonnis van 19 mei 2021 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer S5, in de zaak met A.R. nr. 19/785/A.

...

V. Arbeidsrechtbank van Brussel, 31 maart 2022

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikel 103, § 1, 3^o - Ontslagvergoeding - Vergoeding voor beëindiging van de arbeidsovereenkomst - Vergoeding voor arbeidsongeschiktheid

De periode waarop de ontslagvergoeding betrekking heeft, verschilt van de periode die wordt gedekt door de opzeggingsvergoeding. Daarom moeten deze twee tijdvakken achter elkaar worden geplaatst om de begindatum van de vergoeding door de ziekte- en arbeidsongeschiktheidsverzekering te bepalen.

R.G. 18/2558/A
... c./INAMI

...

II. Rappel des faits

Monsieur ... affilié auprès de l'O.A. ... a été licencié par son employeur. Étant ouvrier, il a perçu :

- une indemnité compensatoire de préavis correspondant à la période du 19 janvier 2016 au 1^{er} août 2016
- une indemnité en compensation du licenciement (versée par l'ONEm) correspondant à la période du 19 janvier 2016 au 2 janvier 2017.

Il a été reconnu incapable de travailler du 27 octobre 2016 au 27 avril 2018 et a été indemnisé par l'O.A. du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017.

Lors d'un contrôle effectué par l'INAMI le 14 mars 2018, un problème est relevé en ce qui concerne l'indemnisation de Monsieur ... Selon l'Institut, *"la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement doit toujours être placée à la suite de la période couverte par l'indemnité pour rupture de contrat, même s'il y a chevauchement entre les périodes théoriques couvertes par les deux indemnités. En conséquence, dans le cas présent, l'indemnité pour rupture de contrat couvrant la période du 19 janvier 2016 au 1^{er} août 2016, l'indemnité en compensation de licenciement doit être placée du 2 août 2016 au 17 juillet 2017 (350 jours calendriers) et l'intéressé ne peut prétendre aux indemnités d'incapacité de travail qu'à partir du 18 juillet 2017"*.

Par son rapport établi le 9 avril 2018, l'INAMI estime donc que l'organisme assureur a versé indument à Monsieur ... la somme de 10.311,92 EUR, durant la période du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017, et qu'il convient de la récupérer.

III. Les demandes des parties

L'O.A. demande au tribunal de mettre à néant le rapport établi par l'INAMI le 9 avril 2018 et de dire pour droit que les indemnités versées à Monsieur ... pour la période du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017 ne doivent pas être récupérées.

Selon l'organisme assureur, la période couverte par l'indemnité de rupture et celle couverte par l'indemnité en compensation du licenciement se chevauchent, comme le mentionnent les bons de cotisations émis par la Banque Carrefour de la Sécurité Sociale. Il était donc justifié d'indemniser Monsieur ... à partir du 3 janvier 2017.

L'INAMI demande pour sa part la confirmation de son rapport du 9 avril 2018 et le rejet de la demande de l'O.A.

Il estime que la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement est distincte de celle couverte par l'indemnité compensatoire de préavis ; par conséquent, ces deux périodes doivent être placées l'une après l'autre pour déterminer la date de début de l'indemnisation par l'assurance maladie-invalidité. Il en résulte que Monsieur ... ne pouvait être indemnisé qu'à partir du 18 juillet 2017.

IV. Le jugement interlocutoire du 22 avril 2020

Dans son jugement interlocutoire du 22 avril 2020, le tribunal s'est interrogé quant à l'existence d'une éventuelle discrimination :

"En effet, l'indemnité en compensation du licenciement est une mesure destinée à lutter contre la discrimination dont sont victimes les ouvriers ayant acquis une ancienneté avant le 1^{er} janvier 2014 : leur préavis est moins élevé que celui des employés dans le même cas.

Il convient dès lors de comparer leur situation à celle des employés, ce qui peut se faire de deux manières :

- *les employés ne perçoivent (bien évidemment) pas d'indemnité en compensation du licenciement, mais uniquement une indemnité compensatoire de préavis : il convient donc de faire chevaucher les périodes couvertes par ces deux indemnités dans le cas des ouvriers pour obtenir un résultat compatible avec l'interdiction imposée par la loi (thèse de l'O.A.)*
- *les employés perçoivent une indemnité compensatoire de préavis calculée sur une période plus longue : il convient donc d'additionner les périodes couvertes par les deux indemnités pour arriver au même résultat dans le cas des ouvriers (thèse de l'INAMI).*

L'une de ces deux thèses crée une discrimination entre les ouvriers et les employés et l'autre pas. Il convient dès lors d'interroger la Cour constitutionnelle, afin de les faire examiner par elle et de lui faire préciser leur conformité à la Constitution".

Conformément à l'article 26 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le tribunal a posé la question préjudicielle suivante :

“L'article 103, § 1^{er}, 3^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (tel que modifié par la loi du 26.12.2013 concernant l'introduction d'un statut unique entre ouvriers et employés) viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution :

- *dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et celle couverte par l'indemnité compensatoire de préavis peuvent se chevaucher ?*
- *dans l'interprétation selon laquelle ces périodes ne peuvent se chevaucher, mais doivent être additionnées ?”.*

V. L'arrêt n° 162/2021 du 18 novembre 2021 de la Cour constitutionnelle

Dans son arrêt du 18 novembre 2021, la Cour constitutionnelle a dit pour droit que :

“l'indemnité en compensation du licenciement se rattache nécessairement à une période différente de la période couverte par l'indemnité de congé. En effet, l'indemnité en compensation du licenciement compense, à l'égard du travailleur concerné, un délai de préavis ou une indemnité de congé insuffisants du fait de l'application de l'ancienne législation. Elle correspond donc nécessairement à une période distincte de la période couverte par le délai de préavis ou par l'indemnité de congé correspondante. Les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre sans pouvoir coïncider pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité. En conclure autrement reviendrait à amoindrir considérablement l'effet utile de l'interdiction, par la disposition en cause, du cumul de l'indemnité en compensation du licenciement avec les indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité et irait à l'encontre de l'intention du législateur.

L'interprétation selon laquelle les périodes couvertes par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement peuvent coïncider est manifestement erronée.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle n'appelle pas de réponse.

Dans l'interprétation selon laquelle la période couverte par l'indemnité en compensation du licenciement et la période couverte par l'indemnité de congé doivent se suivre sans pouvoir coïncider, la disposition en cause ne fait pas naître la différence de traitement mentionnée en B.4 entre les employés et les ouvriers concernés.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle appelle une réponse négative”.

VI. La discussion

Selon l'arrêt précité, *“Les périodes couvertes respectivement par l'indemnité de congé et par l'indemnité en compensation du licenciement doivent se suivre sans pouvoir coïncider pour qu'il soit déterminé à partir de quand le travailleur concerné peut prétendre à des indemnités d'incapacité de travail et d'invalidité”.*

Il en résulte que Monsieur ... ne pouvait être indemnisé qu'à partir du 18 juillet 2017.

Partant, les indemnités versées du 3 janvier 2017 au 17 juillet 2017 doivent être récupérées, comme le réclame l'INAMI dans son rapport du 9 avril 2018.

Le recours de l'O.A. est dès lors non fondé.

VII. Décision du Tribunal

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL,**

Statuant contradictoirement,

Déclare le recours de l'O.A. recevable mais non fondé, et l'en déboute.

...

VI. Arbeidsrechtbank van Brussel, 19 april 2022

Koninklijk besluit van 20 juli 1971 - Artikel 28*bis* - Opschorting van het cumulatierégime - Niet-toepassing

De cumulatierègel van artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 mag niet van toepassing zijn op een zelfstandige die arbeidsongeschikt is met een toegestane deelactiviteit, maar die gedurende dit halfjaar minstens 2 dagen in het ziekenhuis wordt opgenomen.

Hieruit volgt dat tijdens perioden van ziekenhuisopname moet worden vastgesteld dat de activiteit niet daadwerkelijk kon worden uitgeoefend en derhalve moet worden opgeschort wegens de verslechtering van de gezondheidstoestand van de zelfstandige. Tijdens deze periode van schorsing van de periode van zes maanden behoudt de zelfstandige, na zijn ziekenhuisopname of ziekenhuisopnames, zijn volledige schadevergoeding.

R.G. 20/3424/A
... t./INAMI

...

III. Les faits et rétroactes

4.

Dans le cadre d'une inspection thématique sur la réglementation des travailleurs indépendants, plusieurs visites de contrôle ont été effectuées par le SCA, Service du Contrôle Administratif de l'INAMI, les 4 août 2020 (1) et 7 août 2020 (3).

Ces visites de contrôle ont donné lieu aux rapports suivants :

- rapport du 4 août 2020 référencé 003120CE00095700 relatif à la visite de contrôle effectuée le 8 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00101100 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00098100 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020
- rapport du 7 août 2020 référencé 003120CE00100400 relatif à la visite de contrôle effectuée le 14 juillet 2020.

Il est constaté que pour ces quatre assurés sociaux ayant le statut social de travailleur indépendant, l'O.A. a réduit de 10 % les indemnités qui leur avaient été versées.

Dans ces 4 dossiers, le Service du contrôle administratif de l'INAMI indique que les indemnités doivent être versées *intégralement* si le travailleur indépendant incapable de travailler, qui a repris le travail à temps partiel, est hospitalisé pendant au moins 2 jours.

À cet effet, le Service du contrôle administratif de l'INAMI se réfère à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 (suspension de régime de cumul).

5.

L'O.A. a contesté les rapports précités par email du 27 août 2020 en soulignant que le Service du contrôle administratif interprète erronément l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 et méconnaît la circulaire O.A. n° 2015/188 du 29 juin 2015, 481/83 et 484/6.

Le 31 août 2020, l'INAMI a cependant confirmé sa position en renvoyant au courrier du 28 juillet 2020 envoyé préalablement dans le cadre de trois autres dossiers dont la contestation est pendante devant le Tribunal du travail néerlandophone de Bruxelles (R.G. 2020/1016/A).

Dans ce courrier du 28 juillet 2020 l'INAMI expose que :

“Na overleg met de Dienst Uitkeringen van het RIZIV handhaven wij onze beslissing met betrekking tot de schorsing van de cumulatierегeling, voorzien in het artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 in geval van een periode van hospitalisatie van minstens twee dagen. Wij beroepen ons hierbij op het artikel 21 van dit koninklijk besluit.

Aangezien de arbeidsongeschiktheid, luidens dit artikel, geacht wordt te bestaan wanneer de gerechtigde opgenomen is in een door de Minister van Volksgezondheid erkende verplegingsinrichting of in een militair ziekenhuis, stelt een dergelijke periode van hospitalisatie een situatie in waarin de gerechtigde geacht wordt de beroepsactiviteit, waarvoor op grond van het artikel 23 dan wel het artikel 23bis van dit koninklijk besluit een toelating werd verkregen, tijdelijk niet meer uit te kunnen oefenen.

Tenzij aangetoond kan worden dat er de facto wel prestaties geleverd worden, stelt de hospitalisatie dus een tijdelijke stopzetting in van de toegelaten activiteit wegens een verergering van de gezondheidstoestand, naar analogie met het principe dat beschreven wordt in de omzendbrief V.I. nr. 2015/188 dd. 29 juni 2015.

Gezien het feit dat de ziekenfondsen reeds beschikken over de informatie aangaande de periodes van hospitalisatie van hun leden, zijn zij er, uitgaande van het “only once” principe dat werd ingesteld door de wet van 5 mei 2014, toe gehouden om van deze informatie gebruik te maken, hetgeen hun leden ontslaat van de meldingsplicht die geldt in andere situaties van tijdelijke stopzetting van de toegelaten activiteit.”

Traduction libre :

“Après consultation du département des prestations de l'INAMI, nous maintenons notre décision en ce qui concerne la suspension du régime de cumul, prévu à l'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, en cas d'une période d'hospitalisation d'au moins deux jours. Nous nous référons ici à l'article 21 de cet arrêté royal.

En effet, selon cet article, l'incapacité de travail est considérée comme existante lorsque le bénéficiaire est hospitalisé dans un établissement de soins infirmiers agréé par le ministre de la santé publique ou dans un hôpital militaire reconnu par le ministre de la santé publique, une telle période d'hospitalisation constitue une situation dans laquelle l'assuré social est temporairement empêché d'exercer l'activité professionnelle pour laquelle l'autorisation a été obtenue sur la base de l'article 23 ou de l'article 23bis du présent arrêté royal.

Sauf s'il peut être démontré que des prestations ont été fournies de facto, l'hospitalisation implique donc une cessation temporaire de l'activité autorisée en raison d'une aggravation de l'état de santé, par analogie avec le principe décrit dans la lettre circulaire V.I. n° 2015/188 du 29 juin 2015.

Étant donné que les organismes assureurs disposent déjà des informations concernant les périodes d'hospitalisation de leurs affiliés, ils sont tenus, sur la base du principe "only once" établi par la loi du 5 mai 2014, d'utiliser ces informations, ce qui libère leurs membres de l'obligation de déclaration qui s'applique dans d'autres situations de cessation temporaire de l'activité autorisée."

6.

Par requête introductive d'instance du 20 septembre 2020, l'O.A. postule l'annulation des 4 rapports de contrôle thématique.

IV. La position des parties

7.

L'O.A. s'oppose à la thèse de l'INAMI notifiée dans son courrier du 28 juillet 2020 indiquant que la règle de cumul prévue à l'article 28*bis* de l'A.R. du 20 juillet 1971 ne devrait pas s'appliquer au travailleur indépendant qui se trouverait en incapacité avec une activité partielle autorisée mais qui serait hospitalisé pour au moins 2 jours pendant cette période.

L'O.A. estime qu'il n'existe aucune base légale qui justifierait que des indemnités complètes devraient être payées au travailleur indépendant qui se trouve en incapacité de travail, avec reprise de travail partielle et qui serait hospitalisé pendant au moins deux jours pendant cette période.

Contrairement à l'affirmation de l'INAMI, l'O.A. plaide qu'on ne retrouve pas cette interprétation dans la Circulaire O.A. 2015/188 du 29 juin 2015, 481/83 et 484/6. Elle estime donc que le Service du contrôle administratif se réfère à tort à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

L'O.A. souligne que tout dépend de la nature du travail effectué et de l'affection médicale, mais qu'il serait ingérable de vérifier ces paramètres pour déterminer si la règle de cumul doit, ou non, être suspendue.

L'O.A. relève qu'il n'existe pas de base légale mentionnant explicitement que la règle de cumul ne doit pas être appliquée pendant une période d'hospitalisation d'au moins 2 jours.

L'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 stipule que "*l'état d'incapacité de travail est censé exister lorsque le titulaire est hospitalisé (...)*", mais il s'agit en l'espèce de personnes qui sont effectivement en incapacité avec activité autorisée.

L'article 21 qui stipule qu'il y a une présomption d'incapacité en cas d'hospitalisation est cependant uniquement applicable que dans le cas d'une première déclaration d'incapacité et ne peut être invoqué, dans le cas d'espèce, puisque l'assuré est déjà reconnu.

Il est tout à fait possible que les personnes concernées continuent à travailler pendant les jours d'hospitalisation (ou avant et après). Ces personnes n'ont pas non plus rempli de formulaire pour indiquer l'aggravation de leur état de santé et pour préciser qu'ils ont temporairement cessé leur activité à temps partiel.

L'O.A. est donc d'avis qu'il n'existe pas de disposition légale prévoyant que les prestations doivent être versées intégralement pendant l'hospitalisation d'un travailleur indépendant malade qui reprend son travail à temps partiel et s'oppose donc aux rapports qui lui ont été notifiés en date du 7 août 2020 (rapports ...) et du 4 août 2020 (...).

8.

L'INAMI rappelle qu'en vertu de l'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la situation spécifique d'une admission dans un établissement de soins infirmiers pour deux jours ou plus, justifie la présomption légale d'incapacité de travail. En effet, l'hospitalisation implique une aggravation de l'état de santé de l'assuré social invalide puisqu'un traitement dans un établissement spécialisé est nécessaire. L'assuré social n'est donc pas en mesure de travailler lorsqu'il est admis à l'hôpital, étant donné la nécessité d'un traitement médical durant la durée requise.

L'argumentation invoquée par l'O.A. impliquant qu'en cas d'hospitalisation de l'assuré social, la réduction de 10 % doit continuer à être appliquée est ainsi totalement infondée et va non seulement à l'encontre de la réglementation mais aussi du bon sens.

V. La décision du tribunal

V.1. Quant à la recevabilité

9.

Par requête déposée le 20 septembre 2020, l'O.A. entendait contester 4 rapports de contrôle thématiques de l'INAMI notifiés aux dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

L'article 164, 8^e alinéa de la loi du 14 juillet 1994 stipule que : *"S'il est constaté par le Service du contrôle administratif soit qu'un paiement indu a été effectué, soit qu'une prestation doit être payée ou complétée, l'organisme assureur peut, dans les deux mois qui suivent la notification prévue à l'article 162, porter le litige éventuel devant le tribunal du travail"*.

L'O.A. disposait donc jusqu'au 4 octobre 2020 pour introduire un recours contre les notifications/rapports de contrôle précités.

La requête du 25 septembre 2020 est dès lors recevable.

V.2. Quant au fond

En droit,

10.

L'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants stipule que :

"L'état d'incapacité de travail est censé exister lorsque le titulaire est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre de la Santé publique ou dans un hôpital militaire".

Le traitement de la situation des travailleurs salariés hospitalisés est similaire à celle des travailleurs indépendants. En effet, l'article 100, alinéa 7 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée stipule que *"lorsque le travailleur est hospitalisé dans un établissement hospitalier agréé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions ou dans un hôpital militaire, il est censé atteindre le degré d'incapacité de travail requis"*.

L'article 23 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 précise :

“L'état d'incapacité de travail est considéré comme s'étant maintenu pendant la période au cours de laquelle le titulaire a repris, après l'autorisation préalable du médecin-conseil, une activité professionnelle en vue de sa réinsertion complète.

Pour obtenir cette autorisation, le titulaire qui a été reconnu en incapacité de travail conformément aux articles 19 ou 20, doit, préalablement à la reprise du travail, introduire une demande auprès du médecin-conseil de son organisme assureur.

L'autorisation est uniquement accordée si la reprise de l'activité professionnelle visée à l'alinéa précédent est compatible avec son état de santé général.

(...)

La décision prise par le médecin-conseil en vertu du présent article qui détermine la nature, le volume et les conditions d'exercice de cette activité est notifiée par écrit au titulaire et consignée dans le dossier médical et administratif de l'intéressé au siège de l'organisme assureur. Ledit organisme transmet les données relatives à cette autorisation à l'Institut national par voie électronique”.

L'article 28bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 prévoit :

“§ 1^{er}. Les prestations sont réduites de 10 % à partir du moment où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil visée à l'article 23 atteint une durée de six mois.

(...)

Pour l'application de l'alinéa 1^{er}, on entend par activité professionnelle toute activité qui peut, en fonction du cas, générer un revenu visé à l'article 23, § 1^{er}, 1^o, 2^o ou 4^o, du Code des impôts sur les revenus 1992, et toute activité similaire exercée à l'étranger ou pour une organisation internationale ou supranationale. Dans ce cadre, il est également tenu compte de toute indemnité, allocation ou rente accordée en remplacement de ce revenu.

Pour l'application de l'alinéa 1^{er}, on entend par “montant des revenus professionnels” le montant net imposable découlant de l'activité professionnelle autorisée et qui a été pris en compte par l'Administration des contributions directes pour l'imposition de l'année concernée.

(...)”.

La circulaire O.A. n° 2015/188 du 29 juin 2015 du Service des indemnités indique en page 4 :

“(...) En cas d'aggravation de l'état de santé du titulaire travailleur indépendant pendant une période couverte par une autorisation “article 23”, l'obligant à cesser l'exercice de l'activité, cette période d'aggravation de l'état de santé interrompt le cours de la période couverte par cette autorisation du médecin-conseil. La période de reprise du travail initialement approuvée par le médecin-conseil peut être prolongée de la durée de l'interruption d'activité due à l'aggravation de l'état de santé.

L'autorisation peut être prolongée à raison du nombre de jours calendrier égal au nombre de jours calendrier que compte la période d'interruption de l'activité (...).”.

En l'espèce,

11.

En application de l'article 28bis, § 1 et 6 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, les indemnités d'incapacité de travail doivent être réduites de 10 % à compter du moment où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil atteint une durée de six mois.

Cette période de six mois d'activité autorisée est toutefois suspendue durant toute période d'hospitalisation de plus de deux jours.

En effet, en vertu de l'article 21 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971, la situation spécifique d'une admission dans un établissement de soins infirmiers pour deux jours ou plus, justifie l'application de la présomption légale d'incapacité de travail. En effet, l'hospitalisation implique une aggravation de l'état de santé de l'assuré social invalide puisqu'un traitement dans un établissement spécialisé est nécessaire. L'assuré social n'est donc pas en mesure de travailler lorsqu'il est admis à l'hôpital, étant donné la nécessité d'un traitement médical durant la durée requise de son hospitalisation.

La règle de cumul prévue à l'article 28*bis* de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 ne doit donc pas s'appliquer au travailleur indépendant qui se trouverait en incapacité avec une activité partielle autorisée mais qui serait hospitalisée pour au moins 2 jours pendant cette période de six mois.

Il s'en suit que pendant les périodes d'hospitalisation, il y a lieu de considérer que l'activité autorisée n'a pas pu effectivement être exécutée et doit donc être suspendue en raison de l'aggravation de l'état de santé du travailleur indépendant.

Durant cette période de suspension de la période de six mois, le travailleur indépendant conserve, à la suite de son ou ses hospitalisation(s), son indemnité complète.

C'est donc à tort que l'O.A. a procédé à une réduction de 10 % des indemnités dès l'instant où la période couverte par l'autorisation du médecin-conseil atteint arithmétiquement, une durée de six mois.

12.

En conséquence, il y a lieu de confirmer les conclusions de l'INAMI retenues dans ses 4 rapports de contrôle thématiques notifiés par l'INAMI à l'O.A. et portant les dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

Le Tribunal condamne l'O.A. à régulariser le montant des indemnités (erronément réduites de 10 %) de Messieurs ...

Le recours de ... est donc non fondé.

...

VIII. Le dispositif

POUR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL,

Statuant après un débat contradictoire,

Déclare le recours de l'O.A. recevable mais non fondé.

En conséquence,

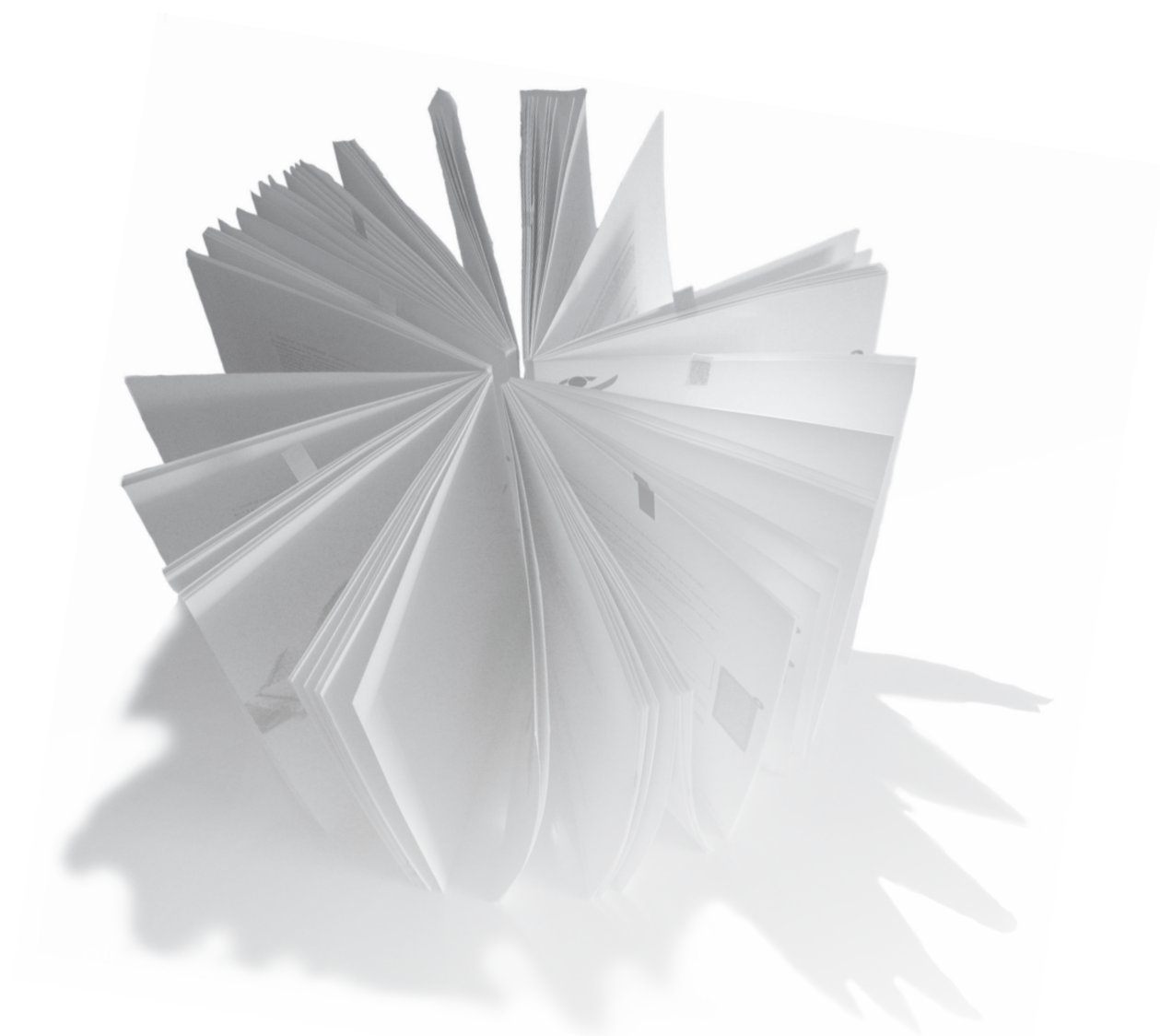
Confirme la position de l'INAMI défendue dans son courrier du 28 juillet 2020 ainsi que les conclusions de l'INAMI retenues dans ses 4 rapports de contrôle thématiques notifiés à l'O.A. et portant les dates suivantes :

- 003120CE00095700 (...) daté du 4 août 2020
- 003120CE00101100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00098100 (...) daté du 7 août 2020
- 003120CE00100400 (...) daté du 7 août 2020.

Condamne l'O.A. à régulariser le montant des indemnités de Messieurs ...

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Impact eerste COVID-19-golf op reguliere zorg en gezondheid

Raming van de omvang en effecten van de uitgestelde zorg in 2020 en de impact van dit uitstel in 2021 – Rapporten Sciensano, KCE, Kankerregister, Auditeenheden Ziekenhuizen (RIZM), FOD Volksgezondheid en FAGG – Schatting van zorgachterstanden – Meest recente update – Beperkte blik

- 10 meest voorkomende niet-acute voordelen voor een aantal disciplines – Geschatte cumulatieve achterstand in de zorg – Indicatie van inhaalbewegingen per discipline
- Complexe wetenschappelijke benadering buiten auditrapport – Achterstand in de zorg bij hart-, buik- en transplantatiechirurgie – Vertragingen in de pulmonologie en geriatrie – Vertragingen in endoscopie met biopsie

Vraag nr. 366, gesteld op 26 januari 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid door mevrouw GIJBELS, volksvertegenwoordigster¹

In Nederland heeft men onderzoek verricht naar de impact van de eerste COVID-19-golf op de reguliere zorg en gezondheid.

Men heeft de omvang van het probleem in kaart gebracht en een eerste schatting van gezondheidseffecten gemaakt.



(<https://www.rivm.nl/publicaties/impact-van-eerste-covid-19-golf-op-reguliere-zorg-en-gezondheid-inventarisatie-van>).

1. Is men hier ook bezig met dergelijk onderzoek en gebeurt dit met de volledige medewerking van alle overheidsinstanties (Sciensano en andere)? Zo ja, kunt u dit meedelen? Welk percentage vormen de onderzochte behandelingen van de medisch-specialistische zorg en welke specialismen en sectoren werden onderzocht? Wat is de schatting van de omvang en het effect van de uitgestelde zorg in 2020 en de impact hiervan op 2021?

1. Bulletin nr. 081, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 171.

2. Is er bij ons reeds zicht op:

- het aantal uitgestelde en afgezegde behandelingen en de onderverdeling naargelang de aard ervan (oncologisch, cardiologisch, orthopedisch, neurologisch, enz.)
- het aantal uitgestelde/afgezegde behandelingen die reeds werden ingehaald en de onderverdeling naargelang de aard ervan
- het aantal “(definitief) verloren gezonde levensjaren” en het aantal “verloren gezonde levensjaren” die nog gerecupereerd kunnen worden
- de belangrijkste oorzaken voor de verloren gezonde levensjaren; welke uitgestelde/afgezegde behandelingen binnen welke specialismen hebben geleid tot de meeste verloren gezonde levensjaren
- de meest getroffen specialismen
- de meest getroffen sectoren (paramedische zorg, dagbesteding en groepsbehandelingen, enz.)
- de schatting van het verwachte aantal behandelingen in 2020 in de situatie dat er geen COVID-19-epidemie zou zijn geweest, alsook het uiteindelijke aantal behandelingen in 2020?

Zo ja, kunt u deze gegevens meedelen?

3. Kunt u een schatting meedelen van het totale aantal verwachte behandelingen in 2021?

4. Wat plant men te doen om de komende jaren zoveel mogelijk extra behandelingen te faciliteren teneinde het (definitieve) gezondheidsverlies zoveel mogelijk te beperken? Welke behandelingen zullen hierbij voorrang krijgen?

Antwoord:

1. Naast onder meer rapporten van Sciensano, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) en het Kankerregister volgt ook de eenheid audit ziekenhuizen verbonden aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), de FOD Volksgezondheid en het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg) het capaciteitsmanagement op en geeft het een inschatting van bepaalde zorgachterstanden mee. Dit gebeurt in opdracht van het *Hospital and Transport Surge Capacity* comité. Men onderzocht belangrijke nomenclatuurnummers binnen de domeinen van de heelkunde, de inwendige geneeskunde en de psychiatrie. Voor de heelkunde gaat het hier bijvoorbeeld over een 20 % van de nummers die een 50 % van het budget uitmaken. De impact varieert per discipline en per nomenclatuurnummer. U kan dit gedetailleerd terugvinden in het gepubliceerde rapport op: COVID-19: *raming van de niet-uitgevoerde zorg in ziekenhuizen tijdens de 1e, 2e en 3e golf*, RIZIV (fgov.be) of op COVID-19: *raming van de niet-uitgevoerde zorg*, FOD Volksgezondheid (belgium.be). Ondertussen is de meest recente update tot en met augustus 2021 ter beschikking. Het betreft telkens een foto die maandelijks evolueert. Het beeld verandert naarmate men de foto neemt vlak voor, tijdens of na een COVID-19 golf.

2. a) Er is een beperkt zicht voorhanden waarbij gefocust werd op de tien meest voorkomende niet acute verstrekkingen voor een aantal disciplines. Dit geeft een idee van het afgenomen (en zeer uitzonderlijk gestegen) aantal verstrekkingen dat werd uitgevoerd ten opzichte van voor de coronacrisis. Aan de hand hiervan werd een gecumuleerde zorgachterstand geraamd. Er zijn effectief oncologische, cardiologische, orthopedische, en neurologische verstrekkingen opgenomen in het hogervermelde rapport.

b) De analyses in hoger vermeld rapport geven de cumulatieve zorgachterstand weer. De inhaalbewegingen tussen de golven per weergegeven discipline en verstrekking zijn daarin weergegeven.

c) Hiervoor is een complexe wetenschappelijke benadering nodig die daarenboven per pathologie dient te worden herhaald. Dit ligt buiten de scope van het auditrapport. In het auditrapport wordt wel verwezen naar enkele internationale publicaties ter zake waarin ook België is opgenomen, zoals bijvoorbeeld voor de transplantatieheelkunde.

d) In het rapport wordt vooral gewezen op belangrijke zorgachterstanden (vanuit volksgezondheidsperspectief); binnen de cardiale heelkunde, de abdominale heelkunde en de transplantatieheelkunde. Voor de inwendige disciplines die werden onderzocht zijn de belangrijkste aandachtspunten de oplopende achterstanden in de pneumologie en de geriatrie. Voor de onderzoeken zijn de belangrijke achterstanden inzake endoscopie met biopsie een aandachtspunt, omdat ze onder meer vertragingen in de diagnostiek van kanker kunnen veroorzaken. Tot slot zien we in de psychiatrische verstrekkingen onder meer dat de consulten aan bed in de algemene en universitaire ziekenhuizen fors verminderd zijn en zich kennelijk niet herstellen.

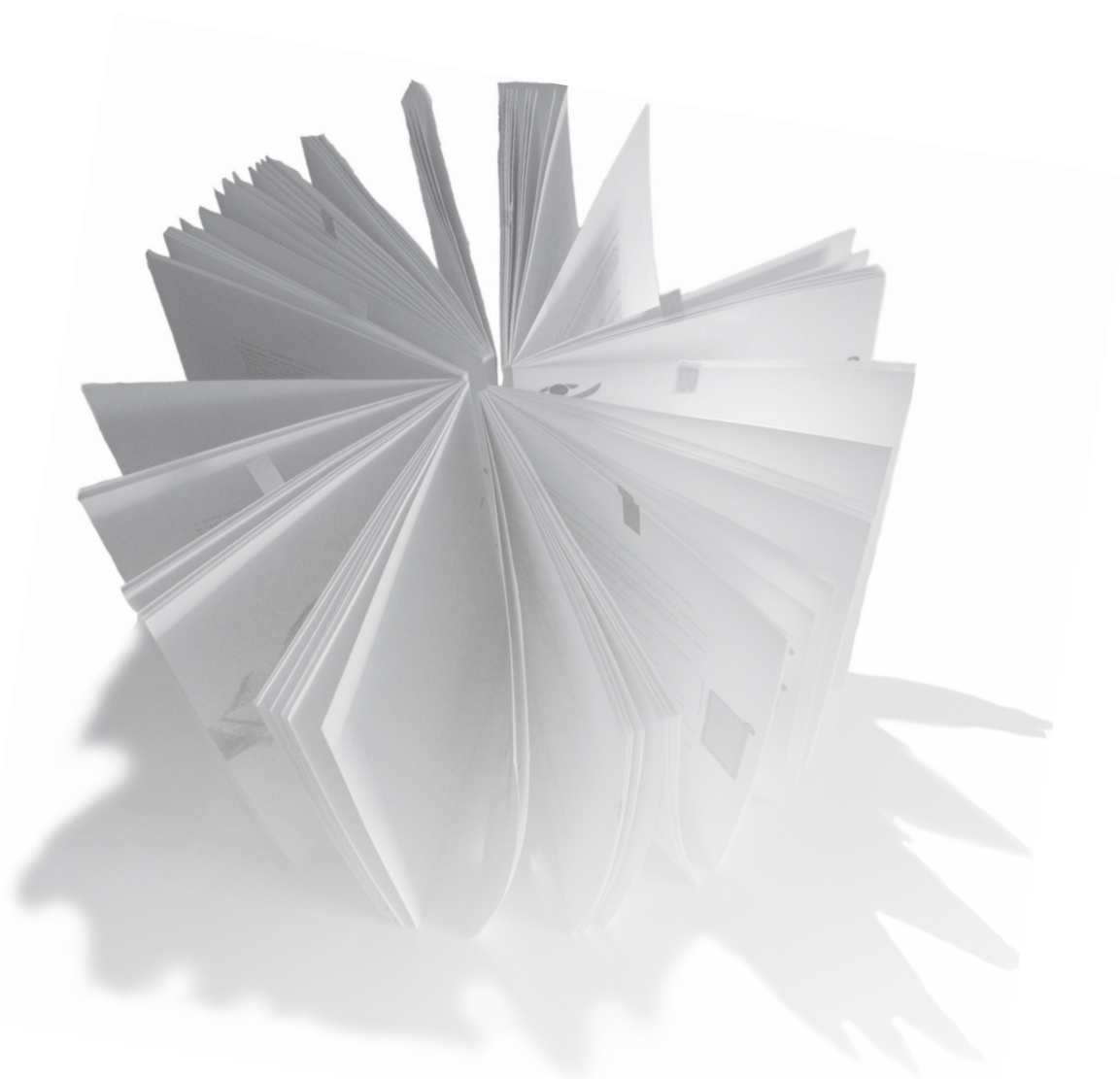
e) De eenheid audit ziekenhuizen onderzocht, conform haar opdrachten, enkel de (medische) zorg in de algemene, universitaire en psychiatrische ziekenhuizen.

f) De ramingen weergegeven in het rapport vertrekken vanuit de premisse wat de situatie zou geweest zijn als de trends van de voorafgaande jaren zouden verdergezet zijn.

3. De data van de opgebouwde zorgachterstanden per onderzochte verstrekking staan in het rapport alsmede de geraamde tijd nodig om deze in te halen op basis van drie scenario's van verhoogde capaciteit en efficiëntie.

4. Het wegwerken van zorgachterstanden is op de eerste plaats en bij uitstek een kwestie van medische prioritisering in het aanwenden van de beschikbare middelen: het gaat dan om de inzet van de verschillende specialismen, de toewijzing van tijdsloten in de operatiekwartieren, de planning van electieve ingrepen, het inplannen van controleonderzoeken, enz. Het is niet evident en wellicht zelfs niet wenselijk dat overheden tussenkomen in dat proces, maar uiteraard wel opvolgen wat de evolutie op het terrein is.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Recht op geneeskundige verstrekkingen voor ontheemden uit Oekraïne

Van toepassing vanaf 3 juni 2022.

Inleiding

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

Deze tijdelijke bescherming wordt in principe verleend aan de bedoelde personen voor een periode van één jaar vanaf de datum van de inwerkingstelling van de tijdelijke bescherming en wordt automatisch verlengd met telkens zes maanden voor maximaal één jaar als de Raad niet eerder een einde maakt aan de tijdelijke bescherming.

Overeenkomstig artikel 57/30 van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, wordt de vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet gemachtigd tot een verblijf van een jaar. Die machtiging wordt hernieuwd, met periodes van zes maanden, zolang de tijdelijke bescherming niet beëindigd is. De vreemdeling die tijdelijke bescherming geniet en die gemachtigd is tot een verblijf wordt ingeschreven in het vreemdelingenregister en krijgt een verblijfstitel (verblijfstitel afgegeven aan de onderdanen van derde landen die toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden op beperkte wijze ("A. Beperkt verblijf")). Voor zover dit nodig zou zijn, kan aan de vreemdeling een bijlage 15 worden afgegeven, in afwachting van de afgifte van de A-kaart, overeenkomstig artikel 119 van het koninklijk besluit van 8 oktober 1981 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

De betrokken personen dienen zich bij aankomst in België aan te melden bij de Dienst Vreemdelingenzaken. Zij ontvangen dan een attest tijdelijke bescherming (bijlage 1)² of, als het attest tijdelijke bescherming niet onmiddellijk kan worden afgeleverd, een bewijs van registratie (bijlage 2)³.

Inschrijving bij een ziekenfonds

Overeenkomstig artikel 128*quinquies*. § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kunnen de vreemdelingen die, van rechtswege, toegelaten of gemachtigd zijn tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk, worden ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde resident.

De personen die tijdelijke bescherming genieten kunnen de hoedanigheid van resident bewijzen door middel van een attest tijdelijke bescherming of een bewijs van registratie. Er moet niet noodzakelijk een papieren attest tijdelijke bescherming worden overhandigd. Het bewijs van het statuut van tijdelijke bescherming kan ook worden geleverd door de elektronische raadpleging van de web-service ForeignerSituation van de KSZ (consultSpecialInfo (= IT202)).

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

2. Niet gepubliceerd.


3. Niet gepubliceerd.

Het bewijs van registratie werd enkel uitgereikt tijdens de periode dat de betrokkenen naar het registratiecentrum Bordet moesten gaan omdat niet alle aanvragen voor tijdelijke bescherming onmiddellijk konden worden onderzocht. Sedert de verhuis van het registratiecentrum naar de Heizel wordt op afspraak gewerkt en worden er geen bewijzen van registratie meer uitgereikt. In een beperkt aantal gevallen is het mogelijk dat na verder onderzoek door de Dienst Vreemdelingenzaken blijkt dat een persoon die een bewijs van registratie heeft ontvangen, niet in aanmerking komt voor de tijdelijke bescherming. Voor de personen die zijn ingeschreven als resident op basis van het bewijs van registratie, dienen de verzekeringsinstellingen achteraf dan ook te verifiëren of de betrokkene wel degelijk is ingeschreven in het vreemdelingenregister. Die verificatie dient te gebeuren uiterlijk op het einde van het tweede kwartaal dat volgt op het kwartaal van de inschrijving. Indien blijkt dat betrokkene niet is ingeschreven in het vreemdelingenregister contacteert de verzekeringsinstelling de betrokkene teneinde zijn verzekeraar in orde te brengen.

De inschrijving als resident heeft uitwerking vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin het attest van tijdelijke bescherming of het attest van registratie wordt afgeleverd.

In geval personen die tijdelijke bescherming genieten voldoen aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als persoon ten laste van een andere persoon die tijdelijke bescherming geniet, kunnen zij ook worden ingeschreven als persoon ten laste van die persoon. Bv. een moeder en haar kinderen genieten tijdelijke bescherming: de moeder kan worden ingeschreven als resident en de kinderen kunnen worden ingeschreven als persoon ten laste van de moeder.

De inschrijving als kind ten laste heeft uitwerking op dezelfde dag als de inschrijving als resident uitwerking heeft.

 Voorbeeld: Een moeder en een kind krijgen de tijdelijke bescherming op 3 mei 2022. Als de moeder zich inschrijft als gerechtigde resident, krijgt die inschrijving uitwerking op 1 april 2022. De inschrijving van het kind als persoon ten laste heeft eveneens uitwerking op 1 april 2022.

Voor de inschrijving als persoon ten laste in de hoedanigheid van echtgenoot, samenwonende of ascendent is vereist dat de persoon ten laste dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als de gerechtigde. Die inschrijving kan pas uitwerking hebben op het ogenblik dat aan die voorwaarde is voldaan.

De personen die tijdelijke bescherming genieten kunnen ook worden ingeschreven als persoon ten laste van een persoon die geen tijdelijke bescherming geniet als de reglementaire voorwaarden daartoe vervuld zijn. In dat geval zijn ook de gewone regels van toepassing voor het recht op de verhoogde tegemoetkoming (zie infra).

Recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Men kan er van uitgaan dat de personen die tijdelijke bescherming genieten actueel geen inkomsten hebben. De betrokken personen kunnen de verhoogde tegemoetkoming genieten zonder dat een inkomensonderzoek moet worden uitgevoerd als ze worden ingeschreven als gerechtigde of als persoon ten laste van een andere persoon die tijdelijke bescherming geniet. In dat geval dienen ze dus geen verklaring op erewoord betreffende hun inkomsten te ondertekenen. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt geopend op dezelfde dag als die waarop de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde of persoon ten laste uitwerking heeft. Voor de verlenging van dit recht op de verhoogde tegemoetkoming zullen de gewone regels inzake behoud van het recht toegekend na een inkomensonderzoek van toepassing zijn. De tijdelijke bescherming wordt beschouwd als een indicator van stabiele bescheiden inkomsten. Het ziekenfonds dat het dossier beheert, kijkt uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, na of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog altijd sprake is van een indicator. Als een dergelijke situatie niet meer bestaat en het gezin niet in aanmerking komt om het automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming te genieten, wordt het recht op 1 januari van het jaar dat volgt ingetrokken.

Het recht wordt toch behouden, als het gezin vóór die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag. Als het recht kan worden verlengd, worden ze in 2024 een eerste keer opgenomen in de systematische controle. De personen die tijdelijke bescherming genieten worden voor de toepassing van de verhoogde tegemoetkoming als een apart gezin beschouwd. Het in aanmerking genomen gezin is samengesteld uit de aanvrager, zijn niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot of zijn samenwonende en hun personen ten laste.

Als een ontheemde wordt ingeschreven ten laste van een persoon die geen tijdelijke bescherming geniet, zijn de gewone regels van toepassing. Als de gerechtigde de verhoogde tegemoetkoming geniet op basis van een inkomensonderzoek door het ziekenfonds, is er een wijziging in de samenstelling van het gezin en wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming beëindigd, uiterlijk op de laatste dag van het trimester dat volgt op het trimester waarin die wijziging heeft plaatsgevonden, behalve als die wijziging het gevolg is van de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd of die het statuut tijdelijke bescherming heeft verkregen, in welk geval het recht op de verhoogde tegemoetkoming eveneens aan het kind wordt toegekend.

Indien een gezin de verhoogde tegemoetkoming geniet op basis van de tijdelijke bescherming en een van haar leden vervolgens een voordeel ontvangt of zich in een situatie bevindt die de automatische toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming aan datzelfde gezin mogelijk maakt, dan moet dat gezin het recht blijven genieten indien aan de voorwaarden inzake opening of behoud van het automatisch recht is voldaan. De regelgeving met betrekking tot tussentijdse of systematische controle is dan niet meer van toepassing.

Maximumfactuur

Voor de maximumfactuur is het gezin in principe samengesteld uit alle personen die op hetzelfde adres wonen. De samenstelling van het gezin wordt bepaald aan de hand van de gegevens die zijn opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen en er wordt rekening gehouden met de situatie op 1 januari.

Wellicht worden een aantal personen die tijdelijke bescherming genieten ook opgevangen in gastgezinnen en alsdan waarschijnlijk ingeschreven op hetzelfde adres als het gastgezin. De betrokken personen worden beschouwd zich te bevinden in een situatie die wordt gelijkgesteld met een afhankelijkheidssituatie. De betrokken personen vormen bijgevolg een gezin op zich, in voorkomend geval met hun echtgenote (echtgenoot) of de persoon waarmee ze een feitelijk gezin vormen, alsook met hun personen ten laste in de hypothese dat die personen dezelfde hoofdverblijfplaats hebben.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2022/91⁴ van 15 maart 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/217 – 2299/13, 3991/349 en 3998/56 van 8 juni 2022.

II. Verificatie van de gezinssituatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde - Opvang van Oekraïense vluchtelingen

Van toepassing vanaf 7 maart 2022.

Naar aanleiding van de acute crisissituatie in Oekraïne is op Europees niveau beslist om een **tijdelijke bescherming** in te voeren voor Oekraïense onderdanen die vóór 24 februari 2022 in Oekraïne wonen, evenals voor de onderdanen van derde landen of staatlozen die vóór 24 februari 2022 bescherming genieten in Oekraïne en hun familieleden (vgl. in dit kader het uitvoeringsbesluit (EU) 2022/382 van de Raad van 04.03.2022 tot vaststelling van het bestaan van een massale toestroom van ontheemden uit Oekraïne in de zin van art. 5 van de Richtlijn 2001/55/EG, en tot invoering van tijdelijke bescherming naar aanleiding daarvan).

Deze tijdelijke bescherming duurt principieel één jaar en is verlengbaar.

Om deze tijdelijke bescherming (in België) te genieten, moet de betrokkene zich persoonlijk met de Oekraïense identiteitsdocumenten aanbieden in het registratiecentrum.

Na registratie en als alle voorwaarden zijn vervuld, ontvangt de betrokkene **een attest van tijdelijke bescherming**. Met dat attest meldt de betrokken persoon zich aan bij het gemeentebestuur van zijn verblijfplaats met het oog op zijn inschrijving in de bevolkingsregisters en de aanvraag van een A-kaart.

De omzendbrief van de FOD Binnenlandse Zaken van 9 maart 2022 inzake de *inschrijving van de Oekraïense bevolking in de bevolkingsregisters onder het statuut van de tijdelijke bescherming* beschrijft de procedure die de bevolkingsdiensten moeten volgen in het kader van de inschrijving in het Rijksregister van de natuurlijke personen

(vgl. )

https://www.ibz.rrn.fgov.be/fileadmin/user_upload/nl/bev/omzendbrieven/20220309_Omzendbrief_tijdelijke_bescherming_Oekrainers.pdf.

De voormelde omzendbrief bepaalt voorts dat in het kader van deze uitzonderlijke omstandigheden tijdelijk een **nieuwe code wonen (LOG) 06 “tijdelijke bescherming” zal worden aangemaakt in IT 141 in het Rijksregister**. Dit laat toe om de Oekraïense onderdanen die worden opgevangen in de woning, qua gezinssamenstelling te kunnen onderscheiden van het gastgezin. Zowel voor de leden van het gastgezin als voor de Oekraïense onderdanen die worden opgevangen, zouden hierdoor de administratieve stappen moeten worden vergemakkelijkt. De technische ontwikkelingen daarvoor worden momenteel uitgevoerd. Die nieuwe code zou vanaf 22 maart 2022 operationeel moeten zijn.

Gelet op de grote nood aan opvang van deze vluchtelingen die deze tijdelijke bescherming genieten, is aan de Belgische bevolking gevraagd om zich te registreren bij de gemeente indien zij een (tijdelijk) verblijf kunnen aanbieden aan deze vluchtelingen.

De situatie kan zich voordoen dat een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde zich registreert om deze vluchtelingen op te vangen.

Wat de bepaling van het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering betreft, speelt de gezinssituatie een rol tijdens de primaire ongeschiktheid voor de gerechtigden die vanaf de vierde maand van arbeidsongeschiktheid aanspraak kunnen maken op een minimumuitkering en tijdens de invaliditeit voor alle gerechtigden.

Om de samenstelling van het gezin van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te controleren en om te bepalen of er sprake is van samenwoning, dient de verzekeringsinstelling rekening te houden met de gegevens van het Rijksregister (meer bepaald de informatie over de “hoofdverblijfplaats”).

Indien uit de gegevens van het Rijksregister (of in feite) blijkt dat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde samenwoont met één of meerdere andere personen is op grond van cassatierechtspraak (over de toepassing van de werkloosheidsreglementering) de instructie opgesteld dat dit samenleven met deze andere perso(o)n(en) toch geen impact heeft als de betrokkene

- kan aantonen dat hij/zij geen daadwerkelijke gemeenschappelijke huishouding voert met de medebewoners, maar dat het een cohousing betreft met economische en financiële onafhankelijkheid (hij/zij staat in voor zijn/haar eigen levensonderhoud)
- kan worden beschouwd als alleenwonend (zelfs al zijn er gemeenschappelijke voorzieningen zoals een badkamer, toilet of keuken).

Als één of meerdere vluchtelingen die de tijdelijke bescherming genieten, bij de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde worden gedomicilieerd, zal het echter niet altijd mogelijk zijn om in deze belangrijke crisissituatie te kunnen aantonen dat er geen daadwerkelijke gemeenschappelijke huishouding is.

Gelet op deze specifieke noodsituatie van opvang van vluchtelingen met het statuut van de tijdelijke bescherming **is het feit dat deze vluchtelingen worden opgevangen door de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde zonder invloed voor de precieze gezinssituatie van deze gerechtigde zoals bepaald, naargelang het geval, in de artikelen 225, 226 en 226bis van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.**

Deze neutralisatie is van toepassing zolang de betrokken vluchteling het statuut van de tijdelijke bescherming geniet.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/88 – 18/7 en 421/26 van 15 maart 2022.

III. Moederschapsrust en omgezet moederschapsverlof in het stelsel voor werknemers

De moederschapsverzekering voor werknemers heeft onder andere tot doel om de voorwaarden te regelen waaronder bij een zwangerschap en een bevalling de moederschapsrust wordt toegestaan aan de gerechtigden die zijn bedoeld in artikel 86, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, en om aan die gerechtigden een vervangingsinkomen gedurende deze periode van moederschapsrust te waarborgen.


I. Personeel toepassingsgebied: hoedanigheid van gerechtigde op moederschapsuitkeringen wegens moederschapsrust

Met toepassing van artikel 112 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zijn gerechtigd op de moederschapsuitkering wegens moederschapsrust, de in artikel 86, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde gerechtigden die recht hebben op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Bedoeld zijn in het bijzonder:

1° de werknemers die onder de sector uitkeringen vallen krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, dit wil zeggen de werknemers die door een arbeidsovereenkomst zijn verbonden of onder soortgelijke voorwaarden zijn tewerkgesteld, met inbegrip van de werknemers die een vergoeding genieten die verschuldigd is naar aanleiding van :

- i. de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst;
- ii. de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden;
- iii. de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden;
- iv. de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord;
- v. de uitwinning van de handelsvertegenwoordiger bedoeld bij artikel 101 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten;
- vi. een overeenkomst gesloten hetzij bij het begin of tijdens de uitvoering van de arbeidsovereenkomst, hetzij binnen een termijn van twaalf maanden na het einde van de arbeidsovereenkomst op grond waarvan de werknemer zich ertoe verbindt om geen personeel of zelfstandige medecontractanten af te werven van de vroegere werkgever, hetzij in eigen naam en voor eigen rekening, hetzij in naam en voor rekening van één of meerdere derden, en/of zich ertoe verbindt om geen soortgelijke activiteiten uit te oefenen als dewelke hij uitoefende bij zijn vroegere werkgever, hetzij door zelf een onderneming uit te baten, hetzij door in dienst te treden van een concurrerende werkgever.

 **Opmerking:** de leerlingen zoals bepaald in uitvoering van artikel 1, § 1, derde lid, van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders worden tot 31 december van het jaar waarin ze de leeftijd van 18 jaar bereiken, beschouwd als werknemers die vallen onder de sector uitkeringen van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering (deze gerechtigden betalen geen bijdragen voor de sector uitkeringen);

2° de hierboven onder 1° bedoelde werkneemsters die de arbeid onderbreken, of de arbeid niet hervatten, om ten vroegste vanaf de vijfde zwangerschapsmaand te rusten;

3° de werkneemsters in gecontroleerde werkloosheid;

4° de werkneemsters die tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid of moederschapsrust, als bepaald in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, hun hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde zoals hierboven bedoeld onder 1° verliezen;

5° bij het verstrijken van het tijdvak van voortgezette verzekering, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 6°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, de werkneemsters die de in 1°, 2° of 3° hierboven beschreven hoedanigheid van gerechtigde hebben gehad, op voorwaarde dat het tijdvak van moederschapsbescherming uiterlijk de eerste werkdag na het verstrijken van het tijdvak van voortgezette verzekering een aanvang heeft genomen;

6° bij het verstrijken van de maximale periode die aanleiding heeft gegeven tot de betaling van een overgangsuitkering bepaald in de pensioenwetgeving, de werkneemsters die zich in een tijdvak van moederschapsrust bevinden, uiterlijk de eerste werkdag na afloop van dit door de overgangsuitkering gedekte tijdvak.



Opmerking: de moederschapsuitkering wordt dus ook verleend aan de gerechtigden wier moederschapsrust een aanvang neemt tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid of invaliditeit), ongeacht of ze al dan niet nog door een arbeidsovereenkomst zijn verbonden.

II. Te vervullen verzekerbaarheidsvoorwaarden voor de toekenning van de moederschapsuitkeringen

2.1. Vervullen van een wachttijd of vrijgesteld zijn van het vervullen van een wachttijd

Om in aanmerking te komen voor moederschapsuitkeringen, moet de gerechtigde een **wachttijd van zes maanden** vervullen waarin een voldoende ‘arbeidsvolume’ en bedrag aan loon waarop de socialezekerheidsbijdragen zijn ingehouden, dient te worden bewezen (vgl. art. 116/1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Wat dit ‘arbeidsvolume’ betreft, moet een voltijds werknemer op grond van artikel 203/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tijdens deze wachttijd 120 arbeidsdagen of met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen bewijzen. Een seizoenarbeider, een arbeider bij tussenpozen of een deeltijds werknemer bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 moet gedurende deze wachttijd 400 arbeidsuren of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren bewijzen. De referentieperiode wordt evenwel verlengd tot maximaal achttien maanden voor de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers die zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden om hun wachttijd te vervullen binnen zes maanden.

Naast de voorwaarde inzake het “arbeidsvolume” (over de referentieperiode) moet de betrokkene tevens een bepaald minimumbedrag aan loon aantonen waarop de socialezekerheidsbijdragen zijn ingehouden (art. 286 e.v. van het K.B. van 03.07.1996). Wanneer betrokkene niet het vereiste (minimum)bedrag aan loon aantoonde, kan zij haar situatie “regulariseren” door de betaling van bijkomende bijdragen aan haar ziekenfonds.

In sommige situaties geldt een **vrijstelling van wachttijd** of een **verminderde wachttijd**:

- o wat de **vrijstelling van wachttijd** betreft, zijn de bepalingen inzake de vrijstelling van wachttijd voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (vgl. art. 205, § 1, § 3/1 en § 6 van het K.B. van 03.07.1996) *onder dezelfde voorwaarden* voor het recht op moederschapsuitkeringen van toepassing. Indien echter de vroegere vervulling van een wachttijd vereist is of overeenkomstig artikel 205, § 1, 5°, 6° en 7° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een bepaald tijdvak met het vervullen van de wachttijd wordt gelijkgesteld, wordt met een wachttijd van zes maanden (in plaats van twaalf maanden) rekening gehouden (vgl. art. 205/1, § 1 van het K.B. van 03.07.1996).
- o in de volgende situaties geldt een **verminderde wachttijd**:

 - o *artikel 205/1, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996*: de wachttijd wordt vermindert tot één maand die ten minste twintig werkdagen of gelijkgestelde dagen omvat voor de gerechtigde die, na zich niet langer in één van de toestanden te bevinden als bedoeld in artikel 86, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, na de hiervoor beoogde wachttijd te hebben volbracht of daarvan te zijn vrijgesteld, opnieuw onderworpen is aan de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders voor zover de onderbreking, die niet mag verdeeld zijn:

1° tot doel heeft, op grond van een geschreven verklaring van de gerechtigde, haar toe te laten zich te wijden aan de opvoeding van een kind dat met haar onder hetzelfde dak woont en persoon ten laste is hetzij van de gerechtigde zelf, hetzij van de persoon waarbij de gerechtigde gedurende de hierboven vermelde onderbreking als persoon ten laste was ingeschreven met toepassing van de bepalingen van artikel 123, 1 en 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996;

2° in de periode valt van drie jaar volgend op de geboortedatum van het kind. Deze periode van drie jaar wordt verdubbeld wanneer het een kind betreft dat de bijkomende bijslag voor mindervalide kinderen geniet met toepassing van de wetgeving betreffende de kinderbijslag voor werknemers of van die betreffende de kinderbijslag voor zelfstandigen. Wanneer een nieuwe geboorte zich voordoet vóór het einde van de onderbreking, kan deze periode worden verlengd, zonder respectievelijk de drie of de zes jaar volgend op de datum van deze nieuwe geboorte te mogen overschrijden.

De seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 vervullen de verminderde wachttijd indien zij over een periode van één maand zeventig werkdagen of gelijkgestelde uren presteren. De referentieperiode wordt evenwel verlengd tot maximaal drie maanden voor de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers die zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden hun verminderde wachttijd in één maand te volbrengen.
 - o *artikel 205/1, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996*: de wachttijd wordt vermindert tot drie maanden die ten minste zestig werkdagen of gelijkgestelde dagen omvatten, voor de gerechtigde die, wanneer zij zich niet langer in één van de toestanden bevindt bedoeld in artikel 86, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, na de hiervoor bedoelde wachttijd te hebben volbracht of daarvan te zijn vrijgesteld, opnieuw onderworpen is aan de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders indien zij ondertussen als vrijwillig verzekerde voortdurend effectief lid of persoon ten laste is geweest van een ziekenfonds voor de verstrekkingen inzake moederschap.

De seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 volbrengen de verminderde wachttijd indien zij over een periode van drie maanden tweehonderd werkdagen of gelijkgestelde uren presteren. De referentieperiode wordt evenwel verlengd tot maximaal negen maanden voor de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers die zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden hun verminderde wachttijd in drie maanden te volbrengen.

Opmerking: de verwijzing naar *de verstrekkingen inzake moederschap* dient in het kader van de aanvullende verzekering te worden begrepen (bijvoorbeeld een ‘geboortepremie’ bij de geboorte van een kind).

- *artikel 206/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:* de wachttijd wordt verminderd tot drie maanden die ten minste zestig arbeidsdagen of gelijkgestelde dagen omvatten, voor de persoon die de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 86, § 1, 1°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verkrijgt, op voorwaarde dat zij deze hoedanigheid verkrijgt uiterlijk de dertigste dag nadat zij de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen (*vgl.* art. 3 van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten) verloor en zij de in die regeling voorgeschreven wachttijd heeft volbracht of ervan was vrijgesteld.

De seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 volbrengen de verminderde wachttijd indien zij gedurende een periode van drie maanden, tweehonderd arbeidsuren of gelijkgestelde uren presteren. De referteperiode wordt evenwel verlengd tot maximaal negen maanden voor de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers die zich wegens hun arbeidsregeling in de onmogelijkheid bevinden hun verminderde wachttijd in drie maanden te volbrengen.

2.2. Behoud van het recht op uitkeringen

- Wanneer de betrokkene van de wachttijd is vrijgesteld of wanneer zij de (verminderde) wachttijd heeft vervuld, behoudt zij principieel het recht op uitkeringen tot het einde van het derde kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin zij gerechtigde is geworden (met vrijstelling van wachttijd of bij een verminderde wachttijd) of tot het einde van het kwartaal dat volgt op dat waarin zij de wachttijd heeft vervuld, en de nodige bijdragen zijn betaald (*vgl.* art. 116/2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 204, §§ 2-3 van het K.B. van 03.07.1996).
- Als algemene regel behoudt een gerechtigde het recht op uitkeringen op voorwaarde dat zij over het tweede en het derde kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de periode van moederschapsrust is aangevangen, de hoedanigheid van gerechtigde bedoeld in artikel 86, § 1 van de gecoördineerde wet gedurende 120 werkdagen behoudt. Een seizoenarbeider, een arbeider bij tussenpozen of een deeltijds werknemer bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 moet over het tweede en het derde kwartaal voor dat waarin de periode van moederschapsrust is aangevangen, 400 arbeidsuren of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren bewijzen (*vgl.* art. 116/3 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 207/1, eerste lid van het K.B. van 03.07.1996).

Naast de voorwaarde inzake het “arbeidsvolume” (over de refertekwartalen) moet betrokkene tevens een bepaald minimumbedrag aan loon aantonen waarop de socialezekerheidsbijdragen zijn ingehouden (art. 286 e.v. van het K.B. van 03.07.1996). Wanneer betrokkene niet het vereiste (minimum)bedrag aan loon aantoon, kan zij haar situatie “regulariseren” door de betaling van bijkomende bijdragen aan haar ziekenfonds.

Wanneer een seizoenarbeider, een arbeider bij tussenpozen of een deeltijds werknemer bedoeld in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 geen 400 uren (of een bepaald minimumbedrag aan loon) kan aantonen, kan men rekening houden met de drie kwartalen onmiddellijk voorafgaand aan het kwartaal van aanvang van de periode van moederschapsrust. In dat geval moet de betrokkene over die kwartalen het vereiste bedrag aan loon aantonen en mag er geen onderbreking geweest zijn in haar hoedanigheid van gerechtigde van meer dan dertig dagen (*vgl.* art. 207/1, tweede lid van het K.B. van 03.07.1996).

2.3. Toepassing van de 'dertig-dagen-regel'

De uitkeringen wegens moederschapsrust zijn bovendien slechts verschuldigd aan de gerechtigde op voorwaarde dat er geen doorlopend tijdvak van meer dan dertig dagen verlopen is tussen de aanvangsdag van de moederschapsrust en de laatste dag van een tijdvak waarover zij de in artikel 86, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde hoedanigheid van gerechtigde had, of als arbeidsongeschikt erkend in de zin van deze gecoördineerde wet was of zich in een periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 114*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ('werkverwijdering') bevond (*vgl.* art. 116 en art. 131 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

III. Tijdvakken van moederschapsrust

De periode van moederschapsrust omvat

- een tijdvak van voorbevallingsrust en
- een tijdvak van nabevallingsrust.

Zowel de voorbevallingsrust als de nabevallingsrust bestaan uit een verplicht en een facultatief gedeelte.

3.1. Voorbevallingsrust

3.1.1. DUUR

Overeenkomstig artikel 114, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 neemt het tijdvak van voorbevallingsrust, op aanvraag van de gerechtigde, een aanvang, ten vroegste vanaf de zesde week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum, of de achtste week wanneer de geboorte van een meerling voorzien wordt.

Bovendien moet de gerechtigde alle arbeid stopzetten of de gecontroleerde werkloosheid onderbreken vanaf de zevende dag vóór de vermoedelijke bevallingsdatum. De week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum vormt dus een periode van verplichte voorbevallingsrust.¹

Indien de bevalling plaatsvindt na de datum die door de arts is voorzien, wordt de voorbevallingsrust verlengd tot aan de werkelijke datum van de bevalling.

Voor de aanvang van het tijdvak van voorbevallingsrust wordt rekening gehouden met de vermoedelijke bevallingsdatum.

3.1.2. ARBEIDSONGESCHIKTHEID OF VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING TOT DE WEEK VOORAFGAANDELIJK DE VERMOEDELIJKE BEVALLINGSDATUM – VROEGTIJDIGE OF LAATTIJDIGE BEVALLING

3.1.2.a) Arbeidsongeschiktheid

- Vroegtijdige bevalling

De week voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum is een week van verplichte rust.

1. Dit verplichte karakter wordt ook bepaald in de arbeidswet van 16.03.1971. Krachtens het bepaalde in art. 39, tweede lid van die wet mag de werkneemster inderdaad generlei arbeid meer verrichten vanaf de zevende dag voor de vermoedelijke bevallingsdatum. Die periode is dus gedekt door een arbeidsverbod, zoals ook de periode van negen weken volgend op de bevalling.

Als de betrokkene arbeidsongeschikt is vóór deze week van verplichte voorbevallingsrust en vroeger dan de vermoedelijke bevallingsdatum bevalt, is een omzetting (van het saldo) van de week voorafgaandelijk de werkelijke bevallingsdatum in moederschapsrust mogelijk, op voorwaarde dat deze periode niet gedekt is door het gewaarborgd loon of de aanvulling of het voorschot betaald overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of 13*bis*. Het behoud van het gewaarborgd loon of de voormelde aanvulling (in combinatie met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen) of het voormelde voorschot is namelijk in het financieel voordeel van de werkneemster.

- Laattijdige bevalling

De week voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum is een week van verplichte rust.

Als de betrokkene arbeidsongeschikt is vóór deze week van verplichte voorbevallingsrust en later dan de vermoedelijke bevallingsdatum bevalt, is een regularisatie van de periode van moederschapsrust die zich bevindt vóór de week die de werkelijke bevallingsdatum voorafgaat, niet mogelijk.

Overeenkomstig artikel 39, tweede lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 mag de werkneemster immers geen arbeid verrichten vanaf de zevende dag die de vermoedelijke datum van de bevalling voorafgaat. Gelet op dit arbeidsverbod zal de periode van arbeidsongeschiktheid dus altijd worden geschorst één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum.

3.1.2.b) Volledige werkverwijdering

- Vroegtijdige bevalling

De week voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum is een week van verplichte rust.

Als de betrokkene in volledige werkverwijdering vóór deze week van verplichte voorbevallingsrust is en vroeger dan de vermoedelijke bevallingsdatum bevalt, is een regularisatie van de periode van werkverwijdering in moederschapsrust (voor de week die voorafgaat aan de werkelijke bevallingsdatum – niet overdraagbare week van voorbevallingsrust) niet in het (financiële) belang van de werkneemster vermits het bedrag van de moederschapsuitkering toegekend in het kader van de volledige werkverwijdering (78,237 %) hoger is dan het bedrag van de moederschapsuitkering toegekend in het kader van de moederschapsrust (75% vanaf de 31^{ste} dag van moederschapsrust). In geval van een regularisatie zou de periode van moederschapsrust langer zijn en zou de periode van werkverwijdering korter zijn. Het totaalbedrag van de uitkeringen toegekend voor de periode van werkverwijdering en moederschapsrust zou uiteindelijk echter minder hoog zijn en dus financieel minder interessant zijn voor de werkneemster.

- Laattijdige bevalling

De week voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum is een week van verplichte rust.

Als de betrokkene in volledige werkverwijdering vóór deze week van verplichte voorbevallingsrust is en later dan de vermoedelijke bevallingsdatum bevalt, gebeurt er geen regularisatie van de vergoeding van de volledige werkverwijdering en de moederschapsrust in functie van de werkelijke bevallingsdatum (meer bepaald een vergoeding tot een week voorafgaandelijk de werkelijke bevallingsdatum).

Overeenkomstig artikel 39, tweede lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 mag de werkneemster immers geen arbeid verrichten vanaf de zevende dag die de vermoedelijke datum van de bevalling voorafgaat. Gelet op dit arbeidsverbod is het specifieke risico van blootstelling aan agentia, procedés of arbeidsomstandigheden dat de door de werkgever genomen maatregel van moederschapsbescherming rechtvaardigt, dus niet langer aanwezig. De maatregel van moederschapsbescherming (werkverwijdering) eindigt dus altijd (uiterlijk) één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum.

3.2. Nabevallingsrust

3.2.1. HET VERPLICHTE TIJDVAK VAN NABEVALLINGSRUST (ART. 114, 2^{DE} LID VAN DE GECOÖRDINEERDE WET VAN 14.07.1994)

De verplichte nabevallingsrust strekt zich uit over een tijdvak van negen weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

 **Opmerking:** bij de geboorte van een tweeling op onderscheiden data wordt de periode van nabevallingsrust bepaald in functie van de werkelijke datum van de tweede bevalling.

De periode van negen weken begint te lopen de dag na de dag van de bevalling wanneer de werknemster de arbeid nog heeft aangevat op de dag van de bevalling.

Omdat uitdrukkelijk wordt bepaald dat “de werknemster de arbeid nog heeft aangevat”, geldt deze bijzondere bepaling enkel als er sprake is van een vroeggeboorte op een dag waarop de werknemster een normale arbeidsdag heeft gepresteerd of het werk heeft aangevat, maar vroegtijdig moest weggaan wegens de nakende bevalling. Deze afwijkende regel kan niet gelden als er een vroeggeboorte is op een dag waarop de werknemster normaliter arbeidsprestaties zou hebben geleverd, maar de arbeid niet heeft aangevat wegens de voorziene schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst (bijvoorbeeld wegens jaarlijkse vakantie of economische werkloosheid) en in de loop van deze dag van voorziene schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst bevalt.


3.2.2. HET FACULTATIEVE TIJDVAK VAN NABEVALLINGSRUST: DE VERLENGING VAN DE NABEVALLINGSRUST

Verschillende situaties kunnen, steeds op verzoek van de gerechtigde, aanleiding geven tot een verlenging van de nabevallingsrust na de verplichte periode van negen weken:

- een tewerkstelling (of gelijkgestelde periode) of gecontroleerde werkloosheid (of gelijkgestelde periode) tijdens het theoretische tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust
- de geboorte van een meerling
- de hospitalisatie van het pasgeboren kind.

3.2.2.a) Tewerkstelling (of gelijkgestelde periode) of gecontroleerde werkloosheid tijdens het theoretische tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust

Het tijdvak van negen weken verplichte nabevallingsrust kan worden verlengd met de periode waarin de gerechtigde is blijven doorwerken of zich verder in gecontroleerde werkloosheid heeft bevonden vanaf de zesde tot en met de tweede week vóór de bevalling en vanaf de achtste tot en met de tweede week bij de geboorte van een meerling (*vgl.* art. 114, tweede lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

 **Opmerking:** bij de geboorte van een tweeling op onderscheiden data kan de periode van nabevallingsrust worden verlengd met de periode waarin de gerechtigde is blijven doorwerken of zich verder in gecontroleerde werkloosheid heeft bevonden vanaf de achtste tot en met de tweede week vóór de werkelijke datum van de eerste bevalling. Het einde van de voorbevallingsrust wordt in deze situatie namelijk in functie van de werkelijke datum van de eerste bevalling bepaald.

De dagen waarop een werknemster gedurende de tijd die nodig is om zwangerschapsonderzoek te kunnen ondergaan van het werk afwezig is wanneer deze niet kunnen plaatsvinden buiten de arbeidsuren (*vgl.* art. 39*bis* van de arbeidswet van 16.03.1971), worden beschouwd als arbeidsdagen en komen dus in aanmerking voor de verlenging van het tijdvak van negen weken verplichte nabevallingsrust.

De volgende tijdvakken mogen op grond van artikel 220 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 voor het verlengen van de nabevallingsrust *worden gelijkgesteld met een periode waarin de gerechtigde is blijven doorwerken*:

- 1° de perioden wettelijke vakantie, waaronder begrepen de periode gedekt door de uitgestelde bezoldiging verleend aan de tijdelijke of interim leerkrachten na het einde van de arbeidsovereenkomst of van de tijdelijke aanwijzing, de perioden vakantie krachtens een algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst, de perioden bijkomende vakantie en de perioden aanvullende vakantie;
- 2° de periode van functie van rechter in sociale zaken;
- 3° de dagen kort verzuim;
- 4° de dagen dwingende redenen met behoud van loon en de dagen verlof om dwingende redenen zonder behoud van loon;
- 5° de dagen afwezigheid met gewaarborgd dagloon;
- 6° de perioden technische stoornis in de onderneming, tijdelijke werkloosheid ingevolge overmacht, tijdelijke werkloosheid ingevolge technische stoornis, tijdelijke werkloosheid ingevolge slecht weer, tijdelijke werkloosheid ingevolge gebrek aan werk wegens economische redenen, evenals de perioden van schorsing van de uitvoering van de overeenkomst en van gedeeltelijke arbeid bedoeld in de artikelen 77/1 tot 77/8 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten;
- 7° de periode van sluiting van de onderneming ter bescherming van het leefmilieu;
- 8° de feestdagen tijdens de arbeidsovereenkomst, de vervangingsdagen van een feestdag en de feestdagen of vervangingsdagen tijdens een periode van tijdelijke werkloosheid;
- 9° voor de gerechtigde die afwisselend volgens de vijfdaags- en de zesdagenweekregeling werkt, de dag in de week van de vijfdaagse arbeidsregeling waarop er normaal zou zijn gearbeid indien die dag in een week van zesdaagse arbeidsregeling was gevallen;
- 10° de dagen inhaalrust;
- 11° de vakantiedagen en wettelijke feestdagen van de onthaalouders zonder opvang van kinderen, bedoeld in artikel 203, vierde lid, 14. van het koninklijk besluit van 3 juli 1996;
- 12° de perioden waarin de werkneemster één of meerdere activiteiten tijdens een periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 114bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft uitgeoefend of één of meerdere activiteiten tijdens haar arbeidsongeschiktheid onder de voorwaarden bedoeld in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft hervat;
- 13° de dagen van arbeidsongeschiktheid zoals omschreven in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet;
- 14° de periode van volledige werkverwijdering als maatregel van moederschapsbescherming.

Het betreft een *limitatieve opsomming* zodat er dus geen rekening kan worden gehouden met bijvoorbeeld een tijdvak gedekt door een vergoeding wegens een onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst of een tijdvak van educatief verlof dat zich voordoet vanaf de zesde tot en met de tweede week vóór de bevalling (of vanaf de achtste tot en met de tweede week vóór de bevalling bij de geboorte van een meerling).

Wat de periodes van *gecontroleerde werkloosheid* betreft (vgl. art. 246 van het K.B. van 03.07.1996), moet worden opgemerkt dat hoewel de periode waarin de gerechtigde een onderbrekingsuitkering geniet wegens volledige beroepsloopbaanonderbreking een tijdvak van gecontroleerde werkloosheid vormt (voor de sector uitkeringen weliswaar enkel op voorwaarde dat de betrokkene vóór de onderbreking van de beroepsloopbaan de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van art. 86, § 1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 had), deze gelijkstelling niet in aanmerking kan worden genomen voor het verlengen van de nabevallingsrust (vgl. art. 246, tweede lid van het K.B. van 03.07.1996).



Opmerking: het tijdvak van verplichte voorbevallingsrust daarentegen, meer bepaald de laatste week vóór de datum van de bevalling, mag echter niet mee in aanmerking worden genomen voor het verlengen van de verplichte nabevallingsrust.

Dit betekent dus dat als het kind te vroeg geboren wordt (namelijk vóór de door de arts oorspronkelijk voorziene datum), de dagen waarop de betrokkene verder aan het werk of verder gecontroleerd werkloze is gebleven in de periode van zeven dagen voor de werkelijke datum van de bevalling, niet mogen worden overgedragen en worden opgenomen na afloop van de periode van verplichte nabevallingsrust².



Voorbeeld:

Een gerechtigde moet in principe bevallen op 18 juli 2022 (voorziene datum).

Ze onderbreekt haar werkzaamheden vanaf 11 juli 2022 (dus zeven dagen vóór de vermoedelijke datum van de bevalling).

Ze bevalt (vroeger) op 15 juli 2022.

Het tijdvak van voorbevallingsrust is vanaf 11 juli 2022 tot en met 14 juli 2022. De gerechtigde mag de periode overdragen waarin ze verder is blijven werken vanaf de zesde week vóór haar bevalling. Die periode dient evenwel eerst te worden verminderd met de periode die overeenstemt met het aantal dagen dat ze nog verder aan het werk gebleven is in de periode van zeven dagen vóór haar bevalling (vanaf 08.07.2022 tot en met 10.07.2022).

Het (totale) tijdvak van moederschapsrust reikt hier dus van 11 juli 2022 tot en met 20 oktober 2022 en is bijgevolg gelijk aan 14 weken en 4 dagen.

3.2.2.b) Geboorte van een meerling

Het tijdvak van negen weken verplichte nabevallingsrust kan worden verlengd met een periode van maximaal twee weken in geval van de geboorte van een meerling (vgl. art. 114, 3^{de} lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

3.2.2.c) Hospitalisatie van het pasgeboren kind

Wanneer het pasgeboren kind na de eerste zeven dagen te rekenen vanaf de geboorte in de verplegingsinrichting moet opgenomen blijven, kan de verplichte nabevallingsrust worden verlengd met een duur gelijk aan de periode van hospitalisatie van het kind, die deze eerste zeven dagen overschrijdt. De duur van deze verlenging mag vierentwintig weken niet overschrijden (vgl. art. 114, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Gelet op de zinsnede “Wanneer het pasgeboren kind na de eerste zeven dagen te rekenen vanaf de geboorte”, dient de verlenging van de nabevallingsrust te worden toegestaan in alle gevallen waarin het kindje gehospitaliseerd is of gehospitaliseerd wordt binnen zeven dagen na de geboorte en het kind ook na deze periode van zeven dagen verder gehospitaliseerd blijft. Dit ongeacht de reden van de hospitalisatie en zonder onderscheid tussen kinderen die in een ziekenhuis zijn geboren en diegenen die ergens anders ter wereld zijn gekomen (bijvoorbeeld thuisbevalling).

Het moet gaan om *een ononderbroken periode van hospitalisatie* van de pasgeborene (behoudens in geval van een situatie van ‘overmacht’, bijvoorbeeld als het kindje één dag thuis is geweest tussen twee hospitalisatieperiodes vermits de opname in het ziekenhuis, waarnaar het kindje voor een verdere behandeling werd doorverwezen, niet onmiddellijk mogelijk was).

De opname van de pasgeborene in een **revalidatiecentrum** kan worden gelijkgesteld met een verdere hospitalisatie (revalidatiebehandelingen kunnen in de praktijk zowel binnen als buiten een verplegingsinrichting worden georganiseerd) als deze opname, in voorkomend geval, *onmiddellijk* aansluit op het verblijf in de verplegingsinrichting (geboorte) en het kindje verder *ononderbroken* in dit revalidatiecentrum verblijft.

2. In art. 39, derde lid, van de arbeidswet van 16.03.1971 is ter zake bepaald dat “die periode (d.w.z. de periode die mag worden overgedragen) bij vroeggeboorte wordt verminderd met de dagen waarop arbeid verricht werd tijdens de periode van zeven dagen die de bevalling voorafgaat”.



Bijzondere situaties:

- deze verlenging van de nabevallingsrust wegens de hospitalisatie van de pasgeborene blijft mogelijk als het kindje zou overlijden tijdens de hospitalisatie. Zelfs indien het kindje zou overlijden na het verlaten van het ziekenhuis, blijft de mogelijkheid tot verlenging van de nabevallingsrust bestaan
- in geval van de geboorte van een tweeling kan de nabevallingsrust ook in functie van de duur van de hospitalisatie worden verlengd als slechts één pasgeborene verder in het ziekenhuis verblijft.

3.2.3. HET FACULTATIEVE TIJDVAK VAN NABEVALLINGSRUST: DE OMZETTING VAN DE LAATSTE TWEE WEKEN VAN FACULTATIEVE NABEVALLINGSRUST IN VERLOFDAGEN VAN POSTNATALE RUST

Wanneer de werkneemster de verplichte nabevallingsrust van negen weken met ten minste twee weken kan verlengen, kunnen de laatste twee weken van deze facultatieve postnatale rustperiode op haar verzoek worden omgezet in verlofdagen van postnatale rust. De werkgever moet deze periode, in functie van het aantal dagen voorzien in het werkrooster van de werkneemster, omzetten in verlofdagen van postnatale rust. De werkneemster moet deze verlofdagen van postnatale rust opnemen volgens een planning die door haar wordt vastgesteld, binnen acht weken te rekenen vanaf het einde van de ononderbroken periode van postnatale rust (vgl. art. 114, zesde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Voor meer toelichting over de opname van de verlofdagen van postnatale rust en de vergoeding van deze dagen door de moederschapsverzekering dient er te worden verwezen naar de Omzendbrief V.I. nr. 2009/435³ - 47/5 van 5 november 2009.

IV. Stopzetting van elke werkzaamheid tijdens de moederschapsrust

Het ziekenfonds kan de tijdvakken van moederschapsrust enkel in aanmerking nemen op voorwaarde dat de gerechtigde alle werkzaamheid of de gecontroleerde werkloosheid heeft onderbroken⁴ (vgl. art. 115 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Die voorwaarde is dezelfde als die welke is bepaald in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voor een erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid en waarvan de inhoud nader is verduidelijkt door de rechtspraak. Zo stelde het Hof van Cassatie in een arrest van 18 mei 1992 dat onder arbeid wordt verstaan, elke werkzaamheid met productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer, ook als zij niet tegen loon als vriendendienst wordt verricht.



Opmerking: de voorwaarde van een onderbreking van alle werkzaamheid is niet van toepassing in de volgende limitatieve situaties:

- gedurende het tijdvak waarin de gerechtigde gebruik maakt van de mogelijkheid om verlofdagen van postnatale rust op te nemen (vgl. ook hierboven punt 3.2.3)
- gedurende het tijdvak van verlenging van de nabevallingsrust met de tijdvakken waarin de werkneemster een werkzaamheid gedurende een periode van gedeeltelijke werkverwijdering heeft uitgeoefend of een met de toelating van de adviserend arts aangepaste werkzaamheid gedurende haar arbeidsongeschiktheid onder de in artikel 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde voorwaarden heeft hervat, vanaf de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling.

3. Gepubliceerd in I.B. n° 2009/3-4.

4. Er moet immers in herinnering worden gebracht dat deze maatregel ter bescherming van het moederschap een tweeledig doel heeft, namelijk enerzijds het mogelijk maken van het fysiologisch herstel van de moeder en anderzijds het opvangen van het kind.

Bij niet-naleving van deze voorwaarde van stopzetting van elke werkzaamheid (in loondienst, als zelfstandige, stage (praktisch luik) uitgeoefend in het kader van een opleiding, ...) gedurende **de periode van de facultatieve prenatale rust** of gedurende **de periode van verplichte rust**, zal bijgevolg de moederschapsuitkering aan de werkneemster worden geweigerd voor elke dag dat niet aan de voorwaarde van volledige stopzetting van alle werkzaamheden is voldaan (met verlies van het recht op de desbetreffende dag(en) moederschapsrust tijdens de lopende periode van moederschapsrust).

Indien niet wordt voldaan aan deze voorwaarde van stopzetting van elke werkzaamheid (in loondienst, als zelfstandige, stage (praktisch luik) uitgeoefend in het kader van een opleiding, ...) of de gecontroleerde werkloosheid tijdens **de periode van facultatieve postnatale rust**, wordt de werkneemster geacht haar moederschapsrust te hebben beëindigd vanaf de eerste dag van de uitoefening van de betrokken werkzaamheid of de hervatting van de gecontroleerde werkloosheid.

V. Recht op moederschapsrust en moederschapsuitkeringen: notie 'bevalling' en vereiste duur van de zwangerschap van minstens 180 dagen bij een levenloos geboren kind

De tijdvakken van voor- en nabevallingsrust kunnen door een gerechtigde slechts worden opgenomen op voorwaarde dat zij "bevallen" is. Er is sprake van een bevalling, zodra er een kind levend (leefbaar) op de wereld komt, ongeacht de duur van de zwangerschap.

Als het kind daarentegen doodgeboren is, is er slechts een recht op moederschapsrust en de toekenning van moederschapsuitkeringen in geval van een zwangerschapsduur van ten minste 180 dagen.⁵

Bij een doodgeboren kind vóór het einde van de termijn van 180 dagen zwangerschap moet dit worden beschouwd als een miskraam en kunnen er in voorkomend geval aan de gerechtigde arbeidsongeschiktheidsuitkeringen worden toegekend als de betrokkene beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

VI. Formaliteiten

6.1. Aanvraag van de voorbevallingsrust

De gerechtigde (werkloze of werkneemster) die met voorbevallingsrust wil gaan, moet dit aanvragen aan haar ziekenfonds en hiertoe bij haar aanvraag een geneeskundig getuigschrift voegen met de vermelding van de datum waarop ze normaal zal bevallen op het einde van de gevraagde voorbevallingsrust.

In voorkomend geval kan ook een vroedvrouw dit getuigschrift invullen.

Er is nergens een termijn bepaald voor het afgeven van dat attest.

Als de betrokkene aan haar ziekenfonds slechts een doktersattest met de vermelding van de vermoedelijke bevallingsdatum stuurt, geldt dat attest als aanvraag voor de toekenning van de moederschapsuitkeringen wegens moederschapsrust en moet de gerechtigde toch worden geacht te hebben voldaan aan de voorwaarden van artikel 114, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het ziekenfonds kan aan de hand van het inlichtingenblad (vgl. hierna) nagaan vanaf wanneer de betrokkene effectief de arbeid heeft onderbroken of wat de laatste dag gecontroleerde werkloosheid was.

5. Vgl. art. 39, tweede lid van de arbeidswet van 16.03.1971 ("Wanneer de werkneemster bevalt van een levenloos kind, wordt de arbeidsonderbreking toegekend op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.") en art. 114, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 ("Wanneer de gerechtigde bevalt van een levenloos kind, zijn het eerste tot het derde lid van toepassing, op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.").

Zodra het ziekenfonds kennis heeft van het ingaan van de moederschapsrust, stuurt het aan de gerechtigde een exemplaar van het inlichtingenblad (luik gerechtigde). Tegelijkertijd wordt, al naargelang het geval, de werkgever of zijn mandataris uitgenodigd om het inlichtingenblad uitkeringen (ZIMA 001) elektronisch te versturen en/of ontvangt de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen de vraag om een elektronisch inlichtingenblad uitkeringen (L500) te verzenden.

6.2. Bewijsstuk te bezorgen na de bevalling (art. 49, § 1 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997)

De gerechtigde bezorgt aan haar ziekenfonds zo vroeg mogelijk het bewijs waaruit de bevalling blijkt (een geneeskundige verklaring die de bevalling bevestigt of een uittreksel uit de geboorteakte).

6.3. Verlenging van de nabevallingsrust wegens de hospitalisatie van de pasgeborene (art. 49, § 2 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997)

De gerechtigde bezorgt bij het verstrijken van het tijdvak van nabevallingsrust aan haar ziekenfonds een getuigschrift van de verplegingsinrichting waaruit blijkt dat de voorwaarden vervuld zijn om van de verlenging van de nabevallingsrust wegens de hospitalisatie van de pasgeborene te genieten, met vermelding van de duur van opname van de pasgeborene.

In voorkomend geval bezorgt de gerechtigde bij het einde van de verlenging aan haar ziekenfonds een nieuw getuigschrift van de verplegingsinrichting waaruit blijkt dat tijdens deze verlenging de pasgeborene verder in de verplegingsinrichting heeft verbleven met vermelding van de duur van de opname.

6.4. Bijzondere situatie: de opname van de moederschapsrust bij een levenloos geboren kind

De gerechtigde die bevalt van een levenloos kind, heeft recht op een vergoeding voor de moederschapsrust en om de moederschapsrust te genieten, moet de betrokkene aan haar ziekenfonds *een akte van een levenloos kind* bezorgen.



Opmerking: een akte van een levenloos kind kan op verzoek ook bij minder dan 180 dagen zwangerschap worden opgesteld, meer bepaald als de zwangerschap een duur van 140 tot 179 dagen heeft (vgl. art. 58, § 2 van het B.W.).

Het ziekenfonds dient dus steeds *over te gaan tot een verificatie van de duur van de zwangerschap* vermeld op de akte van een levenloos kind (verplichte vermelding) alvorens moederschapsuitkeringen toe te kennen. Bij een zwangerschapsduur van 140 tot 179 dagen opent de betrokkene immers geen recht op moederschapsrust en de toekenning van moederschapsuitkeringen.

6.5. Aangifte van werkhervatting of bewijs van hervatting van gecontroleerde werkloosheid

Na afloop van de moederschapsrust moet steeds een aangifte van werkhervatting of bewijs van gecontroleerde werkloosheid aan het ziekenfonds worden bezorgd (art. 49, § 1, tweede lid en § 2, derde lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

VII. Hoegrootheid van de moederschapsuitkering en bedrag van het gedeerde loon dat voor de berekening van de moederschapsuitkering in aanmerking moet worden genomen

7.1. Hoegrootheid van de moederschapsuitkering

7.1.1. PRINCIPE

Het bedrag van de moederschapsuitkering wordt vastgesteld op 79,5 % van het gedeerde loon, beperkt tot het voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering in aanmerking genomen loongrensbedrag, tijdens de eerste dertig dagen van moederschapsrust, en op 75 % van datzelfde loon vanaf de eenendertigste dag van die periode (vgl. art. 216, eerste lid van het K.B. van 03.07.1996).

7.1.2. UITZONDERINGEN

7.1.2.a) De gerechtigden bedoeld in artikel 86, § 1, 1^o, a) en b) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

De gerechtigden die vallen onder de sector uitkeringen krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, namelijk in het bijzonder de gerechtigden die via een arbeidsovereenkomst zijn tewerkgesteld of onder soortgelijke voorwaarden zijn tewerkgesteld, evenals zij die de arbeid onderbreken, of de arbeid niet hervatten, om ten vroegste vanaf de vijfde zwangerschapsmaand te rusten, hebben recht op een moederschapsuitkering gelijk aan 82 % van hun *niet begrensde loon* tijdens de eerste dertig dagen van de periode van moederschapsrust (vgl. art. 216, tweede lid van het K.B. van 03.07.1996).

Vanaf de eenendertigste dag van deze periode hebben die gerechtigden recht op een uitkering gelijk aan 75 % van hun loon, begrensd tot het maximum dat als loon in aanmerking genomen wordt voor het berekenen van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid.

! **Opmerking:** het precieze percentage dat tijdens de eerste dertig dagen van de periode van moederschapsrust moet worden toegepast, wordt bepaald door de hoedanigheid die de gerechtigde heeft *op de datum waarop de moederschapsrust ingaat*.

Een werknemster met een arbeidsovereenkomst voor een bepaalde duur zal dus recht hebben op een moederschapsuitkering gelijk aan 82 % van haar niet begrensd loon tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust, ook al zou haar arbeidsovereenkomst aflopen tijdens die periode.

! Specifieke situaties:

- *Gerechtigden die een vergoeding wegens de beëindiging van de arbeidsovereenkomst hebben gekregen:*

in principe hebben deze gerechtigden ook aanspraak op een moederschapsuitkering van 82 % bij het verstrijken van de periode die door die vergoeding wegens de beëindiging van de arbeidsovereenkomst is gedekt, voor de nog resterende dagen van de periode gevormd door de eerste dertig dagen van moederschapsrust.

De hoegrootheid van de moederschapsuitkering wordt immers bepaald door de hoedanigheid die de gerechtigde heeft op de datum waarop de moederschapsrust ingaat, en de gerechtigden die een vergoeding wegens de beëindiging van de arbeidsovereenkomst hebben gekregen, hebben in die hoedanigheid recht op het verhoogde percentage van 82 %, overeenkomstig artikel 216, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tijdens de periode die niet is beoogd in artikel 103, § 1, 1^o of 3^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

- Gerechtigden in primaire ongeschiktheid of in invaliditeit: de gerechtigden in primaire ongeschiktheid of in invaliditeit die bij het ingaan van het tijdvak van moederschapsrust nog altijd via een arbeidsovereenkomst zijn verbonden, hebben eveneens recht op het percentage dat is bepaald in artikel 216, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (82 % van het niet begrensde loon tijdens de eerste dertig dagen van de periode van moederschapsrust).



Opmerkingen:

- als die gerechtigden bij het ingaan van de moederschapsrust echter niet langer zijn verbonden door een arbeidsovereenkomst, hebben ze recht op een moederschapsuitkering vastgesteld op 79,5 % en 75 % van het begrensde loon, respectievelijk tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust en vanaf de eenendertigste dag van die periode
- de moederschapsuitkering voor de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden mag niet minder zijn dan de arbeidsongeschiktheidsuitkering waarop ze recht zouden hebben gehad indien ze niet met moederschapsrust zouden zijn geweest (garantiemaatregel bedoeld in art. 113, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Bij de invalide gerechtigden moet voor deze vergelijking rekening worden gehouden met het “nettobedrag” van de invaliditeitsuitkering, dit is dus na de (eventuele) inhouding van 3,5 % voor de sector pensioenen.

7.1.2.b) Gerechtigden in gecontroleerde volledige werkloosheid

De volledig gecontroleerde werklozen kunnen aanspraak maken op een basisuitkering en een aanvullende uitkering (vgl. art. 217 van het K.B. van 03.07.1996):

- basisuitkering:** de gerechtigden die gecontroleerd volledig werkloos zijn, hebben recht op een basisuitkering gelijk aan 60 % van het begrensde gederfde loon. Het bedrag van deze uitkering is echter gelijk aan dat van de werkloosheidsuitkering waarop voornoemde gerechtigden aanspraak hadden kunnen maken als zij niet in een periode van moederschapsrust waren geweest (‘maatregel van alignering’). Deze aligneringsmaatregel is niet langer van toepassing zodra een periode van zes maanden verstreken is, waarbij rekening gehouden wordt met de duur van de periode van moederschapsbescherming en de periode van arbeidsongeschiktheid onmiddellijk voordien.
- aanvullende uitkering:** de gerechtigden die gecontroleerd volledig werkloos zijn, hebben daarboven recht op een aanvullende uitkering van 19,5 % van het begrensde gederfde loon tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust, en van 15 % van het begrensde gederfde loon vanaf de eenendertigste dag van die periode.



Opmerking: ten aanzien van die aanvullende uitkering geldt de ‘maatregel van alignering’ niet.



Opmerking: verduidelijking in verband met de toepassing van de ‘maatregel van alignering’ bedoeld in artikel 217 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

uit de bewoordingen van artikel 217, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (“en de periode van arbeidsongeschiktheid onmiddellijk voordien”) moet worden besloten dat in geval van een korte onderbreking (van minder dan veertien dagen) tussen de arbeidsongeschiktheid en het ingaan van de moederschapsrust de ‘maatregel van alignering’ wel degelijk steeds van toepassing is tijdens de moederschapsrust (in dat geval mag de arbeidsongeschiktheid immers niet worden meegerekend bij het bepalen van de termijn van zes maanden die is bedoeld in art. 217 van het K.B. van 03.07.1996, omdat ze niet “onmiddellijk” voorafgaat aan de moederschapsrust).

Als het daarentegen gaat om een onderbreking van minder dan veertien dagen tussen twee tijdvakken van arbeidsongeschiktheid (situatie van hervat) en het laatste tijdvak van arbeidsongeschiktheid eindigt daags voor de aanvang van de moederschapsrust, is de 'maatregel van alignering' echter niet van toepassing zodra er een periode van zes maanden is verstreken als men rekening houdt met de duur van de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid vóór het ingaan van de moederschapsrust.

Dezelfde redenering geldt overigens in geval van moederschapsrust vóór een arbeidsongeschiktheid (vgl. art. 211, § 2, tweede lid, van het K.B. van 03.07.1996).

7.1.2.c) Deeltijds werknemster met behoud van rechten die aanspraak kan maken op een inkomensgarantie-uitkering

Bij het bepalen van het bedrag van de moederschapsuitkering voor deze aparte categorie van werknemers moet rekening gehouden worden met hun dubbele hoedanigheid (werknemster en werkloze – vgl. ook art. 42, § 1 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997):


- component tewerkstelling
De betrokkene kan aanspraak maken op een moederschapsuitkering die gelijk is aan 82 % van het onbegrensde gedeerde loon gedurende de eerste dertig dagen en 75 % van het begrensde gedeerde loon vanaf de 31^{ste} dag.
- component werkloosheid
De betrokkene kan aanspraak maken op een basisuitkering en een aanvullende uitkering:
 - *basisuitkering* :
60 % van het gedeerde loon werkloosheid bedoeld in artikel 30 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997
 - x inkomensgarantie-uitkering (brutobedrag)
referte-uitkering

Tijdens de eerste zes maanden is echter de 'maatregel van alignering' van toepassing:

$$\text{werkloosheidsuitkering} \times \frac{\text{inkomensgarantie-uitkering (brutobedrag)}}{\text{referte-uitkering}}$$

* De maatregel van alignering is niet langer van toepassing zodra een periode van zes maanden is verstreken rekening houdend met een periode van moederschapsbescherming (werkverwijdering) en/of arbeidsongeschiktheid die onmiddellijk de moederschapsrust voorafgaat.

- *aanvullende uitkering*:
19,5 % (tijdens de eerste dertig dagen) of 15 % (vanaf de eenendertigste dag) van het gedeerde loon werkloosheid bedoeld in artikel 30 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997
- x inkomensgarantie-uitkering (brutobedrag)
referte-uitkering

 **Opmerking:** de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42, § 1, tweede lid van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 is niet van toepassing tijdens de moederschapsrust (vgl. art. 45, § 1, eerste lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

7.2. Gederfd loon

7.2.1. GERECHTIGDE VERBONDEN DOOR EEN ARBEIDSOVEREENKOMST OF TEWERKGESTELD ONDER GELIJKAARDIGE VOORWAARDEN EN DE GECONTROLEERDE WERKLOZEN

Princiepelijk gelden dezelfde regels als bij het vaststellen van het gederfde loon voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (vgl. art. 45, § 1 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997 dat verwijst naar de artn. 23 tot 44 van deze verordening).

Zo is principieel het bedrag van het gederfde loon dat voor het berekenen van de moederschapsuitkering in aanmerking moet worden genomen bij een gerechtigde verbonden door een arbeidsovereenkomst of die werkt onder gelijkaardige voorwaarden:


- het gederfde loon waarop zij aanspraak kon maken op de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de moederschapsrust is aangevat, op voorwaarde dat de tewerkstelling stabiel is gebleven vanaf de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de moederschapsrust is aangevat tot en met het begin van de moederschapsrust
- het gederfde loon waarop zij aanspraak had kunnen maken op de aanvang van de moederschapsrust in geval van een niet stabiele tewerkstelling vanaf de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin de moederschapsrust is aangevat tot en met de aanvang van de moederschapsrust.

Er moet in herinnering worden gebracht dat als het gaat om een werkneemster die de arbeid heeft onderbroken, of de arbeid niet heeft hervat, om ten vroegste vanaf de vijfde zwangerschapsmaand te rusten (gerechtigde bedoeld in art. 86, § 1, 1°, b) van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) en bij de aanvang van haar rust de in één van de artikelen 23 tot 27 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 gestelde voorwaarden vervult, het gederfde loon echter wordt berekend alsof de moederschapsrust was aangevangen op de eerste dag van de arbeidsonderbreking, volgens het gemiddeld dagloon waarop zij op deze dag aanspraak kon maken (vgl. art. 33, § 1 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Voor de gecontroleerde werklozen moet in het bijzonder worden verwezen naar de regels bedoeld in artikel 30 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997.

7.2.2. ONTHAALMOEDER MET EEN STATUUT SUI GENERIS BINNEN DE SOCIALE ZEKERHEID

Met toepassing van artikel 45, § 3 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 stemt voor een onthaalmoeder aangesloten bij een erkende onthaaldienst het gederfde loon waarop de moederschapsuitkering wegens moederschapsrust wordt berekend, overeen met 1/26^e van het bedrag van het gewaarborgd gemiddeld minimummaandinkomen bedoeld in artikel 3, eerste lid van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 van 2 mei 1988 dat wordt vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal opvangplaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen op het ogenblik dat de maatregel van moederschapsbescherming een aanvang neemt, en waarvan de noemer gelijk is aan het maximale aantal opvangplaatsen die kunnen worden erkend op basis van de voor de bevoegde Gemeenschap geldende reglementering. Er wordt dus rekening gehouden met de *theoretische opvangcapaciteit*.

 **Opmerking:** de regelgeving in Vlaanderen is echter sinds 1 april 2014 gewijzigd (vgl. het decreet van 20.04.2012 houdende de organisatie van kinderopvang van baby's en peuters). Zij hanteert niet langer de notie "erkende capaciteit". Er wordt nu gewerkt met vergunningen waardoor er geen maximum van 4 opvangplaatsen meer is. In het kader van de 'gezinsopvang' kan de onthaalouder maximaal 8 kinderen opvangen.

De reglementering met betrekking tot de berekening van de moederschapsuitkeringen voor onthaalouders is evenwel gebonden aan de RSZ-wetgeving waarin er nog sprake is van “erkende plaatsen” en een “erkeningsbeslissing”. Een onthaalouder met een vergunning voor “8 kinderen” kan voor de sociale zekerheid toch slechts maximaal een “erkende capaciteit” van “4 kinderen” hebben.

7.2.3. VERZEKERDE VERBONDEN DOOR VERSCHILLENDE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN EN VERLENGING VAN DE NABEVALLINGSRUST IN FUNCTIE VAN DE UITOEFENING VAN ÉÉN OF MEERDERE ACTIVITEITEN TIJDENS EEN PERIODE VAN GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING OF EEN PERIODE VAN ACTIVITEIT MET DE TOELATING VAN DE ADVISEREND ARTS

Bij een verlenging van de nabevallingsrust met de periode waarin de werkneemster één of meerdere van haar activiteiten heeft voortgezet tijdens de periode van moederschapsbescherming bedoeld in artikel 219^{ter}, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (‘gedeeltelijke werkverwijdering’) vanaf de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling, kan de betrokkene op grond van artikel 218 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 slechts aanspraak maken op een moederschapsuitkering tijdens deze verlenging van de nabevallingsrust waarin ze één of meerdere van haar andere activiteiten heeft hervat, in functie van de activiteit of activiteiten die recht geven op de verlenging van de nabevallingsrust. De uitkering wordt dan berekend op het gederfde loon dat is bepaald bij de aanvang van de periode van moederschapsrust en dat voortvloeit uit de activiteit of activiteiten die recht geven op de verlenging van de nabevallingsrust (vgl. art. 45, § 5 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Dit principe geldt ook als de nabevallingsrust wordt verlengd met de periode waarin de werkneemster één of meerdere van haar activiteiten heeft hervat tijdens haar arbeidsongeschiktheid onder de voorwaarden bepaald in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vanaf de zesde week of de achtste week in geval van de geboorte van een meerling, tot en met de tweede week voorafgaand aan de bevalling.

7.2.4. DE MOEDERSCHAPSRUST VOLGT ONMIDDELIJK OP EEN TIJDVAK VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Indien evenwel de moederschapsrust onmiddellijk wordt voorafgegaan door een arbeidsongeschiktheid, zonder arbeidshervatting tussen die twee periodes, is het gederfde loon in het raam van de moederschapsverzekering hetzelfde als het gederfde loon dat in aanmerking wordt genomen voor het berekenen van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (vgl. art. 45, § 4 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).



Opmerking: deze bepaling geldt niet als een arbeidsongeschikt erkende onthaalmoeder met een statuut *sui generis* in de sociale zekerheid moederschapsrust opneemt.

Wat daarentegen de in aanmerking te nemen maximumloongrens betreft (art. 212 van het K.B. van 03.07.1996), dient er rekening te worden gehouden met de loongrens die bij de aanvang van de moederschapsrust geldt aangezien deze moederschapsrust een nieuw sociaal risico vormt. In voorkomend geval zal de moederschapsuitkering dus op een hogere loongrens worden berekend dan de loongrens die bij de aanvang van de primaire ongeschiktheid of invaliditeit van toepassing was.

VIII. Geen inhouding van 3,5 % op de moederschapsuitkeringen van de invalide gerechtigde

Indien een invalide gerechtigde moederschapsrust opneemt, dient het ziekenfonds geen inhouding van 3,5 % ten voordele van de sector pensioenen op de moederschapsuitkeringen te verrichten. Dit principe is ook van toepassing indien deze inhouding op de invaliditeitsuitkeringen is gebeurd. Artikel 134, § 1 van de wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen bepaalt immers dat de inhouding van 3,5 % wordt ingesteld op de "invaliditeitsuitkeringen" bedoeld in artikel 114, 6° van dezelfde wet. Artikel 114, 6° van deze wet van 27 december 2006 verwijst naar de "invaliditeitsuitkeringen" toegekend krachtens de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.



Voorbeeld:

Een werknemster is arbeidsongeschikt erkend vanaf 16 februari 2021. Zij kan in maart 2022 aanspraak maken op een invaliditeitsuitkering als gerechtigde met gezinslast die 78,00 EUR bedraagt (= 65 % van 120,0000 EUR als gemiddeld dagloon). Op deze invaliditeitsuitkering gebeurt een inhouding van 3,5 % ten voordele van de sector pensioenen (volledige inhouding vanaf 69,99 EUR) zodat de betrokkene een invaliditeitsuitkering van 75,27 EUR ontvangt.

Tijdens de moederschapsrust vanaf 4 april 2022 heeft deze invalide gerechtigde (verbonden door een arbeidsovereenkomst) recht op een moederschapsuitkering die tijdens de eerste dertig dagen 98,40 EUR is (= 82 % van 120,0000 EUR) en vervolgens 90,00 EUR bedraagt (= 75 % van 120,0000 EUR). Er is echter geen inhouding van 3,5 % ten voordele van de sector pensioenen van toepassing.



Opmerking: op deze moederschapsuitkering wordt wel een bedrijfsvoorheffing van 11,11 % ingehouden (vgl. de regel nr. 2.12, B.5 van de bijlage III van het K.B./WIB 1992).


IX. Data van uitbetaling van de moederschapsuitkering

Op grond van artikel 47 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 wordt de moederschapsuitkering uitbetaald op de data die zijn bepaald voor het uitbetalen van de primaire ongeschiktheidsuitkering. De moederschapsuitkering wordt dus voor de eerste maal uitbetaald binnen dertig dagen na de aanvraag van de moederschapsrust en daarna uiterlijk binnen de eerste vijf dagen van de maand voor de maand ervoor.

Wanneer de moederschapsuitkering echter aan een invalide gerechtigde moet worden betaald, dient ze te worden uitbetaald op de data die in artikel 20, § 2, van deze verordening zijn vastgesteld voor het uitbetalen van de invaliditeitsuitkering. In dat geval wordt de moederschapsuitkering ten vroegste betaald op de derde laatste werkdag van de maand voor de lopende maand en uiterlijk binnen de eerste vijf dagen van de maand voor de maand die voorafgaat.

X. Algemene bepalingen (art. 117 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 219 van het K.B. van 03.07.1996)

Artikel 117 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt het volgende: “In zoverre er niet van wordt afgeweken door de bepalingen van deze titel, zijn de bepalingen van de titels I, II, IV, VI tot X en XII die betrekking hebben op de uitkeringsverzekering, ook van toepassing inzake moederschapsverzekering. Voor de toepassing van de bepalingen inzake financiering, wordt de moederschapsuitkering gelijkgesteld met een primaire ongeschiktheidsuitkering; als die uitkering wordt verleend aan een gerechtigde als bedoeld in artikel 93, wordt ze echter gelijkgesteld met een invaliditeitsuitkering.”

 Zo zijn onder andere in de moederschapsverzekering de bepalingen van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 van toepassing die handelen over de weigering van de uitkeringen tijdens een periode die is gedekt door bijvoorbeeld loon, vakantiegeld, een vergoeding wegens de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst of onderbrekingsuitkeringen wegens een volledige onderbreking van de beroepsloopbaan (art. 103 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), over de koppeling van de uitkeringen aan het indexcijfer (art. 107 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), over het principe van de territorialiteit van de prestaties (art. 136, § 1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), ...

Ook artikel 219 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bevat een algemene bepaling die stelt dat de bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 die betrekking hebben op de uitkeringsverzekering, van toepassing op de moederschapsverzekering worden verklaard, in zoverre hiervan niet wordt afgeweken door de afdelingen I, II, III, IV, *IVbis*, VII en *VIIbis* van hoofdstuk III van titel III van dit koninklijk besluit van 3 juli 1996.

XI. Weigering van de toekenning van de moederschapsuitkeringen wegens een vergoede feestdag

De “periode van zwangerschaps- of bevallingsrust” zoals omschreven in artikel 12, 3^o, c) van het koninklijk besluit van 18 april 1974 tot bepaling van de algemene wijze van uitvoering van de wet van 4 januari 1974 betreffende de feestdagen vormt de eigenlijke moederschapsrust die wordt bedoeld in artikel 39 van de arbeidswet van 16 maart 1971. Concreet betekent dit dat de werkgever de wettelijke feestdagen moet vergoeden die vallen in de periode van dertig dagen die volgt op de schorsing van de arbeidsovereenkomst wegens de moederschapsrust.

Dit principe geldt ook als voorafgaandelijk de moederschapsrust,

- de betrokkene zich al in een tijdvak van werkverwijdering bevond (afzonderlijke schorsingsgronden die bij opeenvolging niet mogen worden samengeteld om het recht op feestdagenloon te bepalen).
De werkgever moest dus voorheen al de wettelijke feestdagen vergoeden die vallen binnen de eerste veertien dagen vanaf de schorsing van de arbeidsovereenkomst wegens werkverwijdering (toepassing van art. 12, 4^o, a) van het voormelde koninklijk besluit van 18 april 1974: “de overige schorsingen der uitvoering van de overeenkomst”).
- de betrokkene zich al in een tijdvak van arbeidsongeschiktheid bevond (afzonderlijke schorsingsgronden die bij opeenvolging niet mogen worden samengeteld om het recht op feestdagenloon te bepalen).
De werkgever moest dus voorheen al de wettelijke feestdagen vergoeden die vallen binnen de eerste dertig dagen vanaf de schorsing van de arbeidsovereenkomst wegens arbeidsongeschiktheid (toepassing van art. 12, 3^o, a) van het voormelde K.B. van 18.04.1974).

Voor de dagen gedekt door het loon wegens de wettelijke feestdag kan de betrokkene geen aanspraak maken op een moederschapsuitkering (toepassing van het anticumulatieverbod bedoeld in art. 103, § 1, 1° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

XII. Schorsende werking van tijdvakken van moederschapsrust op tijdvakken van arbeidsongeschiktheid

Zowel artikel 87, vijfde lid ('primaire arbeidsongeschiktheid') als artikel 93, derde lid ('invaliditeit') van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepalen dat de tijdvakken van moederschapsrust die vallen in de loop van een tijdvak van, al naargelang het geval, primaire ongeschiktheid of invaliditeit, dit tijdvak van primaire ongeschiktheid of invaliditeit schorsen.

Gelet op de schorsende werking van een periode van moederschapsrust op het tijdvak van primaire ongeschiktheid wordt de intrededatum in invaliditeit verschoven met de duur van het tijdvak van moederschapsrust dat een aanvang neemt in een tijdvak van primaire ongeschiktheid, zodat betrokkene over een werkelijke periode van twaalf maanden aanspraak kan maken op primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

Ondanks deze schorsende werking kan de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden verder worden uitbetaald tijdens een tijdvak van moederschapsrust op voorwaarde dat de betrokkene al recht had op deze tegemoetkoming bij de aanvang van de moederschapsrust.

XIII. Omgezet moederschapsverlof: de mogelijkheid om een gedeelte van de moederschapsrust om te zetten in verlof voor een andere gerechtigde

13.1. Recht op het omgezet moederschapsverlof en duur


Artikel 114, zevende lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaalt dat bij overlijden of verblijf in het ziekenhuis van de moeder een gedeelte van het tijdvak van nabevallingsrust, kan worden omgezet in verlof voor de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigde die voldoet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 116/1 tot 116/4 en 131 van deze gecoördineerde wet en deze bepaald in artikel 30, § 2, eerste tot zesde lid, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

In twee situaties kan de vader of de co-ouder (die de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen moet hebben in het kader van de moederschapsverzekering) van het kind omgezet moederschapsverlof opnemen:

- *bij overlijden van de moeder (vgl. art. 221, § 1 van het K.B. van 03.07.1996):*

De vader of co-ouder (meemoeder) van het kind kan omgezet moederschapsverlof opnemen dat niet langer mag duren dan het tijdvak van nabevallingsrust dat de moeder nog niet had opgenomen bij haar overlijden. De dag van het overlijden van de moeder is inbegrepen in de moederschapsrust die door de moeder is opgenomen.

De pasgeborene moet bovendien het ziekenhuis verlaten hebben.

- *bij opname van de moeder in het ziekenhuis (vgl. art. 222, § 1 van het K.B. van 03.07.1996):*
De vader of co-ouder (meemoeder) kan omgezet moederschapsverlof opnemen, ten vroegste vanaf de achtste dag te rekenen vanaf de geboorte van het kind, en dit op voorwaarde dat de opname van de moeder in het ziekenhuis meer dan zeven dagen bedraagt en de pasgeborene het ziekenhuis verlaten heeft. Dit omgezet moederschapsverlof neemt een einde wanneer de moeder naar huis komt. Het verlof kan nooit langer duren dan de periode die overeenstemt met de moederschapsrust die de moeder op het ogenblik van haar opname in het ziekenhuis nog niet heeft opgenomen.
-  **Opmerking:** de moeder behoudt zelf haar recht op moederschapsuitkeringen wegens moederschapsrust tijdens deze duur van opname in het ziekenhuis.

Er geldt een **rangorderegeling** inzake de opname van het omgezet moederschapsverlof. De volgende rangorde is meer bepaald van toepassing:

- 1) *de vader of de meemoeder waarvan de afstamming langs haar zijde vaststaat*

Als de afstamming langs vaderszijde of langs meemoederszijde vaststaat, kan uitsluitend de vader of de meemoeder van het kindje aanspraak maken op omgezet moederschapsverlof.

Bij ontstentenis van een vader of meemoeder waarvan de afstamming langs haar zijde vaststaat, komt het recht op omgezet moederschapsverlof achtereenvolgens toe aan.

- 2) *de werknemer die op het ogenblik van de geboorte gehuwd is met de moeder (deze optie is na de inwerkingtreding van de wet van 05.05.2014 houdende de vaststelling van de afstamming van de meemoeder principieel zonder voorwerp geworden).*
- 3) *de werknemer die wettelijk samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod.*
- 4) *de werknemer die sedert een onafgebroken periode van drie jaar voorafgaand aan de geboorte op permanente en affectieve wijze samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod.*

13.2. Bedrag van de uitkering bij omgezet moederschapsverlof

Er dient een onderscheid te worden gemaakt al naargelang de moeder overleden of gehospitaliseerd is:

- *bij overlijden van de moeder (vgl. art. 221, § 3 van het K.B. van 3.07.1996):*

De uitkering wordt op dezelfde wijze vastgesteld als de moederschapsuitkeringen, maar wel op grond van het gederfde loon van de vader of de co-ouder (meemoeder) als werknemer of gecontroleerd werkloze.

Indien de betrokkene gecontroleerd werkloze is, is het bedrag van de uitkering wegens omgezet moederschapsverlof gelijk aan het bedrag van zijn werkloosheidsuitkering waarop hij aanspraak had kunnen maken als hij zich niet in een tijdvak van omgezet moederschapsverlof bevond ('maatregel van alignering').

Dit houdt dus ook in dat voor de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde het bedrag van de uitkering wegens omgezet moederschapsverlof echter niet lager mag zijn dan het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering waarop hij aanspraak had kunnen maken indien hij zich niet in een tijdvak van omgezet moederschapsverlof had bevonden. Bovendien is de 'maatregel van alignering' in voorkomend geval nog van toepassing.

- *bij hospitalisatie van de moeder (vgl. art. 222, § 3 van het K.B. van 03.07.1996):*

De vader of de co-ouder (meemoeder) kan aanspraak maken op een uitkering die gelijk is aan 60 % van het begrensde, gederfde loon.

Indien de betrokkene gecontroleerd werkloze is, is het bedrag van de uitkering wegens omgezet moederschapsverlof gelijk aan het bedrag van zijn werkloosheidsuitkering waarop hij aanspraak had kunnen maken als hij zich niet in een tijdvak van omgezet moederschapsverlof bevond ('maatregel van alignering').

Voor de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde mag het bedrag van de uitkering echter niet lager zijn dan het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering waarop hij aanspraak had kunnen maken indien hij zich niet in een tijdvak van omgezet moederschapsverlof had bevonden. Bovendien is de 'maatregel van alignering' in voorkomend geval nog van toepassing.



Voorbeeld:

Een gecontroleerd werkloze kan bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid op 1 juli 2021 principieel aanspraak maken op een werkloosheidsuitkering die 45,12 EUR is (cijfercode 49 (= 75,1973 EUR); B12). Gelet op de "maatregel van alignering" bedraagt zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering dus principieel ook 45,12 EUR en vanaf 1 september 2021 46,02 EUR (indexatie van de sociale prestaties).

Na het overlijden van zijn echtgenote (16.12.2021) die op 14 december 2021 is bevallen, kan hij principieel aanspraak maken op een werkloosheidsuitkering die 55,11 EUR bedraagt (minimumuitkering 'samenwonende met gezinslast'). Gelet op de 'maatregel van alignering' bedraagt zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering ook 55,11 EUR.

Vanaf 23 december 2021 neemt hij omgezet moederschapsverlof (9 weken) op:

- *vergoeding vanaf 23 december 2021 tot en met 31 december 2021*: een basisuitkering van **55,11 EUR** (toepassing van de 'maatregel van alignering') en een aanvullende uitkering van **11,51 EUR** (= 15 % van 75,1973 EUR; zijn echtgenote heeft al 30 dagen moederschapsrust opgenomen)
- *vergoeding vanaf 1 januari 2022 tot en met 23 februari 2022 (einde van de 'maatregel van alignering')*: in principe een basisuitkering van 46,9412 EUR (= 60 % van 75,1973 EUR + 2 indexaties) en een aanvullende uitkering van 11,7353 EUR (= 15 % van 75,1973 EUR + 2 indexaties); dus in totaal 58,6765 EUR.
Betrokkene heeft echter de hoedanigheid van 'regelmatig werknemer' en kan als gerechtigde met gezinslast dus aanspraak maken op een minimumuitkering van 66,20 EUR. Rekening houdend met de garantiemaatregel bedoeld in artikel 113, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedraagt zijn uitkering wegens omgezet moederschapsverlof dus **66,20 EUR**.

Opdat de vader of de co-ouder (meemoeder) van het kind een vergoeding voor het omgezet moederschapsverlof ten laste van de moederschapsverzekering voor werknemers kan ontvangen, is het principieel vereist dat de beide ouders beschouwd konden worden als gerechtigden bedoeld in artikel 86, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Indien de moeder een vastbenoemde ambtenaar is (geen hoedanigheid van gerechtigde in de zin van art. 86, § 1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), kan de betrokkene toch op een vergoeding voor het omgezet moederschapsverlof aanspraak maken als de volgende voorwaarden cumulatief zijn vervuld⁶:

- de statutaire regeling die van toepassing is op de moeder, kent een dergelijk omgezet moederschapsverlof toe aan de vastbenoemde ambtenaar
- de vader (de co-ouder) heeft de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering en de andere reglementaire voorwaarden moeten zijn voldaan (zoals bedoeld in art. 114 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 221 en art. 222 van het K.B. van 03.07.1996 (de pasgeborene moet bijvoorbeeld het ziekenhuis hebben verlaten)).

6. Vgl. de beslissing van de Technische Ziekenfondsraad tijdens zijn vergadering van 05.07.2000.

• 13.3. Te vervullen formaliteiten

• *bij overlijden van de moeder:*

De gerechtigde moet een aanvraag indienen bij het ziekenfonds waarbij hij is aangesloten. Bij deze aanvraag moet een verklaring van de verplegingsinstelling, die vermeldt dat de pasgeborene het ziekenhuis verlaten heeft, gevoegd worden (vgl. art. 221, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

Als de afstamming niet vaststaat, dient de betrokkene bovendien *een verklaring op erewoord* aan het ziekenfonds te bezorgen waarbij wordt bevestigd dat hij de voorwaarden vervult om aanspraak te maken op dit verlof krachtens de voorrangsorte bepaald in artikel 30, § 2, derde lid, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en, als hij zich bevindt in de situatie bedoeld in artikel 30, § 2, derde lid, 2^o of 3^o, van dezelfde wet (= hetzij wettelijke samenwoning met de moeder, hetzij sedert een onafgebroken periode van drie jaar voorafgaand aan de geboorte op permanente en affectieve wijze samenwonen met de moeder), dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend (art. 52^{ter}, tweede lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

• *bij hospitalisatie van de moeder:*

De gerechtigde moet een aanvraag indienen bij het ziekenfonds waarbij hij is aangesloten. Bij deze aanvraag moet een verklaring van de verplegingsinstelling gevoegd worden die de datum vermeldt waarop de opname van de moeder in het ziekenhuis is aangevangen, en die bevestigt dat de opname van de moeder in het ziekenhuis meer dan zeven dagen bedraagt en dat de pasgeborene het ziekenhuis verlaten heeft (vgl. art. 222, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

Als de afstamming niet vaststaat, dient de betrokkene bovendien *een verklaring op erewoord* aan het ziekenfonds te bezorgen waarbij wordt bevestigd dat hij de voorwaarden vervult om aanspraak te maken op dit verlof krachtens de voorrangsorte bepaald in artikel 30, § 2, derde lid, van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en, als hij zich bevindt in de situatie bedoeld in artikel 30, § 2, derde lid, 2^o of 3^o, van dezelfde wet (= hetzij wettelijke samenwoning met de moeder, hetzij sedert een onafgebroken periode van drie jaar voorafgaand aan de geboorte op permanente en affectieve wijze samenwonen met de moeder), dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend (art. 52^{ter}, tweede lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Bij het einde van het omgezet moederschapsverlof moet de gerechtigde aan zijn ziekenfonds een bewijsstuk van de verplegingsinstelling bezorgen waarin de datum wordt vermeld waarop de hospitalisatie van de moeder een einde heeft genomen (art. 52^{ter}, vierde lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Na afloop van elk omgezet moederschapsverlof moet bovendien steeds een aangifte van werkherleving of bewijs van gecontroleerde werkloosheid aan het ziekenfonds worden bezorgd (art. 52^{ter}, derde lid van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

13.4. Bevoegd ziekenfonds om de uitkering wegens omgezet moederschapsverlof te betalen (art. 223 van het K.B. van 03.07.1996)

Het ziekenfonds belast met de uitbetaling van de uitkering wegens omgezet moederschapsverlof is het ziekenfonds waarbij de gerechtigde is aangesloten die het omgezet moederschapsverlof opneemt. In voorkomend geval vraagt deze instelling bij het ziekenfonds van aansluiting van de moeder alle gegevens op die moeten toelaten het overblijvende gedeelte van het tijdvak van nabevalingsrust te bepalen, te rekenen vanaf het overlijden of de opname van de moeder in het ziekenhuis.

13.5. Cumulatie van het omgezet moederschapsverlof met het vaderschaps- of geboorteverlof

Artikel 30, § 2, vijfde lid van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten bepaalt dat het recht op moederschapsverlof zoals bedoeld in artikel 39 van de arbeidswet van 16 maart 1971, in voorkomend geval, voor eenzelfde ouder het recht op vaderschaps- of geboorteverlof uitsluit.

De werknemer die, in toepassing van artikel 39, zesde lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 het omgezet moederschapsverlof opneemt, kan dus niet langer aanspraak maken op het vaderschaps- of geboorteverlof.

Indien de betrokkene echter al voorheen dagen van vaderschaps- of geboorteverlof zou hebben opgenomen, blijven deze opgenomen dagen van vaderschaps- of geboorteverlof behouden.

XIV. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 april 2022.

XV. Opheffing

De omzendbrief V.I. nr. 2020/204⁷ - 47/9 van 16 juli 2020 wordt opgeheven.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/116 – 47/10 van 30 maart 2022.

IV. Het verrichten van een activiteit in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 - Gevolgen voor de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen

Herroept omzendbrief V.I. nr. 2021/230¹ - 249/40 en 484/12 van 19 augustus 2021.

De tijdelijke regeling voor verenigingswerk, zoals die sinds 1 januari 2021 is georganiseerd, is op 31 december 2021 geëindigd. Sinds 1 januari 2022 is deze regeling immers vervangen door een specifiek stelsel dat sommige werkgevers en werknemers in de sport- en socioculturele sector vrijstelt van de betaling van de socialezekerheidsbijdragen (art. 17 van het “RSZ-besluit” van 28.11.1969). Dit stelsel werd uitgebreid om het mogelijk te maken werknemers aan te werven om activiteiten uit te voeren die vroeger onder het verenigingswerk vielen.

Deze omzendbrief heeft tot doel om het reglementaire kader dat dergelijke activiteiten in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 regelt, evenals de eventuele mogelijkheden voor een werknemer en een zelfstandige om een dergelijke activiteit tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid te verrichten, toe te lichten.

1. Algemene bepalingen

1.1. Toepassingsgebied van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969

1° Het rijk, de gemeenschappen, de gewesten, de bij de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid aangesloten provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, en de personen die zij tewerkstellen in een betrekking die arbeidsprestaties meebrengt, verricht, :

- als verantwoordelijk leider, beheerder, huismeester, monitor of adjunctmonitor in de cyclussen voor vakantiesport tijdens de schoolvakanties, de vrije dagen of de gedeelten in het onderwijs;
- als animator van socio-culturele en sportactiviteiten tijdens de vrije dagen of daggedeelten in het onderwijs;
- bij wijze van inleiding, aanschouwelijke voordracht of lezing, die plaats hebben na 16 u. 30 of tijdens de vrije dagen of daggedeelten in het onderwijs.

2° De VRT, de RTBF en de BRF alsmede de personen die, in hun organiek personeelskader opgenomen, daarenboven in hoedanigheid van artiest tewerkgesteld worden (*voor hen blijft het contingent van 25/jaar gelden – cf. infra*);

3° Het Rijk, de Gemeenschappen, de Gewesten, de provinciale en plaatselijke besturen, evenals de werkgevers georganiseerd als vereniging zonder winstoogmerk of vennootschap met een sociaal oogmerk waarvan de statuten bepalen dat de vennoten geen vermogensvoordeel nastreven, die vakantiekolonies, speelpleinen en sportkampen inrichten en de personen die zij als beheerder, huismeester, monitor of bewaker, alléén tijdens de schoolvakanties tewerkstellen;

4° De door de bevoegde overheden erkende organisaties of organisaties die aangesloten zijn bij een erkende koepelorganisatie en die tot taak hebben socio-culturele vorming en/of sportinitiatie en/of sportactiviteiten te verstrekken, en de personen die buiten hun werk- of schooluren of tijdens de schoolvakanties door deze organisaties worden tewerkgesteld als animator, leider, monitor, coördinator, sporttrainer, sportlesgever, sportcoach, jeugdsportcoördinator, terreinverzorgers-materiaalmeester, lesgevers, coaches, procesbegeleiders buiten hun werk- of schooluren of tijdens schoolvakanties, evenals de organisaties van de door de bevoegde overheden erkende amateurkunsten- sector of organisaties die aangesloten zijn bij een erkende koepelorganisatie, die personen tewerkstellen als artistieke of (kunst)technische begeleiders en lesgevers, coaches en procesbegeleiders en waarvan de prestaties geen artistieke prestaties zijn die al worden gedekt of in aanmerking komen voor de forfaitaire onkostenvergoeding;

5° De inrichtende machten van scholen, gesubsidieerd door een gemeenschap, en de personen die zij tewerkstellen als animator van socio-culturele en sportactiviteiten tijdens de vrije dagen of daggedeelten in het onderwijs;

6° De inrichters van sportmanifestaties en de personen die zij uitsluitend op de dag van deze manifestaties tewerkstellen, uitgezonderd betaalde sportbeoefenaars;

7° De organisatoren van socioculturele manifestaties en de personen die ze tewerkstellen voor maximaal 32 uren, te spreiden volgens de behoeften op de dag van het evenement en 3 dagen voor of na het evenement, met uitsluiting van artistieke prestaties die al worden gedekt of in aanmerking komen voor de forfaitaire onkostenvergoeding.

1.2. Aantal uren

De regeling inzake de activiteiten in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 die van toepassing was tot en met 31 december 2021, voorzag in een pakket van 25 dagen per jaar waarin er een vrijstelling van sociale bijdragen gold.

Vanaf 2022 wordt dat contingent voor de meeste betrokken activiteiten echter *in uren* geteld.

Algemene regel: 300 uren/jaar, met een plafond van 100 uren per kwartaal, behalve voor het 3^{de} kwartaal: een plafond van 190 uren.

Uitzondering 1: 450 uren/jaar voor de **sportsector**, met een plafond van 150 uren per kwartaal, behalve voor het 3^{de} kwartaal: een plafond van 285 uren.

Het is mogelijk om activiteiten die onder elk van de twee contingenten vallen te combineren. In dat geval is het plafond voor alle activiteiten samen beperkt tot 450 uren/jaar.

Het plafond is beperkt tot 190 uren/jaar voor **studenten** (tewerkstelling via een arbeidsovereenkomst in de zin van titel VII van de wet van 3.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten). Concreet betekent dit dat een student die werkt in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 en die in hetzelfde kalenderjaar als student werkt (cf. de regeling omschreven in artikel 17bis van het “RSZ-besluit” van 28.11.1969), maximaal 190 uren in het kader van het voormelde artikel 17 (ongeacht de ‘activiteit’) kan cumuleren met 475 uren als student waarbij de kwartaalplafonds nog steeds van toepassing zijn. Indien hij het quotum van 190 uren overschrijdt, worden de uren afgetrokken van zijn studentenquotum (475 uren).

Uitzondering 2: het contingent van 25 dagen blijft alleen gelden voor mensen die voor de VRT, de RTBF of de BRF werken (cf. *supra* – punt 1.1.).

1.3. Verbod op prestaties in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969

Het leveren van prestaties in de context van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969, is **niet toegestaan**:

- indien de werkgever en de betrokken werknemer door een arbeidsovereenkomst, een statutaire aanstelling of een aannemingsovereenkomst waren verbonden gedurende de periode van een jaar voorafgaand aan het begin van de prestaties
- indien de werknemer werd tewerkgesteld door de werkgever in het kader van een overeenkomst gesloten in toepassing van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers

Het voormelde verbod is evenwel niet van toepassing:

- indien tijdens dezelfde periode tussen de werkgever en de betrokken werknemer een arbeidsovereenkomst in de zin van titel VII van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten gold (meer bepaald een overeenkomst voor tewerkstelling van studenten) of wanneer de arbeidsovereenkomst een einde heeft genomen als gevolg van een pensionering
- op personen die de activiteiten verrichtten bedoeld in artikel 3, 7^o en 8^o, van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk en die een aannemingsovereenkomst hebben gesloten tussen 1 januari 2021 en 31 december 2021. Deze bepaling is van toepassing tot en met 31 december 2022. Het gaat meer precies om de volgende activiteiten:
 - artistieke of kunsttechnische begeleider in de amateurkunstensector, de artistieke en de cultuur-educatieve sector
 - verstrekker van opleidingen, lezingen, presentaties en voorstellingen over culturele, artistieke en maatschappelijke thema's in de socioculturele, cultuur, kunsteducatieve en kunstensector.
- op personen die in het organiek personeelskader van de VRT, de RTBF en de BRF zijn opgenomen en daarenboven in hoedanigheid van artiest tewerkgesteld worden.

1.4. Bezoldiging toegekend in het kader van de uitoefening van een activiteit in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 – Sociale bijdragen en fiscaliteit

De prestaties die onder deze regeling van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 worden verricht, zijn vrijgesteld van socialezekerheidsbijdragen.

Er is wel een inkomstenbelasting van 10 % van toepassing die de werknemer moet betalen op het moment van de fiscale afrekening, na afloop van het jaar.

1.5. Toepassing van het arbeidsrecht

Om een activiteit in het kader van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 te kunnen verrichten, moet een **arbeidsovereenkomst** worden afgesloten.

Als uitgangspunt geldt dat de persoon die prestaties verricht in het kader van artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 niet wordt uitgesloten van de arbeidswetgeving.

Het arbeidsrecht is echter niet integraal van toepassing. De volgende uitzonderingen gelden in geval van een activiteit verricht in het kader van het artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969:

- het recht op gewaarborgd loon in geval van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte ander dan een beroepsziekte of wegens ongeval ander dan een arbeidsongeval of een ongeval op de weg naar of van het werk is niet van toepassing
Deze afwijking op het recht op gewaarborgd loon voor de betrokken werknemer kan echter worden geneutraliseerd door een door de Koning algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst
- uit het marginaal karakter van deze tewerkstelling vloeit voort dat het niet wenselijk is het opleidingsrecht *pro rata* toe te kennen aan deze werknemers. Daarnaast vindt deze tewerkstelling vaak 's avonds en tijdens het weekend plaats
Daarom worden zij in het algemeen uitgesloten van collectieve arbeidsovereenkomsten inzake enerzijds het recht op opleiding (cf. de wet van 5.03.2017 betreffende werkbaar en wendbaar werk) en anderzijds inzake loontoeslagen met betrekking tot avond-, nacht- en zondagsarbeid. Deze werknemers worden ook uitgesloten van het recht op opleiding indien er, qua opleidingsregeling in de betrokken sector, geen collectieve arbeidsovereenkomsten werden afgesloten en deze personen dus beroep zouden kunnen doen op de bepalingen in de wet van 5 maart 2017 betreffende werkbaar en wendbaar werk inzake de opleidingsrekening en de regeling inzake het recht op opleiding
- gelet op het marginaal karakter van de tewerkstelling is het koninklijk besluit nr. 5 van 23 oktober 1978 betreffende het bijhouden van sociale documenten niet van toepassing. Op deze manier worden de administratieve lasten in het kader van de toepassing van artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 tot een minimum herleid
- de opzeggingstermijn in geval van opzegging door de werkgever of de werknemer wordt in de overeenkomst *voor onbepaalde duur* bepaald en er wordt geopteerd voor een relatief korte opzeggingstermijn:
 - * minstens 14 dagen als de werknemer minder dan zes maanden anciënniteit telt;
 - * minstens een maand als de werknemer minstens zes maanden anciënniteit telt.

Van deze opzeggingstermijn kan worden afgeweken door een door de Koning algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst.

De opzeggingstermijn in geval van opzegging door de werkgever of de werknemer wordt in de overeenkomst *voor een bepaalde duur* bepaald en er wordt geopteerd voor een relatief korte opzeggingsduur:

* minstens 14 dagen als de overeenkomst is gesloten voor een duur van minder dan zes maanden;

* minstens een maand als de overeenkomst is gesloten voor een duur van minstens zes maanden.

Van deze opzeggingstermijn kan worden afgeweken door een door de Koning algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst.

1.6. Elektronische aangifte

Aangezien de prestaties zijn vrijgesteld van bijdragen, hoeft er geen DmfA te worden verricht.

De prestaties moeten worden aangegeven via een **Dimona**. Vóór elke tewerkstelling in de socioculturele sector of sportsector is het immers noodzakelijk om een Dimona uit te voeren. Deze gebeurt in uren, behalve voor de werknemers bij de VRT, de RTBF en de BRF voor de personen die in hun organiek kader zijn opgenomen, en daarenboven als artiest worden tewerkgesteld.

- **Dimona 'S17' – sport**

Het gaat om een Dimona-aangifte in uren, voor activiteiten die met sport te maken hebben.

- **Dimona 'O17' - overige sectoren**

Het betreft eveneens een Dimona-aangifte in uren, voor alle activiteiten andere dan in de sport of voor de televisie.

- **Dimona 'T17' - televisie**

Zoals in het verleden gaat het hier nog steeds om een Dimona-aangifte in dagen (met een maximum van 25 dagen). Wanneer een werknemer ook bij andere werkgevers actief zou zijn in de socioculturele sector of de sportsector, worden deze dagen geconverteerd naar uren waarbij 1 dag overeenkomt met 8 uur, ongeacht de duur van de prestatie gedurende deze dag.

1.7. Gevolgen van de niet-naleving van de toepassingsvoorwaarden

Indien één van de in punt 1.2. vermelde maxima wordt overschreden, vallen alle gewerkte arbeidsuren bij de werkgever bij wie de overschrijding zich voordoet, onder de toepassing van de “RSZ-wet” van 27 juni 1969, voor alle vergoedingen die dezelfde werkgever gedurende het kalenderjaar aan de werknemer heeft betaald.

2. Gevolgen voor de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen

2.1. Uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 – Formaliteiten

2.1.1. TOEPASSING VAN HET STELSEL VAN DE TOEGELATEN ACTIVITEIT

Voor de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid moet **steeds de toelating aan de adviserend arts worden gevraagd** en dit ongeacht het gaat om de voortzetting van een dergelijke activiteit op grond van een arbeidsovereenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, dan wel om de uitvoering van deze activiteit op basis van een nieuwe arbeidsovereenkomst.

Dit betekent dus dat:

- *in het stelsel van de werknemers:*
 - de gerechtigde een vermindering van het vermogen op medisch vlak van ten minste 50% dient te behouden (vgl. art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)
 - de betrokken tewerkstelling verenigbaar moet zijn met de aandoening van de sociaal verzekerde (vgl. art. 230, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).
- *in het stelsel van de zelfstandigen:*
 - de gerechtigde arbeidsongeschikt erkend moet blijven als bedoeld in artikel 19 of 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (vgl. art. 23bis van het K.B. van 20.07.1971)
 - de activiteit die wordt hervat, verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde (vgl. voormeld art. 23bis).



Bijzondere situatie: uitoefening van een activiteit in het kader van artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid

Vermits de toelating om het werk te *hervatten* overeenkomstig artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (stelsel van de werknemers) of artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (stelsel van de zelfstandigen) slechts ten vroegste vanaf de tweede dag van de periode van arbeidsongeschiktheid kan worden verstrekt, wordt uitdrukkelijk in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (stelsel van de werknemers) en in artikel 19 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (stelsel van de zelfstandigen) voorzien dat een activiteit in het kader van het artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 verricht op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, **niet** wordt beschouwd als een werkzaamheid / beroepsbezigheid, voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd (cf. de principiële voorwaarde van de stopzetting van elke werkzaamheid / beroepsbezigheid om arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend in de uitkeringsverzekering voor werknemers / voor zelfstandigen).

=> De loutere voortzetting van de activiteit in het kader van dit artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid verhindert dus de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid niet.

De bezoldiging die voor deze tewerkstelling wordt ontvangen, is cumuleerbaar met de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zij wordt immers niet als loon beschouwd (cf. art. 228, § 3 van het K.B. van 03.07.1996).


2.1.2. AANGIFTEFORMALITEITEN EN GEVOLGEN IN GEVAL VAN EEN NEGATIEVE BESLIS- SING VAN DE ADVISEREND ARTS

a) Stelsel van de werknemers


De arbeidsongeschikte werknemer moet principieel uiterlijk de eerste werkdag voorafgaandelijk de werkhervatting deze werkhervatting medelen aan de verzekeringsinstelling en de toelating aan de adviserend arts vragen.

Indien de gerechtigde de “hervatting” van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 die hij tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, *binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid*, bij zijn verzekeringsinstelling aangeeft en een aanvraag tot toelating indient om die activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen, worden de voormelde formaliteiten echter geacht te zijn verricht op de eerste werkdag die de werkhervatting voorafgaat.


De adviserend arts beschikt dan over een termijn van dertig werkdagen te rekenen vanaf de aangifte en de aanvraag tot toelating om zijn beslissing te nemen.

 **Opmerking:** indien de betrokkene de voormelde formaliteiten verricht buiten de termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, zijn de “gebruikelijke” regels van toepassing zoals omschreven in artikel 230, § 2*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

- bij niet-naleving door de gerechtigde van de termijn en voorwaarden van de aangifte (en de aanvraag tot toelating) van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid, is een bijzondere sanctie van toepassing wanneer de aangifte laattijdig, maar *binnen een termijn van 14 dagen vanaf de hervatting* is ingediend (meer bepaald een vermindering van 10% van het dagbedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering).

 **Bijvoorbeeld:** een verzekerde is arbeidsongeschikt vanaf 1 april 2022 en geeft deze arbeidsongeschiktheid aan op 12 april 2022. Vóór deze periode van arbeidsongeschiktheid is hij reeds als sportcoach werkzaam (vgl. art. 17, § 1, eerste lid, 4^o van het “RSZ-besluit” van 28.11.1969). Hij hervat deze activiteit vanaf 10 mei 2022. Hij doet aangifte van deze werkhervatting en vraagt de toelating op 13 mei 2022. Vermits deze aangifte en vraag tot toelating zijn gebeurd meer dan één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, gelden de gebruikelijke regels. Aangezien de aangifte binnen een termijn van 14 dagen vanaf de hervatting is ingediend, dienen de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen voor de periode vanaf 10 mei 2022 tot en met 13 mei 2022 met 10% te worden vermindert.

- indien de gerechtigde zijn werkhervatting na *meer dan 14 dagen vanaf de hervatting aangeeft*, zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 van toepassing tot de datum waarop de beslissing van de adviserend arts uitwerking heeft (niet-toegelaten activiteit).

 **Bijvoorbeeld:** een verzekerde is arbeidsongeschikt vanaf 1 april 2022 en geeft deze arbeidsongeschiktheid aan op 12 april 2022. Vóór deze periode van arbeidsongeschiktheid is hij reeds als sportcoach werkzaam (vgl. art. 17, § 1, eerste lid, 4^o van het “RSZ-besluit” van 28.11.1969). Hij hervat deze activiteit vanaf 4 april 2022. Hij doet aangifte van deze werkhervatting en vraagt de toelating op 13 mei 2022. Vermits deze aangifte en vraag tot toelating zijn gebeurd meer dan één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, gelden de gebruikelijke regels. Aangezien de aangifte meer dan 14 dagen te rekenen vanaf de hervatting is ingediend, zijn de bepalingen van artikel 101 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 van toepassing.

De gerechtigde die de werkhervatting heeft meegedeeld en de aanvraag tot toelating heeft verricht binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid en aan wie

- een beslissing tot weigering van de toekenning van de toelating om een activiteit te hervatten ter kennis wordt gebracht wegens de niet verenigbaarheid van deze activiteit in het kader van het voormelde artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 met zijn aandoening

of

- een beslissing ter kennis wordt gebracht die een einde aan de staat van arbeidsongeschiktheid stelt omdat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, geen vermindering van minstens 50 % van zijn vermogen behoudt, geniet tijdens de periode die de ingangsdatum van deze beslissingen voorafgaat, uitkeringen die zijn berekend overeenkomstig artikel 230, § 1^{ter} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:


=> *de facto* is er evenwel geen impact op de uitkeringen, vermits de inkomsten die voortvloeien uit een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 niet als een beroepsinkomen worden beschouwd voor de toepassing van de cumulatierегeling bedoeld in artikel 230, § 1^{ter} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (*cf. infra*).

b) *Stelsel van de zelfstandigen*

De arbeidsongeschikte zelfstandige moet principieel voorafgaandelijk de werkhervatting een aanvraag tot toelating indienen bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling *én* vóór de betrokken werkhervatting over deze toelating beschikken.

De gerechtigde die, tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, echter een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, beschikt in voorkomend geval over *een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid om een aanvraag tot toelating in te dienen*.

De adviserend arts beschikt dan over een termijn van dertig werkdagen te rekenen vanaf de aanvraag tot toelating om zijn beslissing te nemen.

 **Opmerking:** indien de betrokkene de voormelde formaliteiten verricht buiten de termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, zijn de bepalingen van artikel 23^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 van toepassing (niet-toegelaten activiteit)

De gerechtigde die de werkhervatting heeft meegedeeld en de aanvraag tot toelating heeft verricht binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid en aan wie

- een beslissing tot weigering van de toekenning van de toelating om een activiteit te hervatten ter kennis wordt gebracht wegens de niet verenigbaarheid van deze activiteit in het kader van het voormelde artikel 17 van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 met zijn algemene gezondheidstoestand

of

- een beslissing ter kennis wordt gebracht die een einde aan de staat van arbeidsongeschiktheid stelt omdat hij niet beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 19 (of 20) van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, geniet tijdens de periode die de ingangsdatum van deze beslissing voorafgaat, uitkeringen die zijn berekend overeenkomstig artikel 28^{bis} het koninklijk besluit van 20 juli 1971:

=> *de facto* is er geen impact op de uitkeringen, vermits een dergelijke activiteit wordt beschouwd als een onbezoldigde activiteit van niet professionele aard voor de toepassing van de cumulatierегeling bedoeld in artikel 28^{bis} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (*cf. infra*).

2.2. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met een vergoeding die voortvloeit uit het verrichten van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969

A) STELSEL VAN DE WERKNEMERS

In het kader van de cumulatieregeling die van toepassing is wanneer een toegelaten activiteit wordt verricht die geen aanleiding geeft tot een onderwerping aan de “RSZ-wet” van 27 juni 1969 (*cf.* art. 230, § 1^{ter} van het K.B. van 03.07.1996), wordt geen rekening gehouden met de inkomsten die voortvloeien uit een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969.

Dit betekent dus concreet dat de graduele cumulatieregeling bedoeld in artikel 230, § 1^{ter} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 niet van toepassing is.

B) STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN

In het kader van de cumulatieregeling die van toepassing is wanneer een toegelaten activiteit wordt verricht (*cf.* art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971), wordt geen rekening gehouden met de inkomsten die voortvloeien uit een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969.

Een dergelijke activiteit wordt beschouwd als een onbezoldigde activiteit van niet professionele aard.

Dit betekent dus concreet dat de graduele cumulatieregeling bedoeld in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 niet van toepassing is.

3. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/223 – 249/41 en 484/13 van 10 juni 2022.

V. Doorsturen van de ledentallen

1. Inleiding

1.1. De aandacht van de verzekeringsinstellingen (V.I.) wordt er op gevestigd dat vanaf 1 juli 2022 nog enkel de nieuwe ledentallen bestanden zullen worden gebruikt.

Dit houdt in dat de ledentallen vanaf het tweede semester 2022 volgens de hierna opgesomde modaliteiten en overeenkomstig de *in bijlage¹ gaande recordtekening* aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) moeten worden overgemaakt.

1.2. De ledentallen worden ***tweemaal per jaar*** opgemaakt, te weten op 30 juni en 31 december, en moeten uiterlijk de laatste dag van de tweede maand die op voornoemde data volgen aan het RIZIV via FTP (File transfert protocol) worden overgemaakt. ***Deze ledenbestanden moeten een situatie weergeven zoals gekend op de laatste dag van het betrokken semester.***

1.3. In het bestand moeten zowel de gerechtigden als de personen ten laste worden opgenomen. Dit gebeurt, zoals blijkt uit de recordtekening, onder een uniek, door de V.I. toegekend nummer, waarbij het Identificatienummer van de sociale zekerheid anoniem wordt gemaakt. Nochtans kan het Identificatienummer van de sociale zekerheid door de Dienst voor administratieve controle (DAC), en dit voor controledoelinden, worden gevraagd.

Wanneer de DAC wenst over te gaan tot systematische en doelgerichte controles zal de V.I. een bestand toegestuurd worden waarbij zal gevraagd worden aan de erop vermelde records de identiteit van de rechthebbenden (INSZ-nr, naam en voornaam) toe te voegen. De antwoordtermijn wordt vastgesteld op 14 dagen na datum van toezending.

De overgezonden gegevens worden door de V.I. gearchiveerd en bijgehouden tot het einde van een periode van 5 maanden volgend op het semester waarvan de ledentallen gegevens werden opgemaakt.

1.4. Bij ontvangst van de bestanden zullen deze aan een aantal controles onderworpen worden, zoals beschreven in bijgaande recordtekening.

1.5. De verwerpingen worden door het RIZIV teruggestuurd naar de V.I. De gegevens die moeten worden verbeterd worden aangeduid. Dit gebeurt onder de vorm van een sequentieel tekstbestand. De betekenis van de foutcodes gaan in bijlage² bij deze omzendbrief.

1.6. De V.I. zijn ertoe gehouden om na het toezenden van een verwerpingsbestand door het RIZIV het volledige bestand met de verbeterde records ***binnen de twee weken*** (na ontvangst) terug te sturen naar het RIZIV. ***Bij het opmaken van het verbeterd bestand moeten de V.I. zich steeds baseren op de toestand zoals gekend op de laatste dag van het betrokken semester, bedoeld in punt 1.2 van deze omzendbrief.***

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Hier niet gepubliceerd.

De DAC van het RIZIV laat in principe maar één verbeterd bestand toe; behalve wanneer de verzekeringsinstelling kan aantonen dat een 2^{de} verbeterde zending gerechtvaardigd is. In dergelijke situatie wordt van de verzekeringsinstelling verwacht dat zij het voorafgaandelijke akkoord van de DAC vragen. Er dient wel de aandacht op te worden gevestigd dat de niet verbeterde records niet in aanmerking worden genomen bij het opmaken van de statistieken. Bovendien zal dit zijn weerslag hebben voor de berekening van het variabel deel van de administratiekosten.

1.7. Verbeteringen welke nog na het verstrijken van de voornoemde periode zouden worden ingediend en welke niet behoorlijk schriftelijk werden aangetoond zullen niet meer aanvaard worden, behalve indien zich ernstige technische problemen zouden voordoen. In die omstandigheden kan de Leidend ambtenaar van de DAC een verlenging van de periode toestaan.

2. Hierna gaan ten behoeve van de verzekeringsinstellingen enkele praktische richtlijnen

2.1. Lijst geldige combinaties

Er is een lijst opgesteld met geldige combinaties. Deze lijst is niet limitatief en zal, indien hier nood aan is, aangepast worden. De lijst gaat in bijlage bij deze omzendbrief.

Wanneer een nieuwe CG1/CG2 code gebruikt wordt, wordt deze ter goedkeuring voorgelegd aan de werkgroep “Verzekerbaarheid” en bij goedkeuring zal deze combinatie aan de lijst toegevoegd worden. Een geldige combinatie bestaat uit de volgende velden code CG1, CG2, sociale stand, inkomen en eigen recht.

Wanneer de V.I. in de toekomst nieuwe codes gerechtigden 1 en 2 zullen gebruiken, worden zij gevraagd de DAC hiervan zo snel mogelijk op de hoogte te stellen, inclusief de code “sociale stand” die met de nieuwe code zal gebruikt worden, zodat deze code kan besproken worden in de werkgroep “Verzekerbaarheid” voor het einde van het semester. Hierdoor kan het RIZIV korter op de bal spelen en worden er minder records ten onrechte verworpen.

Aanpassingen van de lijst “Geldige combinaties” zullen aan de V.I. worden meegedeeld via een geüpdatete versie welke zal gepubliceerd worden op de website van het RIZIV



www.riziv.fgov.be (rubriek omzendingen naar de verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle – ledentallen).

2.2. Lijst geldige NIS Codes

De lijst met NIS codes wordt gebruikt zoals bepaald door het Rijksregister. Deze codes duiden de woonplaats van de betrokkene aan.

Bij verschillen tussen de NIS codes van de verzekeringsinstelling (V.I.) en van het Rijksregister, wordt voorgesteld te controleren of werkelijk de NIS code van de woonplaats geselecteerd is in het Rijksregister. Alle records met een ongeldige NIS code zullen niet aanvaard worden, alsook records met NIS code 99990 (overleden). Aanpassingen van de lijst van NIS codes zullen de V.I. worden meegedeeld. Het referentiebestand met de gemeentecodes NIS (woonplaats in België) en de landcodes (woonplaats in het buitenland), door het RIZIV gebruikt bij de controle, gaat in bijlage van deze omzendbrief.

Op 1 januari 2019 fuseerden een aantal gemeenten. Hierdoor zijn er nieuwe NIS-codes die geldig zijn vanaf 1 januari 2019. De dienst kreeg de vraag welke NIS-codes de V.I. moeten gebruiken bij de opmaak van de ledentallengegevens S2 2018: de oude codes of de nieuwe?

Opdat de V.I. de deadline voor de uitwisseling van het bestand 2018S2 konden respecteren, werd het aanvaard dat er NIS-codes worden meegedeeld zowel uit de lijst met codes tot 1 januari 2019 als de lijst vanaf 1 januari 2019.

Vanaf het 2019S1 ledentallenbestand worden alleen de nieuwe codes aanvaard. Indien er in het bestand 2019S1 nog oude NIS-codes worden meegedeeld zal dit leiden tot relatief veel anomalieën en een aanvraag vanuit het RIZIV voor een nieuw, gecorrigeerd bestand.

De nieuwe NIS-codes bevinden zich in bijlage 2³.

2.3. Grensarbeiders

Op de ledenbestanden kunnen enkel de rechthebbenden worden opgenomen voor wie de Belgische geneeskundige verzorgingsverzekering de uitgaven voor geneeskundige verzorging ten laste neemt.

Dit houdt in dat de in België tewerkgestelde grensarbeiders die in het buitenland wonen, opgenomen moeten worden op de ledenbestanden. Zij zijn onderworpen aan de Belgische sociale zekerheid en kunnen dus genieten van de Belgische geneeskundige verzorgingsverzekering.

De geneeskundige verstrekkingen die zij ontvangen in het land van verblijf worden uiteraard aan de betrokkenen terugbetaald door het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme. De kostprijs van de terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen wordt vervolgens door het Belgische ziekenfonds terugbetaald aan het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme, wat betekent dat de geneeskundige verstrekkingen ten laste komen van de Belgische geneeskundige verzorgingsverzekering. Het is dus normaal dat de betrokkenen opgenomen worden op de ledenbestanden.

De in België wonende en in het buitenland tewerkgestelde werknemers kunnen niet opgenomen worden op de ledenbestanden omdat zij als buitenlandse sociaal verzekerden de terugbetaling van hun geneeskundige verstrekkingen bekomen van het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme.

Uiteraard zal het Belgische ziekenfonds de in België toegekende geneeskundige verstrekkingen terugbetalen aan de betrokkenen, maar uiteindelijk zullen de verstrekkingen ten laste worden genomen door het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme.

2.4. Belgische gepensioneerden, weduwen en weduwnaars in het buitenland

Wanneer kunnen gepensioneerden, weduwen of weduwnaars die in het genot zijn van een Belgisch rust- of overlevingspensioen en verblijven in het buitenland worden opgenomen op de ledenbestanden?

Hier dient een onderscheid te worden gemaakt tussen de landen van de Europese Economische Ruimte, met inbegrip van de landen waarmee België een overeenkomst heeft afgesloten inzake geneeskundige verzorging, en de overige landen.

2.4.1. LANDEN VAN DE EUROPESE ECONOMISCHE RUIMTE EN LANDEN WAARMEE BELGIË EEN OVEREENKOMST INZAKE GENEESKUNDIGE VERZORGING HEEFT AFGESLOTEN

Indien de betrokkenen als ten laste dienen beschouwd te worden van de Belgische geneeskundige verzorgingsverzekering moeten zij voorkomen op de ledenbestanden. Het kan bijvoorbeeld gaan om een persoon die uitsluitend in het genot is van een Belgisch pensioen of een persoon die naast een Belgisch pensioen een pensioen ontvangt van een ander land dan het land van verblijf.

Ook in dit geval zullen de geneeskundige verstrekkingen aan de sociaal verzekerden worden terugbetaald door het ziekenfonds van het land van verblijf, maar vervolgens zal laatstgenoemd ziekenfonds de uitgaven recupereren ten laste van de Belgische geneeskundige verzorgingsverzekering. De betrokkenen dienen dus als Belgische sociaal verzekerden te worden beschouwd en opgenomen te worden op de ledenbestanden.

Indien de betrokkenen naast het Belgische pensioen eveneens een pensioen uitbetaald krijgen door het land van verblijf kunnen zij niet als Belgische verzekerden worden beschouwd. Ze dienen niet opgenomen te worden op de ledenbestanden. Bij hun terugkeer in België daarentegen verwerven zij de hoedanigheid van Belgische verzekerden en moeten wel worden opgenomen op de ledenbestanden.

2.4.2. ANDERE LANDEN

De personen die in het genot zijn van een Belgisch pensioen die in een ander land verblijven dan een land van de EER of een land waarmee België een verdrag inzake geneeskundige verzorging heeft afgesloten, kunnen niet worden opgenomen op de ledenbestanden.

Slechts bij hun terugkeer in België kunnen zij vermeld worden als Belgische sociaal verzekerden.

2.5. Personen die in België verblijven maar die gedekt zijn door een buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging

De in ons land verblijvende personen die ten laste zijn van een buitenlandse verzekering voor geneeskundige verzorging mogen niet worden opgenomen op de ledentallenbestanden.

Zelfs wanneer het zo is dat hun geneeskundige verstrekkingen worden terugbetaald door een Belgisch ziekenfonds, dan zal het ziekenfonds de uitgaven voor geneeskundige verzorging in dat geval recupereren bij het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme: betrokkenen kunnen dus alleszins *niet* als rechthebbenden in ons verzekeringsregime beschouwd worden, en mogen dus niet geteld worden in de ledentallenbestanden.

Dit geldt ook voor de rechthebbenden die in België aanspraak kunnen maken op de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen overeenkomstig de toepassing van de Europese verordening of in toepassing van internationale verdragen.

2.6. Diplomaten en daarmee gelijkgestelden

Het in België geaccrediteerd personeel van diplomatieke en consulaire missies (zij die houder zijn van een bijzondere identiteitskaart, afgeleverd door de directie van het Protocol van de FOD Buitenlandse Zaken) kan vanaf 1 september 2013 niet meer ingeschreven worden als “ingeschrevenen in het Rijksregister” en zij die reeds ingeschreven waren in die hoedanigheid verliezen dit recht vanaf 1 januari 2014. Zij mogen bijgevolg niet meer opgenomen worden op het ledenbestand.

2.7. Echtgenoot/Echtgenote en samenwonende ten laste van eenzelfde gerechtigde

De algemene regel is dat een gerechtigde slechts één echtgenote of samenwonende persoon ten laste kan hebben. Er werd evenwel in het verleden vastgesteld dat sommige gerechtigden schijnbaar met meer dan één echtgenote of samenwonende persoon op de bestanden voorkomen.

Het gaat dus om een situatie, waarbij deze personen niet langer echtgenoot/echtgenote of samenwonende persoon ten laste zijn, maar wel nog voor de reglementair voorziene periode, hun rechten als gewezen persoon ten laste, ten persoonlijke titel behouden.

2.8. Echtgenoten van zelfstandigen

Echtgenoten van zelfstandigen kunnen één van de volgende drie hoedanigheden hebben:

- persoon ten laste: zij komen dan in de hoedanigheid van persoon ten laste voor op de ledentallen
- mini-statuuat: de betrokkenen zijn persoon ten laste voor de geneeskundige verzorgingsverzekering en gerechtigde voor de uitkeringsverzekering. Zij worden vermeld met een code 08 in het veld “sociale stand” en met de code 2 in het veld “gerechtigde of persoon ten laste”. Aan de betrokkenen wordt een bijdragebon met code 14 uitgereikt
- maxi-statuuat: dit zijn gerechtigden zowel in het kader van de geneeskundige verzorgingsverzekering als in het kader van de uitkeringsverzekering. Zij worden als gerechtigden vermeld op de ledenbestanden met een code 08 in het veld “sociale stand” en met de code 1 in het veld “gerechtigde of persoon ten laste”. Zij ontvangen bons met code 18.

2.9. Personen ten laste.

In ons stelsel van geneeskundige verzorgingsverzekering, kunnen de personen die de hoedanigheid van persoon ten laste verliezen, onder de voorwaarden van artikel 127 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, hun recht behouden tot 31 december van het jaar dat volgt op dat waarin ze de hoedanigheid verloren. De personen die zich in de situatie bevinden, waarin ze hun recht op basis van het voormelde artikel 127 behouden, worden in de ledentallenbestanden verder vermeld onder de codering die ze hadden als persoon ten laste.

De kinderen, jonger dan 25 jaar, die de hoedanigheid van persoon ten laste bezitten onder de voorwaarden vermeld in artikel 123, 3. van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996, kunnen onder de voorwaarden van het voormelde artikel 127 hun recht behouden tot het einde van het jaar dat volgt op datgene waarin ze de leeftijd van 25 jaar hebben bereikt.

Aangezien er op statistisch vlak gewerkt wordt met vijfjarige leeftijdsgroepen worden enkel de kinderen die de leeftijd van 30 jaar niet hebben bereikt aanvaard op de bestanden.

2.10. Opname van de leden van het overheids personeel die in beschikbaarheid zijn gesteld

Zoals bepaald bij koninklijk besluit (K.B.) van 1 april 2007 worden de leden van het overheids personeel die in beschikbaarheid zijn gesteld wegens ziekte of gebrekkigheid, gelijkgesteld met de in artikel 93 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde gerechtigden mits een getuigschrift wordt voorgelegd dat is uitgereikt door de overheid waarvan het personeelslid afhangt en waaruit blijkt dat de periode van beschikbaarheid één jaar bereikt.

Deze personen dienen als volgt te worden opgenomen op het bestand van de ledentallen: CG1/CG2 = 111/111 met een sociale stand 3.

2.11. Integratie van de kleine risico's in de regeling voor zelfstandigen (2008)

De huidige omzendbrief brengt tevens de noodzakelijke wijzigingen aan, die voortvloeien uit de integratie van de kleine risico's in de verzekering voor geneeskundige verzorging der zelfstandigen.

Deze integratie, uitgevoerd met het koninklijk besluit van 1 juli 2008 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, heeft tot gevolg dat de personen die vroeger in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verzekerd waren, voortaan recht hebben op één globale regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging, tezamen met de personen die vroeger in de algemene regeling verzekerd waren. Deze ééngemaakte regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging geeft aan de personen, die vroeger in de zelfstandigenregeling verzekerd waren, dezelfde risicodekking als alle andere verzekerden (dus zowel grote als kleine risico's).

Deze wijziging had eveneens tot gevolg dat een aantal bijzondere situaties zich sinds 1 januari 2008 niet meer kunnen voordoen : zo werd bijvoorbeeld de specifieke regeling afgeschaft die was voorzien bij overgang van het ene regime naar het andere (deze specifieke regeling voorzag een weerslag op het recht op tegemoetkomingen); tevens wordt in de gewijzigde reglementering niet langer voorzien dat gepensioneerden met een loopbaan van minder dan één derde (één derde van een volledige loopbaan) en weduwen of weduwnaars met een overlevingspensioen van minder dan één derde (een derde) van een volledige loopbaan, een persoonlijke bijdrage verschuldigd zijn. De implicaties van de voormelde wijzigingen werden in deze omzendbrief geïntegreerd.

Bij de aanpassing van de omzendbrief werd bovendien ook rekening gehouden met vroegere afspraken, opgenomen in omzendbrief 2007/436⁴ – 220/21, van 26 november 2007: daarin werd onder meer de afspraak hernomen dat code gerechtigde 2 voor een zelfstandige vanaf 1 januari 2008 voorlopig steeds gelijk is aan 460 of 461.

2.12. Hervorming van de verhoogde tegemoetkoming (2014)

Sinds 1 januari 2014 is een hervorming van de verhoogde tegemoetkoming in werking getreden (K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994).

Door die hervorming verdwijnt het OMNIO–statuut, en zal de verhoogde tegemoetkoming op twee wijzen kunnen verkregen worden:

- automatisch, op basis van een voordeel dat de verzekerde geniet (bijvoorbeeld het leefloon) of op basis van een situatie waarin hij zich bevindt (bijvoorbeeld een kind met een ernstige handicap)
- na een inkomensonderzoek uitgevoerd door het ziekenfonds.

Dit brengt met zich mee dat de verwijzing naar het OMNIO-statuut in de ledentallengegevens overbodig is geworden en geschrapt werd.

Tevens werd voorzien, in aansluiting op de hervorming, dat het gegeven over de verhoogde tegemoetkoming (dat blijkt uit het cijfer “1” in laatste positie van het veld code rechthebbende), uitgebreid wordt met een basisinformatie over het feit of de verhoogde tegemoetkoming bestaat op basis van inkomensvoorwaarden of op basis van sociale voordelen of sociale situaties.

2.13. Integratie van de OSZ-gepensioneerden, de OSZ-langstlevende echtgenoten en de OSZ-wezen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging

Sinds 1 januari 2019 hebben de volgende personen recht op de uitbetaling van prestaties geneeskundige verzorging ten laste van de Belgische verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en sluiten deze zich voor de uitbetaling van deze prestaties aan bij een Belgisch ziekenfonds.

- de personen die genieten van het specifieke regime van de uitgestelde verzekering voor geneeskundige verzorging (UGV) van de overzeese sociale zekerheid, alsook de personen die genieten van de terugbetaling van hun kosten voor gezondheidszorg voorzien voor de werknemers van Belgisch-Congo en Ruanda-Urundi, en die in de EER of Zwitserland wonen
- de langstlevende echtgenoten en wezen van deze personen, wonende in de EER of Zwitserland.

Zij hebben recht volgens de ZIV-tarieven en voorwaarden (zie omzendbrief V.I. 2019/168⁵ van de dienst voor geneeskundige verzorging)⁶

2.14. Verduidelijking in verband met de registratie van de ingangs- en einddatum van de verzekerbaarheid

2.14.1. INGANGSDATUM VERZEKERBAARHEID

Het veld “Ingangsdatum reële rechten verzekerbaarheid” betreft *de eerste dag van de huidige en reële rechten verzekerbaarheid* van de sociaal verzekerde. Concreet gaat het om de meest recente datum waarop een van de volgende veranderingen is doorgevoerd:

- een sociaal verzekerde heeft zich voor de eerste keer als gerechtigde ingeschreven
- een sociaal verzekerde heeft zich opnieuw als gerechtigde ingeschreven
- een gerechtigde is van hoedanigheid veranderd
- een gerechtigde is persoon ten laste geworden
- een persoon ten laste is van gerechtigde veranderd
- een persoon ten laste is gerechtigde geworden
- de gerechtigde van een persoon ten laste is van hoedanigheid veranderd
- een sociaal verzekerde is niet-verzekerde geworden, na een verlies van rechten
- een sociaal verzekerde is gemuteerd
- een sociaal verzekerde heeft recht gekregen op de verhoogde tegemoetkoming
- een sociaal verzekerde heeft zijn recht op de verhoogde tegemoetkoming verloren.

Krachtens een eerder akkoord mag de datum niet *vóór 1 januari 1998 liggen*. Als een eerdere datum bekend is, moet de V.I. 1 januari 1998 in de ledentallen vermelden.

De ingangsdatum van de verzekerbaarheid mag niet na de referentiedatum van het ledentallenbestand liggen (bv. de datum mag niet 01.01.2023 zijn in het bestand dat rapporteert over de situatie op 31.12.2022).

2.14.2. EINDDATUM VERZEKERBAARHEID

De einddatum van de reële rechten verzekerbaarheid vermeldt de datum waarop de rechten verzekerbaarheid van een sociaal verzekerde ten einde lopen en moeten worden verlengd. In de meeste gevallen moet die datum 31 december van het lopende jaar zijn.

5. Hier niet gepubliceerd.

6. De personen die de hoedanigheid van gerechtigde, bedoeld in art. 32, eerste lid, 11° *quinquies* van de gecoördineerde wet, hebben op basis van het getuigschrift van Overzeese Sociale Zekerheid van de RSZ worden opgenomen met de hoedanigheid codes die gebruikt worden voor de gepensioneerden van de Algemene Regeling. De overlevende echtgenoten van deze personen zijn ook opgenomen bij de hoedanigheid codes voor gepensioneerden. De wezen van deze personen zijn opgenomen met de hoedanigheid codes voor wezen van de Algemene Regeling.

Als er evenwel een andere datum bekend is, zoals de dag vóór de pensionering, of de laatste dag van een periode van arbeidsongeschiktheid, moet deze datum worden vermeld.

Voor de *niet-verzekerden* (CG1/CG2 = 0) moet geen datum worden vermeld en mogen die waarden leeg blijven.

3. Bijlagen⁷



De recordtekening en de beschrijving, evenals alle bijlagen waarnaar verwezen wordt in deze omzendbrief bevinden zich ook op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - www.riziv.fgov.be (rubriek omzendbrieven naar de verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle – ledentallen).

4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vernietigt en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2020/57⁸ van 4 maart 2020.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/146 – 62/1423 - 63/1404 en 64/41 van 5 mei 2022.

7. Hier niet gepubliceerd.

8. Hier niet gepubliceerd.

VI. Proces van indiening van aanvragen tot erkenning van bewijzen van verblijf en samenwoning voor kinderen ten laste, bedoeld in art. 123, 3, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

1. Inleiding.

Deze omzendbrief heeft tot doel de procedure te verduidelijken en preciseren, van aanvragen die de V.I. bij de Directie Toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) indienen, tot erkenning van bewijzen van verblijf en samenwoning voor kinderen ten laste, bedoeld in artikel 123, 3, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Ter herinnering: Om te kunnen worden ingeschreven als kind persoon ten laste op basis van artikel 123, 3, f), dient het kind met name te voldoen aan de twee hierna vermelde voorwaarden:

- het kind dient zijn hoofdverblijfplaats in België te hebben
- de gerechtigde, de echtgenoot van de gerechtigde of de samenwonende of ascendent ten laste van de gerechtigde, staat in voor het onderhoud van het kind in de plaats van de vader, moeder of andere persoon die zulks normaal zou moeten doen. Het instaan voor het onderhoud wordt bewezen door het feit van de samenwoning van de titularis met de betrokken persoon ten laste.

In principe dient het bewijs van, enerzijds, de hoofdverblijfplaats in België, en anderzijds, het samenwonen, bewezen te worden door de gegevens van het Rijksregister.

De reglementering bepaalt echter bovendien, dat waar de gegevens van het Rijksregister ontbreken, het bewijs van de hoofdverblijfplaats in België en het bewijs van de samenwoning, kan volgen uit alle bewijsmiddelen als dusdanig erkend door de DAC.

Deze omzendbrief herneemt ook volledig de bewijsmiddelen, eerder opgenomen in de gezamenlijke omzendbrief van 22 juni 2009 (Omsendbrief V.I. 2009/256¹), opgemaakt door beide diensten voor geneeskundige verzorging (DGV) en DAC, en aanvaardt deze als zijnde afdoende bewijzen. Het gaat echter niet om een exhaustieve opsomming en het blijft dus mogelijk dat aanvragen worden ingediend tot erkenning van andere stukken.

De huidige omzendbrief heeft tot doel ten behoeve van de V.I. nader te preciseren in welke gevallen op welke wijze zij een aanvraag moeten indienen, en waarvan die aanvraag vergezeld dient te zijn.

2. Stukken waarvan wordt erkend dat ze een afdoende bewijs vormen, en waar dus geen aanvraag voor moet worden ingediend.

De Dienst wijst erop, dat steeds een dubbel bewijs voorhanden moet zijn: zowel een van het verblijf in België als van de samenwoning.

De verklaringen en attesten die hieronder worden opgesomd werden in het verleden door de DAC reeds erkend als zijnde afdoende als bewijs. Indiening van een aanvraag voor degelijke stukken is dus niet vereist. Deze lijst is niet exhaustief en kan worden aangevuld aan de hand van de procedure uitgewerkt in deel 3).

2.1. Bewijs van het verblijf van het kind in België

- een verklaring van aankomst waarin het adres van de persoon die het kind zal opvoeden vermeld staat of vraag tot een verblijfsvergunning van meer dan 3 maanden of een verklaring tot tenlasteneming (toelating tot voorlopig verblijf)
- een attest van burgemeester met betrekking tot het verblijf
- een attest model 2: een ontvangsbewijs cf. artikel 7. § 1 van het koninklijk besluit van 16 juli 1992 betreffende de bevolkingsregisters en het vreemdelingenregister
- een verklaring van de wijkagent of een verklaring van de gemeente die het verblijf vaststelt na onderzoek.

2.2. Bewijs van samenwoning met de gerechtigde (waaruit zal blijken dat de gerechtigde instaat voor het onderhoud van het kind)

A. VONNIS, DE NOTARIËLE AKTE OF HET GEMEENSCHAPPELIJK AKKOORD

De Dienst aanvaardt dat het vonnis, de notariële akte of het gemeenschappelijk akkoord, neergelegd ter griffie, die het hoederecht toewijzen, reeds het bewijs vormen dat de persoon die het hoederecht kreeg toegewezen, instaat voor het onderhoud – een bijkomend bewijs hiervan is in dat geval dus niet nodig.

B. GERECHTELIJKE BESLISSINGEN OF AUTHENTIEKE AKTEN

Volgende gerechtelijke beslissingen of authentieke akten zijn afdoende bewijsstukken:

- een kopie van het attest van de jeugdrechtbank waaruit blijkt dat het kind werd geplaatst bij de gerechtigde of een vonnis van dezelfde rechtbank waaruit blijkt dat het kind bij de gerechtigde werd geplaatst of verblijft
- een kopie van het vonnis van de vrederechter gewezen in uitvoering van Hoofdstuk IIbis van Titel X van het Burgerlijk wetboek, nl. pleegvoogdij, waaruit blijkt dat de gerechtigde de pleegvoogdij uitoefent over het kind
- een aanvraag tot homologatie van de adoptie bij de griffie van de jeugdrechtbank, waaruit blijkt dat de gerechtigde de adoptant is van het kind
- een buitenlandse voogdijakte die samenwoning in België attesteert.

C. VERSCHILLENDE ANDERE ATTESTEN

Volgende attesten vormen afdoende bewijsstukken:

- een attest van Kind en Gezin, L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) en de Dienst für Kind und Familie (DKF) waaruit blijkt dat het kind verblijft bij de gerechtigde, die voor hem instaat
- een brief van het kinderbijslagfonds of het verstrekken van kinderbijslag– op basis hiervan mag aangenomen worden dat er samenwoning is met de gerechtigde die instaat voor het kind
- een attest in verband met het volgen van onderwijs, waaruit blijkt dat het kind bij de gerechtigde verblijft die voor hem instaat of verklaring op eer van de onderwijzer in die zin
- een verklaring van de wijkagent of een verklaring door de gemeente waaruit blijkt dat de gerechtigde en kind samenwonen
- een beslissing plaatsing kinderen in het kader van pleegzorg bij een persoon of gezin door een officiële regionale instelling.

3. Aanvraagmodaliteiten voor stukken, die niet zijn opgesomd onder punt 2.

Voor de stukken die niet zijn opgesomd onder punt 2., dient een aanvraag tot erkenning te worden ingediend bij de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens (ACCES) van de DAC.

In dit deel wordt de procedure beschreven om aanvragen in te dienen.

3.1. Ontvankelijkheidsvoorwaarden

De aanvraag moet door de V.I. worden ingediend via mail, gericht aan de Directie toegankelijkheidsgegevens, met gebruik van het gemeenschappelijke e-mailadres van die Directie



(dac-access@riziv-inami.fgov.be).

De aanvraag dient steeds te gebeuren vanuit de V.I.: zo kan de landsbond zijn coördinerende rol spelen en eventueel overbodige aanvragen filteren. Indien een aanvraag toekomt vanuit een ziekenfonds zal deze worden geweigerd en zal het ziekenfonds worden gevraagd de aanvraag in te dienen via zijn landsbond.

De aanvraag vermeldt duidelijk het voorwerp van de aanvraag: “aanvraag kinderen ten laste (art.123, 3, f K.B. van 03.07.1996)”, en de identiteit van de gerechtigde met vermelding van diens INSZ-nummer.

Elke aanvraag moet voldoende gestaafd worden door een of meerdere bescheiden die enerzijds het verblijf van het kind in België bewijzen, en anderzijds dat het kind samenwoont met de gerechtigde die voor hem instaat voor het onderhoud in de plaats van de ouder (bewijzen voor elk van de twee voorwaarden dienen bijgevoegd te zijn).

Deze bescheiden worden, onder de vorm van een gedigitaliseerde versie in PDF-formaat, steeds samen met de aanvraag per mail meegezonden.

3.2. Antwoordmodaliteiten


Het antwoord op de aanvraag of het bewijsmiddel erkend wordt als afdoende bewijs, zal via het e-mailadres van de Directie Toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor Administratieve Controle dac-acces

 (dac-acces@riziv-inami.fgov.be) worden verstuurd naar de V.I.

De Dienst streeft er naar de aanvragen te behandelen en te beantwoorden binnen een termijn van uiterlijk 2 maanden. Indien de V.I. een dossier prioritair wil laten behandelen, wordt dat best vermeld in de originele aanvraag.

4. Inwerkingtreding

De omzendbrief treedt in werking op de dag van zijn publicatie en vervangt omzendbrief V.I. nr. 2019/150² van 3 mei 2019.

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/150 – 11/38 van 6 mei 2022.

VII. Bewijzen van de hoedanigheid van gerechtigde, zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1°, 2° tot en met 6°, 7° tot en met 11°, 12°, 13°, 14°, 16° en 20°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

1. Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel aan te duiden op welke gegevens of stukken de verzekeringsinstellingen (V.I.) zich moeten steunen om het bestaan van de hoedanigheden van gerechtigde in de algemene regeling te kunnen aanvaarden.

Voor de hoedanigheden van zelfstandige gerechtigde, en voor de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister bestaan evenwel specifieke omzendbrieven vanwege de Dienst voor administratieve controle (DAC). Deze hoedanigheden worden derhalve niet in deze omzendbrief behandeld.

In deze omzendbrief wordt voor de meeste van de hoedanigheden verwezen naar elektronische gegevensuitwisselingen. Voor al deze elektronische gegevensuitwisselingen geldt in algemene regel dat indien de elektronische gegevensuitwisseling niet lukt of indien de elektronische gegevens niet beschikbaar gesteld kunnen worden, een papieren attest wordt afgeleverd met dezelfde inhoud, door de instantie die belast was met de verzending van het elektronische gegeven.

2. Opsomming van de gegevens en stukken die de hoedanigheid van gerechtigde bewijzen

2.1. De hoedanigheid van werknemer, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1° van de voormelde gecoördineerde wet

In eerste instantie worden hier de werknemers bedoeld 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.

De hoedanigheid wordt bij de aanvang van het verkrijgen van de hoedanigheid aangetoond door een verklaring van de werkgever dat de gerechtigde een werknemer is, onderworpen aan één of beide sectoren van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders of een werknemer onderworpen aan de besluitwet van 10 januari 1945 betreffende de maatschappelijke zekerheid van de mijnwerkers of ermee gelijkgesteld.

Het gaat meer bepaald om het document “bewijs van onderwerping aan de sociale zekerheid” ingevuld door de werkgever of een schriftelijke verklaring van de werkgever met vermelding van diens RSZ-nummer (dat is het bewijs vanwege de RSZ dat de sociale zekerheidsbijdragen zijn betaald). Dit document gaat in bijlage bij deze omzendbrief.

CONSULTATIE DIMONA

De directie toegankelijkheidsgegevens van de dienst voor administratieve controle laat eveneens toe de hoedanigheid bij de aanvang van het verkrijgen van de hoedanigheid te bewijzen aan de hand van consultatie van de Dimona-databank (Dimona is de afkorting voor “Déclaration immédiate – onmiddellijke aangifte”, en is de databank bij de RSZ die de indiensttredingen en uitdiensttreding van werknemers bij werkgevers registreert).

DIMONA FLUX

Via de nieuwe “Dimonaflux” krijgen de VI niet alle Dimona-aangiftes door. De Dimona-berichten worden gefilterd alvorens ze naar de VI worden verzonden volgens 3 criteria. Enkel die berichten worden doorgestuurd:

1. waaruit een onderwerping blijkt aan de sociale zekerheid, sector geneeskundige verzorging¹. In bijlage 1² bevindt zich een lijst met de Dimona-codes per werknemerstype met een beschrijving en de inlichting of ze al dan niet leiden tot een onderwerping.
2. waarvoor de verzekerde nog niet aangesloten is als gerechtigde
3. die “duurzaam” zijn: Het NIC voorziet 7 dagen tussen de ingangsdatum van het contract en het verzenden van de DIMONA naar de V.I.³

Opdat de V.I. pas tot contactname en/of inschrijving van een PTL als gerechtigde loontrekkende zouden overgaan als er sprake is van een zekere, duurzame tewerkstelling wordt er voorzien in een bufferperiode.

Van zodra een ziekenfonds via de Dimonaflux een signaal ontvangt voor een PTL neemt ze binnen 60 kalenderdagen contact op met deze verzekerde. Zolang de minimum bijdragewaarde niet is bereikt of zolang, wanneer dit van toepassing is, het trimestriële grensbedrag voor personen ten laste niet is overschreden, kan de betrokkene ervoor kiezen om de hoedanigheid van persoon ten laste te behouden.

De verdere procedure zal worden beschreven in een omzendbrief V.I. van de Dienst voor Geneeskundige verzorging.

BIJDRADEBONS

Na de aanvang van het verkrijgen van de hoedanigheid, blijkt het verder bestaan van deze hoedanigheid uit de gegevens die aantonen dat de vereiste bijdragen werden betaald (art. 276, § 2 van het K.B. van 3.07.1996 tot uitvoering van de voormelde gecoördineerde wet) zoals vereist door de voormelde wet van 27 juni 1969. Het jaar volgend op de aansluiting zal de verzekeringsinstelling een elektronisch bericht (bijdragebon) ontvangen waaruit blijkt dat sociale zekerheidsbijdragen werden betaald. Deze gegevens worden aan de verzekeringsinstelling bezorgd met de elektronische gegevensstroom “A908”. De V.I. kunnen deze gegevens ook consulteren in de gegevensstroom “L901”.⁴

1. De Dimona-aangifte is verplicht voor alle werknemers, inclusief: jobstudenten, gelegenhedswerknemers en andere werknemers met vrijstelling of vermindering van de sociale bijdrage. De loontrekkende activiteit in sommige werknemerstypes leidt niet tot een onderwerping aan de sociale zekerheid in het algemeen of de VGUV in het bijzonder. Omdat de Dimona-berichten het document “bewijs van onderwerping aan de sociale zekerheid” vervangen, moeten alleen de berichten die leiden tot een onderwerping aan de sociale zekerheid verzonden worden.

2. Niet gepubliceerd.

3. Direct na de verzending wordt een Dimona-aangifte gecontroleerd door de RSZ. Een aangifte kan daarbij aanvaard of geweigerd worden. Een weigering kan leiden tot een annulatie van het Dimona-bericht. Ook wijzigingen aan de werkregeling of –uren kunnen leiden tot annulaties van Dimona-berichten.

4. Meer informatie over de gegevensstromen bijdragebons in Omzendbrief V.I. nr. 2021/298 van 26.10.2021.

MILITAIREN DIE GEDETACHEERD ZIJN IN DE EER/ZWITSERLAND

Ingevolge een wijziging in het beleid van Defensie zullen met ingang van 1 juli 2019 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.

2.2. De werknemers in gecontroleerde werkloosheid, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 3° van de voormelde gecoördineerde wet

Bedoeld worden de werknemers in gecontroleerde werkloosheid zoals nader omschreven in artikel 246 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voormelde gecoördineerde wet.

Bij de aanvang van het verkrijgen van de hoedanigheid, wordt de hoedanigheid aangetoond door de elektronische gegevensstroom "A015", die aan de V.I. wordt bezorgd, en die het signaal bevat dat een verzekerde de hoedanigheid van gecontroleerde werkloze heeft verkregen. Het gaat om elektronische attesten die maandelijks aan de V.I. worden verzonden van zodra de betrokken verzekerden de hoedanigheid van gecontroleerde werkloze verkrijgen (vlak nadat ze hun wachttijd voor het recht op werkloosheid vervuld hebben).

Eénmaal de hoedanigheid werd verkregen, zal het verder bestaan van deze hoedanigheid blijken uit de elektronische gegevensstroom met betrekking tot de attesten van werkloosheid, die vanuit de uitbetalingskassen van de werkloosheidsuitkeringen en via de Kruispuntbank voor sociale zekerheid, aan de V.I. wordt bezorgd. Het gaat om de gegevensstroom "A012".

De attesten van werkloosheid worden aan de V.I. in 1 globale zending in maart/april/mei van het jaar dat volgt op het referentejaar (verschillende tijdstippen afhankelijk van uitbetalingsinstellingen van werkloosheidsuitkeringen) doorgezonden; vervolgens worden regelmatig bijkomende zendingen verricht om de ondertussen verzamelde gegevens (laattijdige, verbeteringen, ...) door te sturen.

2.3. De werkneemsters die aansluitend met een tijdvak bedoeld in artikel 32, 1°, 2°, 3°, 5° of 6°, de arbeid onderbreken of de arbeid niet hervatten, om ten vroegste van de vijfde maand der zwangerschap af, te rusten, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 4° van de voormelde gecoördineerde wet

De V.I. is zelf de authentieke bron van de gegevens over de betrokken situatie, aangezien de erkenning van de situatie door de V.I. zelf gebeurt. Bijgevolg zijn geen externe bewijzen nodig.

2.4. De werknemers die, om niet langer werkloos te zijn, huishoudelijke arbeid verrichten en die, ter toepassing van de regeling inzake werkloosheidsverzekering, de hoedanigheid van gewoonlijk in loondienst arbeidend werknemer behouden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 5° van de voormelde gecoördineerde wet

Aan de werkloze die een einde maakt aan zijn werkloosheid en door toedoen van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening huishoudelijke arbeid aanvaardt, reikt die dienst binnen de twee maanden na het einde van elk kalenderjaar, eventueel via de werkgever, het bewijs van huishoudelijke arbeid uit (art. 281, § 2 van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de voormelde gecoördineerde wet).

2.5. De werknemers in het “tijdvak van voortgezette verzekering”, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 6^o van de voormelde gecoördineerde wet, en nader omschreven in artikel 247 en volgende van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voormelde gecoördineerde wet

De bewijzen op grond waarvan de voortgezette verzekering voor de verschillende situaties, opgesomd in artikel 247 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de voornoemde gecoördineerde wet kan worden toegestaan, worden reeds bepaald in artikel 248 van datzelfde koninklijk besluit.

2.6. De werknemers die recht hebben op een rustpensioen krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen voor werknemers, of op vervroegd pensioen krachtens een bijzonder statuut van het personeel van een onderneming, alsmede de werknemers die recht hebben op een rustpensioen van de openbare sector, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7^o en 9^o van de voormelde gecoördineerde wet

Het gaat hier om personen die daadwerkelijk één van de hogervermelde pensioenen genieten.

De Federale Pensioendienst en de FOD Financiën maken bij het ingaan van het rustpensioen verklaringen (attesten gezondheidszorgen gepensioneerd) op, waarop onder meer de ingangsdatum van het rustpensioen wordt vermeld.

Deze verklaringen (attesten gezondheidszorgen gepensioneerd) worden door voornoemde instellingen via elektronische weg, via de Kruispuntbank voor sociale zekerheid (KSZ) en het Nationaal Intermutualistisch College (NIC), naar de V.I. gezonden waarbij de betrokkenen zijn aangesloten.

Dit gebeurt met de elektronische gegevensstroom “A101”. Deze gegevens zijn eveneens, met dezelfde bewijswaarde, beschikbaar in de consultatiestroom “C101”.

Zoals bij wege van algemene regel in de inleiding van deze omzendbrief al werd gesteld, reiken deze instellingen, indien de elektronische gegevensoverdracht niet slaagt, aan de gepensioneerd papieren verklaringen uit, die dezelfde gegevens bevatten als de gegevens, vervat in de elektronische stroom. Deze verklaringen moeten door de gepensioneerd worden overhandigd aan de V.I. waarbij zij zijn aangesloten. Bij verlies reikt de afdeling administratieve toegankelijkheidsgegevens van de DAC een duplicaat uit.

Voor de werknemers die recht hebben op een rustpensioen zijn het de elektronische attesten met volgende codes die gelden als bewijsstuk⁵:

Code pensioenattest	Beschrijving
01	Rustpensioen + 1/3
09	Rustpensioen – 1/3

Het attest wordt uitgereikt op het ogenblik dat het pensioendossier in orde is, dit kan zowel voor als na de pensioendatum zijn.

De volledige lijst van pensioenattesten die nog zullen verstuurd worden via de vereenvoudigde gegevensstroom A101 vanuit de SFPD bevindt zich in bijlage 3⁶.

5. Bij het opmaken van deze attesten werd ook het onderscheid gemaakt al naargelang het gaat om een pensioen dat gebaseerd is op een beroepsloopbaan die korter of langer is dan één derde van een volledige loopbaan. Sinds de opheffing van het optierecht als persoon ten laste voor de gepensioneerd met een beroepsloopbaan < 1/3 van een volledige loopbaan en de weduwen van verzekerden met een rustpensioen op basis van een beroepsloopbaan < 1/3 van een volledige loopbaan, is deze opdeling overbodig geworden.

6. Niet geplubliceerd.

2.7. De personen die ingevolge de toekenning van een rust- of overlevingspensioen of een als zodanig geldend voordeel, vastgesteld door of krachtens een wet of een reglement ander dan de pensioenregeling voor werknemers, het recht op een in artikel 32, eerste lid, 7° of 9° van de voormelde gecoördineerde wet bedoeld pensioen verliezen

Deze situatie wordt aangetoond middels een elektronisch bericht, doorgezonden in de voornoemde stroom "A101", met volgende code:

Code pensioenattest	Beschrijving
69	Schorsing van de pensioenbetaling in de situatie bedoeld in artikel 32, eerste lid, 11° van de gecoördineerde wet.

Het attest wordt uitgereikt op het ogenblik van opschorting van het rustpensioen.

2.8. De werknemers, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 8° van de voormelde gecoördineerde wet, die als mijnwerker recht hebben op een invaliditeits- of rustpensioen

Bij toelating tot het invaliditeitspensioen, en bij het onttrekken ervan stuurt de Dienst voor uitkeringen "Cel mijnwerkers" een bericht door naar de gekende V.I. van de betrokkene. Dit model gaat in bijlage bij deze omzendbrief.

2.9. De personen, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 10° van de voormelde gecoördineerde wet, die in de hoedanigheid van statutair personeelslid van de HR Rail, recht hebben op een rustpensioen of een invaliditeitspensioen

Het gaat om personen die verplicht zijn aangesloten bij de Kas der Geneeskundige verzorging van HR Rail, en waarvoor de HR Rail zelf over de gegevens beschikt aangaande het recht op het rustpensioen of het invaliditeitspensioen.

Sinds 2017 is de verzending van attesten voor de pensioenen van HR Rail hetzelfde als bij andere ambtenarenpensioenen. Er wordt gebruik gemaakt van dezelfde codes.

2.10. De OSZ-gepensioneerden + hun langstlevende echtgenoten & wezen

Vanaf 1 januari 2019 hebben de OSZ-gepensioneerden, hun langstlevende echtgenoten en de wezen van OSZ-gepensioneerden recht op terugbetalingen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging indien ze in de EER of Zwitserland wonen.

De integratie gebeurde op basis van de wet van 21 december 2018 houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 17 januari 2019.

Het recht op geneeskundige verzorging wordt krachtens artikel 276 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 geopend of verlengd op basis van een (papier) attest dat uitgereikt wordt door de Overzeese Sociale Zekerheid van de Rijksdienst voor sociale zekerheid waaruit blijkt dat de persoon niet meer ten laste valt van het OSZ-stelsel voor zijn geneeskundige zorgen en onder de voorwaarden zit om aangesloten te worden onder de hoedanigheid van het artikel 32, eerste lid, 11° *quinquies* of 11° *sexies* (zie in bijlage 1 en 2)⁷. Het attest vermeldt de hoedanigheid van de persoon: gepensioneerd – langstlevende echtgenoot – wees (van moeder, vader of beide ouders).

Meer inlichtingen zijn terug te vinden in de Omzendbrief VI nr. 2019/168⁸ van 27 mei 2019 "Integratie van de OSZ-gepensioneerden, de OSZ-langstlevende echtgenoten en de OSZ-wezen in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging" van de DGV.

7. Niet gepubliceerd.

8. Niet gepubliceerd.

2.11. De gewezen koloniale ambtenaren, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 12°

Het gaat om de door de Koning bepaalde personen op wie het decreet van 4 augustus 1959 tot vervanging van het decreet van 5 september 1955 op de verzekering voor gezondheidszorg van de administratieve en militaire ambtenaren en gewezen ambtenaren, van de beroepsmagistraten en gewezen beroepsmagistraten, van de ambtenaren en gewezen ambtenaren van de rechterlijke orde en van de gerechtelijke politie bij de parketten, van toepassing was voor 1 januari 1994.

Artikel 128*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 verwijst voor het bewijs van deze hoedanigheid reeds naar het attest, dat als bijlage II werd opgenomen bij het voormelde koninklijk besluit.

2.12. De personen, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 13°, die in het Rijksregister van de natuurlijke personen zijn ingeschreven en wegens hun gezondheidstoestand als ongeschikt zijn erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten

Artikel 128*ter* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, bepaalt in uitvoering van de voormelde wetsbepaling welke ongeschiktheidserkenningen (vermindering van verdienvermogen) worden geïndiceerd. Al naargelang de oorsprong van de erkenning van de vermindering van het verdienvermogen, worden volgende gegevens ten bewijze in aanmerking genomen:

- voor de erkenning door de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle: het attest, uitgaande van die Dienst omtrent de erkenning van de vereiste vermindering van verdienvermogen met tenminste twee derden
- voor de medische erkenningen van kinderen met een handicap: de gegevens over die erkenning worden aan de V.I. meegedeeld met de stroom “A652” (stroom tot bewijs van de medische vaststelling van kind met een handicap). Deze gegevens bevinden zich eveneens, met dezelfde bewijswaarde, in de consultatiestroom “L652”
- voor de erkenning van ongeschiktheid in het raam van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap: de stroom “A023” (oorspronkelijk opgevat voor de analoge bewijzen dat verzekerden de medische voorwaarden vervullen om in aanmerking te komen voor het zorgforfait voor chronisch zieken). Deze gegevens bevinden zich eveneens, met dezelfde bewijswaarde, in de consultatiestroom “L023”
- het gegeven omtrent de persoon die een tegemoetkoming voor gehandicapten geniet, zoals dat vervat is in de stroom “A003” (gebruikt voor de toekenning van de sociale maximumfactuur en verhoogde verzekeringstegemoetkoming), kan door de V.I. als indicatie voor het bestaan van de hoedanigheid worden gebruikt; het is evenwel, gezien de andere finaliteit van dit gegeven, geen afdoend bewijs.

2.13. De studenten, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 14°, die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs

De Koning stelt in artikel 128*quater* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, dat de betrokken studenten dienen ingeschreven te zijn en leergangen te volgen in een in België gevestigde onderwijsinstelling, die voorkomt op een lijst die wordt opgemaakt door de DAC, die daartoe samenwerkt met de voor dat onderwijs bevoegde overheden.

De DAC publiceert in principe jaarlijks, per omzendbrief aan de V.I. een bijgewerkte lijst van instellingen voor hoger onderwijs.⁹

9. Onderwijs van niveau 3: een attest uitreiken om zich als student bij een ziekenfonds in te schrijven - RIZIV (fgov.be)

De studenten die door middel van een attest van de betrokken instelling, aantonen dat zij studeren, onder de voormelde voorwaarden, in een instelling die op deze lijst voorkomt, bewijzen aldus de hoedanigheid van gerechtigde. Zij behouden hun hoedanigheid voor de duur van het schooljaar en behouden hun hoedanigheid bovendien bij afloop van het schooljaar, tot het begin van het volgende schooljaar.

2.14. De kinderen van de onder artikel 32, eerste lid, 1° tot 16° en 21° bedoelde gerechtigden, die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag

Krachtens artikel 128 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, genomen in uitvoering van het voormelde wetsartikel, gaat het om de kinderen of geadopteerde kinderen van een gerechtigde of van de persoon in wier geboorteakte de naam van een gerechtigde is vermeld en van wie die gerechtigde bij zijn overlijden de overlevende van hun vader en moeder of hun enige natuurlijke ouder was.

Het bewijs van hun hoedanigheid wordt geleverd middels een verklaring afgeleverd door de instantie die de kinderbijslag uitbetaalt, waarin staat dat betrokkene een volle wees is en recht heeft op kinderbijslag. Ook een attest waarop staat dat betrokkene een mindervalide volle wees¹⁰ is die in het genot is van een inkomensvervangende tegemoetkoming als bedoeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, geldt als bewijsstuk. Sinds 1 januari 2019 zijn de deelentiteiten bevoegd voor het toekennen van de kinderbijslag, o.a. voor het erkennen van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van kinderen met het oog op de verhoogde kinderbijslag.

2.15. De weduwen en weduwnaars van de gerechtigden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 16° van de gecoördineerde wet

De Dienst benadrukt dat de hoedanigheid van deze gerechtigden in eerste instantie is gebaseerd op de burgerlijke staat van weduwe of weduwnaar van de personen die op het moment van overlijden gerechtigde waren in de zin van artikel 32, eerste lid, 1° tot en met 15°.

Het bezit van de hoedanigheid van gerechtigde staat dus los van - bijvoorbeeld - het genot van een overlevingspensioen.

Deze hoedanigheid zal in eerste instantie blijken uit de gegevens van het Rijksregister, en - zoals reeds bepaald door artikel 276, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 - uit de overlijdensakte, waaruit zal blijken dat het wel degelijk gaat om de weduwe of weduwnaar van een voormalige gerechtigde.

Bij verzeerden die van INSZ veranderden en hierdoor de burgerlijke staat weduwe/weduwnaar verliezen in het rijksregister mag de hoedanigheid weduwe/weduwnaar behouden blijven (of worden ingeroepen) tot zolang betrokkene zijn burgerlijke staat "alleenstaande" is.

2.16. Niet begeleide minderjarige vreemdeling, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 22°.

De bewijsmodaliteiten voor deze specifieke categorie van gerechtigden, is reeds vervat in de Omzendbrief V.I. nr. 2010/386¹¹ - 2281/4, van 18 oktober 2010 (gezamenlijke omzendbrief van de Diensten voor administratieve controle en geneeskundige verzorging).

10. Kinderen met een geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid van ten minste 66% hebben automatisch recht op de verhoogde tegemoetkoming (V.T.). Art. 8, punt 6, van het K.B. van 14.01.2014 inzake de verhoogde tegemoetkoming, bepaalt hierbij dat het moet gaan om een ongeschiktheid, vastgesteld door een arts van de Directie-generaal Personen met een Handicap van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. De informatie over die erkenning werd aan de V.I. meegedeeld met de flux A652.

11. Gepubliceerd in I.B. nr. 2010/2-3.

2.17. Militairen die gedetacheerd zijn in de EER/Zwitserland

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.

In bijlage¹² bevindt zich een template voor het attest dat wordt opgemaakt door Defensie.

3. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2019/155¹³ van 7 mei 2019.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/220 – 241/13 van 10 juni 2022.

12. Niet gepubliceerd.

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

VIII. Organisatie van de gegevensstromen waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming kunnen identificeren (“de proactieve flux”)

Deze omzendbrief en het bijhorend technisch document¹ hebben betrekking op de proactieve flux 2022.

Inleiding:

Deze omzendbrief behandelt de proactieve gegevensuitwisseling bedoeld in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (B.S. 29.01.2014)², bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze gegevensuitwisseling heeft als doel de verzekeringsinstellingen te ondersteunen in de detectie van potentiële rechthebbenden op de verzekeringstegemoetkoming. Deze detectie gebeurt op basis van het gezinsinkomen, dat wordt opgevraagd bij de FOD Financiën.

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens (Directie ACCES) van de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van deze detectiestroom.

Als bijlage bij deze omzendbrief gaat de technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling alsmede de tabel met overzicht van de gegevensuitwisseling.

1. Doel van de proactieve gegevensuitwisseling

De proactieve flux is een gegevensuitwisseling binnen de context van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (V.T.). De proactieve flux wordt voorzien om op een gestandaardiseerde manier voor alle sociaal verzekerden zonder recht op de V.T. na te gaan of ze potentieel toch in aanmerking komen voor het recht op de V.T. De personen waarvan op basis van hun gezinsinkomen dat wordt opgevraagd bij de FOD Financiën, blijkt dat ze een echt potentieel recht hebben, worden hierover door hun V.I. gecontacteerd.

1. Niet gepubliceerd.

2. K.B. tot wijziging van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, dat o.a. voorziet in de organisatie van een jaarlijkse proactieve flux werd gepubliceerd in het B.S. van 31.03.2020.

2. Algemene beschrijving van het proces

De organisatie van de proactieve flux kan worden teruggebracht tot een proces bestaande uit 4 procesfasen: 3 uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen (V.I.) en 1 uitgevoerd door de Directie ACCES, namelijk:

- fase 1 - de selectie van de doelgroep
- fase 2 - inkomstenopvraging en –berekening
- fase 3 - contactnames
- fase 4 - inkomstenverklaringen en toekenning van het recht.

Om de potentiële rechthebbenden te identificeren organiseren de ziekenfondsen een stroom in samenwerking met het RIZIV en de FOD Financiën.

2.1. Fase 1: de selectie van de doelgroep

De proactieve flux wordt georganiseerd om voor gezinnen zonder recht op V.T. na te gaan of ze een potentieel recht op V.T. hebben.

Om na te gaan of deze gezinnen in aanmerking komen voor het recht op de V.T. maken de V.I. een lijst op met gezinnen waarvan minstens 1 van de leden op 1 januari 2022 geen recht heeft op de V.T.

Uit proportionaliteits- en privacyoverwegingen wordt deze lijst ingekort tot de gezinnen die volgens hun V.I. wel een potentieel recht hebben op de V.T. De gezinnen waarvan de V.I. op basis van de criteria uit artikel 20 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 (verder uitgewerkt in de omzendbrief V.I. nr. 2020/151³ van 28.05.2020 betreffende de gezinssamenstelling in het kader van de proactieve flux van de verhoogde tegemoetkoming) vaststelt dat ze niet aan de inkomstenvoorwaarden zouden voldoen, worden niet opgenomen in de lijst.

Zo worden gezinnen waarvan één van de gezinsleden in de loop van een van de vier voorgaande jaren geen gevolg gaf aan een uitnodiging om een aanvraag voor V.T. in te dienen of een aanvraag deed om het recht op de V.T. te openen en deze aanvraag niet vervolledigde of niet voldeed aan de inkomstenvoorwaarden uitgesloten van deelname aan de proactieve flux.

Ook gezinnen waarvoor de V.I. weet, onder meer op basis van de bijdragebonnen, dat 1 of meerdere gezinsleden inkomsten hebben die samengeteld hoger zijn dan het grensbedrag dat van toepassing is voor het reëel gezin of voor een gezin dat is samengesteld uit twee gerechtigden en twee personen ten laste indien het beherend ziekenfonds het reële gezin niet zelf kan vormen.⁴

Het feit dat de gezinssamenstelling, vastgelegd in artikel 25 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014, moet worden gehanteerd, betekent dat gerechtigden die samen een gezin vormen, moeten worden geïdentificeerd. Bij gerechtigden die zijn gehuwd of wettelijk samenwonen, kan de V.I. de gezinssamenstelling bepalen zonder de verzekerde(n) in kwestie te contacteren.

Indien het gezin niet met zekerheid vastgesteld kan worden dan wordt een fictief gezin voor de proactieve stroom meegedeeld als minstens één van de gezinsleden op 1 januari van het jaar geen verhoogde tegemoetkoming geniet (onder voorbehoud van de uitsluitingen voorzien in het art. 20 van het K.B. van 15.01.2014).

De afspraken met betrekking tot de samenstelling van de gezinnen in het kader van de proactieve flux zijn uitgewerkt in de omzendbrief V.I. nr. 2020/151 van 28 mei 2020.

3. Niet gepubliceerd.

4. Bij de proactieve flux worden de inkomsten van twee jaar voordien gebruikt. Voor de proactieve flux in 2022 is het inkomstenjaar 2020 (zie 2.2.), (Art. 19 § 2 al. 1^{er} K.B. 15.01.2014). Gezien de inkomsten van 2020 worden gebruikt, worden voor de voormelde berekening ook de gemiddelde inkomensbedragen van het jaar 2020 (omzendbrief V.I. nr. 2021/23 van 15.01.2014) alsook de bijdragebons 2020 gebruikt. Het grensbedrag V.T. dat van toepassing is op een gezin bestaande uit 2 gerechtigden en 2 personen ten laste komt op basis van de inkomstenbedragen 2020 neer op een bedrag van 30.939,66 EUR.

2.2. Fase 2: inkomstenopvraging en –berekening

ALGEMENE BESCHRIJVING GEGEVENSUITWISSELINGEN

Voor 16 april 2022 delen de ziekenfondsen de lijst met gezinnen zoals samengesteld in 2.1. mee aan het RIZIV. Hiermee start de 2^{de} fase van de proactieve flux, namelijk de fase bestaande uit de inkomstenopvraging en –berekening.

In deze fase komen 4 gegevensuitwisselingen voor: Twee tussen de V.I.'s en het RIZIV en twee tussen het RIZIV en de FOD Financiën.

- De verzending van de lijst met gezinnen van de V.I. naar het RIZIV (Pro_01)
- De verzending van INSZ-nummers van de afzonderlijke gezinsleden door het RIZIV naar de KSZ/FOD Financiën (Pro_02)
- De verzending van Inkomstgegevens van de afzonderlijke gezinsleden door de FOD Financiën/KSZ naar het RIZIV (Pro_03)
- De verzending van gecodeerde resultaten van het inkomstenonderzoek van het RIZIV naar de V.I. (Pro_04)

Alleen flux Pro_01 wordt in één keer verstuurd. Van de bestanden Pro_02, Pro_03 en Pro_04 worden er in de loop van het proces 2 zendingen uitgewisseld.

Ook de semi-geautomatiseerde inkomstenberekening en de vergelijking tussen het gezinsinkomen en het V.T.-plafond gebeurt in deze fase. Bij de proactieve flux wordt het totaal gezinsinkomen berekend op net dezelfde wijze als bij de systematische controle op de V.T. in 2022 (omzendbrief V.I. nr. 2022/158^s van 11.05.2022).

Het proces kent geen uitwisseling van een feedbackstroom van de V.I. naar de DAC. De resultaten van de proactieve detectiestroom worden geëvalueerd door het RIZIV op basis van de kruising van het bestand proactieve flux (Pro_01 van 2022) met het fotobestand van de jaarlijkse uitwisseling V.T. van het daaropvolgende jaar (Foto_01 van 2023).

Pro_01: de lijst met gezinnen

Voor 16 april 2022 delen de ziekenfondsen de lijst met gezinnen zoals samengesteld in 2.1. mee aan het RIZIV.

De voornaamste informatie in dit bestand zijn het aanvraagnummer waarmee een gezin wordt geïdentificeerd en de INSZ-nummers van de gezinsleden.

Het aanvraagnummer bestaat uit de elementen verzekeringsinstelling + jaar + INSZ-aanvrager. Dit jaar is het jaar waarin het bestand wordt doorgestuurd. Binnen het kader van deze omzendbrief is het jaar van uitwisseling het jaar 2022.

Het aanvraagnummer verschilt niet tussen bestand Pro_01 en de Pro_04. De reden waarom het aanvraagnummer als zone behouden blijft heeft te maken met de stabiliteit. Een INSZ-nummer kan wijzigen tijdens het proces en ook de verzekeringsinstelling kan veranderen. Het aanvraagnummer blijft echter stabiel.

Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt twee keer in het bestand proactieve flux opgenomen: één keer in het veld INSZ-nummer van de aanvrager en één keer als gezinslid. De aanvrager is het oudste gezinslid.

Het is de V.I. van de aanvrager, dus van het oudste gezinslid, die het gezin meedeelt in het bestand Pro_01 in het geval er sprake is van een intermutualistisch gezin.

De gezinnen waarvan de aanvrager muteerde op 1 april 2022 moeten niet worden opgenomen in het bestand Pro_01.

Pro_02: Lijst met INSZ-nummers

De opvraging van inkomstengegevens gebeurt op basis van personen, niet op basis van gezinnen. Binnen de Directie ACCES worden de verschillende INSZ-nummers van de gezinsleden weerhouden en wordt op basis hiervan een lijst opgemaakt voor de FOD Financiën.

De Directie bezorgt de INSZ-nummers van de gezinsleden voor 15 juni 2022 via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) aan de belastingadministratie (Art. 19, § 2 al. 1^{er} K.B. van 15.01.2014).

Pro_03: inkomsten per INSZ

Bij de proactieve flux worden de inkomsten van 2 jaar voordien (getaxeerd in het voorafgaande jaar) opgevraagd bij de FOD Financiën uit de TAXI-AS databank. Voor de proactieve flux in 2022 is het inkomstenjaar 2020 met als aanslagjaar 2021 (Art. 19 § 2, 1^{ste} al. van het K.B. van 15.01.2014).

De FOD Financiën stuurt de inkomensgegevens voor de INSZ-nummers door naar het RIZIV voor 1 oktober 2022 (Art. 19 § 2 al. 1^{ste} al. van het K.B. van 15.01.2014).

Verschillende inkomsten worden meegedeeld met een welbepaalde code, namelijk een IPCAL-code. De inkomsten waarmee rekening wordt gehouden zijn de bruto belastbare inkomens (Afdeling 5 van het K.B. van 15.01.2014). Het zijn dan ook de IPCAL-codes voor deze inkomsten die worden opgevraagd. In het kader van de proactieve flux in 2022 worden dezelfde IPCAL-codes opgevraagd als voor de systematische controle op de V.T. in 2022. Deze IPCAL-codes en rekenregels zijn vastgelegd in de omzendbrief V.I. nr. 2022/158 van 11 mei 2022 betreffende "Gegevensstromen in het raam van de systematische controle in het jaar 2022 op het recht op de verhoogde tegemoetkoming".

Naast de informatie over de IPCAL-codes stuurt de FOD Financiën ook een returncode door. De returncode geeft de beschikbaarheid van het dossier van de rechthebbende in de TAXI-AS databank aan. De returncode 00 geeft aan dat de inkomensgegevens voor dat inkomstenjaar en voor die persoon beschikbaar zijn in de databank en de FOD Financiën deze heeft doorgestuurd. Achter deze code volgt dan minstens één IPCAL-code. De overige returncodes duiden aan dat de gegevens nog niet of niet beschikbaar zijn in de databank. Op deze codes volgen geen IPCAL-codes.

INKOMSTENBEREKENING EN VERGELIJKING GEZINSINKOMEN MET HET V.T.-PLAFOND

De gezinnen worden gegroepeerd op basis van informatie in de Pro_01.

Eenzijds wordt op basis van het aantal gezinsleden per gezin het in aanmerking genomen grensbedrag bepaald. Dat bedrag wordt berekend op basis van het gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2020 opgenomen in de omzendbrief V.I. nr. 2021/23 van 15 januari 2021.

Anderzijds worden de inkomsten van de verschillende gezinsleden samengeteld.

Op basis van de resultaten van de vergelijking tussen beiden checkt de Directie ACCES vervolgens of het gezamenlijke inkomen van het gezin hoger of lager is dan het in aanmerking genomen grensbedrag. Het resultaat van deze vergelijking wordt omgezet in een code.

Het gezinsinkomen wordt berekend op basis van de opgevraagde inkomsten (onder de vorm van inkomstencodes of IPCAL-codes) en volgens de rekenregels die gelden voor de systematische controle op de V.T. in 2022. Deze IPCAL-codes en rekenregels zijn vastgelegd in de omzendbrief V.I. betreffende de systematische controle in het jaar 2022.

Als het inkomen van één gezinslid ongekend is bij de FOD Financiën, kan het totale gezinsinkomen niet worden berekend. Als de ongekende inkomsten de inkomsten zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar⁶, wordt diens inkomen gelijk gesteld aan nul EUR.

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

In de gevallen waarvoor bij de FOD Financiën gegevens aanwezig zijn in mei, maar deze gegevens nog niet verwerkt zijn, hernieuwt de Directie ACCES de vraag naar de FOD Financiën in september. Indien op dat ogenblik voor dat gezinslid nog steeds geen returncode "00" kan worden verkregen, worden de inkomsten voor deze persoon als onbekend beschouwd.

Het berekende gezinsinkomen wordt vergeleken met het V.T.-plafond dat voor het gezin van toepassing is. Het in aanmerking genomen grensbedrag is afhankelijk van het aantal gezinsleden en wordt berekend volgens de principes opgenomen in artikel 21 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014. Voor 2020 gelden de bedragen zoals opgenomen in de omzendbrief V.I. nr. 2021/23 van 15 januari 2021.

Het resultaat van deze vergelijking tussen gezinsinkomen en V.T.-plafond wordt gecodeerd. Van de uitkomst van deze analyse werd de betrokken V.I., uitsluitend onder de vorm van deze code, op de hoogte gebracht. Het detail van de inkomsten wordt niet gecommuniceerd naar de V.I. En ook binnen de Directie ACCES wordt de berekening gecodeerd uitgevoerd en worden de inkomstengegevens niet bewaard.

Er zijn 3 mogelijke codes die worden gecommuniceerd in het antwoordbestand (Pro_04) aan de V.I. De code geeft aan of volgens het antwoord van de FOD Financiën de inkomsten van het gezin:

- groter of gelijk zijn aan het gezinsplafond: NOK
- lager zijn dan het gezinsplafond: OK
- ongekend zijn: ONHOLD

Uitsluitend en alleen deze codes worden naar de V.I. gestuurd, niet het detail van de inkomsten of het resultaat in EUR van de berekening.

Pro_04: gecodeerde resultaten van het inkomstenonderzoek

De Directie ACCES stuurt in de antwoordbestanden van de Pro_04 de reeds vermelde codes door (OK, NOK of ONHOLD).

De Pro_04 bestaat uit 2 zendingen. De eerste zending met codes wordt in augustus verstuurd naar de V.I. en de tweede in oktober (voor 01.11.2022) (Art. 19, § 2, al. 3) K.B. 15.01.2014). De V.I. sturen op hun beurt de informatie die zij ontvangen door naar het betrokken ziekenfonds. Het ziekenfonds heeft de verantwoordelijkheid om de gezinnen te contacteren.

De Directie ACCES bevraagt de FOD Financiën een tweede keer in september 2022. Indien op dat ogenblik voor een gezinslid nog steeds geen inkomen⁷ kan worden verkregen, worden de inkomsten voor het gezin als onbekend beschouwd.

In de proactieve flux moet de code met betrekking tot het potentieel V.T.-recht steeds toekomen bij de V.I. die het gezin doorstuurt in zijn lijst, ook al is er sprake van mutatie in de tussentijd. Deze verzekerden kunnen niet genieten van het voordeel van de proactieve bevraging, want de oude V.I. kan geen contact meer opnemen met het gezin én de nieuwe V.I. heeft geen weet van het verstuurd antwoord. Anderzijds werd beslist dat het erg complex was om voor deze gegevensuitwisseling de NIC-filter te gebruiken.

De DAC stuurt per "aanvraag" één antwoord/één code per gezin door. Voor de INSZ-nummers waarvoor men reeds een definitief antwoord kreeg van de FOD Financiën wordt geen nieuwe aanvraag gedaan. We ontvangen per INSZ-nummer maar één "definitief en bruikbaar" antwoord van de FOD Financiën. Aan de hand van deze informatie wordt een unieke code opgemaakt met betrekking tot het potentieel recht op V.T. Deze unieke code wordt naar de V.I. gestuurd die de aanvraag bij de DAC indiende.

7. Geen antwoord met een returncode "00".

2.3. Fase 3: Verwerking van de gecodeerde antwoorden door de V.I.

De V.I. neemt contact op met het gezin waarvan het gezinsinkomen volgens de berekening onder het gezinsplafond ligt. Ze doet dit niet (of op eigen initiatief) met de gezinnen waarvoor de code zegt dat het gezinsinkomen groter of gelijk is aan het gezinsplafond of waarvan het inkomen niet volledig gekend is.

Er zijn uitzonderingen op dit principe. De V.I. is niet verplicht om contact op te nemen met gezinnen waarvan zij op basis van andere informatie weet dat ze het plafondbedrag gaan overschrijden.

Dit zijn gezinnen waar tussen het versturen van het bestand Pro_01 en het behandelen van het bestand Pro_04 blijkt dat:

- op basis van de bijdragebonds één of meerdere gezinsleden over beroepsinkomsten beschikken die samen hoger zijn dan het grensbedrag dat in het kader van dit hoofdstuk van toepassing is voor een gezin bestaande op basis van zijn werkelijke gezinssamenstelling
- de projectie op jaarlijkse basis van de afzonderlijke bijdragebonds geeft aan dat het grensplafond overschreden zou worden
- een recht werd geopend
- een verklaring op erewoord (VOE) werd na de verzending van de Pro_01 afgelegd zonder te leiden tot een opening van het recht wegens overschrijding van het inkomensplafond
- de aanvrager muteerde naar een andere V.I.
- de gezinssamenstelling wijzigde (behalve als de wijziging bestaat uit de komst van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie het een eerste inschrijving is in het Rijksregister)
- een gezinslid is overleden
- een kind jonger dan 16 jaar het gezin verlaten heeft.

2.4. Fase 4: inkomstenverklaringen en toekenning van het recht

Het resultaat van fase 2 van de proactieve flux leidt niet tot een automatische toekenning van het recht op V.T. Nadat de verzekerde wordt gecontacteerd, moet de V.I. een inkomstenonderzoek afnemen bij de verzekerde opdat die zijn recht op de V.T. zou kunnen openen.

Alle standaardvoorwaarden en -procedures zoals vastgelegd in afdeling 6 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 gelden bij de inkomstenonderzoeken in het kader van de proactieve flux.

Niet alle gezinnen die worden gecontacteerd in het kader van de proactieve flux zullen effectief een recht op de V.T. openen. De V.I. sturen geen feedback bestand door naar de Directie ACCES als gevolg op het Pro_04 bestand, maar er is wel een uitwisseling van de statistieken voorzien om de resultaten van de proactieve flux op te volgen. Deze statistieken en hun uitwisseling staan beschreven in een aparte omzendbrief.

De V.I. hebben 1 jaar na de ontvangst van het tweede antwoordbestand van de DAC om deze fase uit te voeren.

3. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

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

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



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

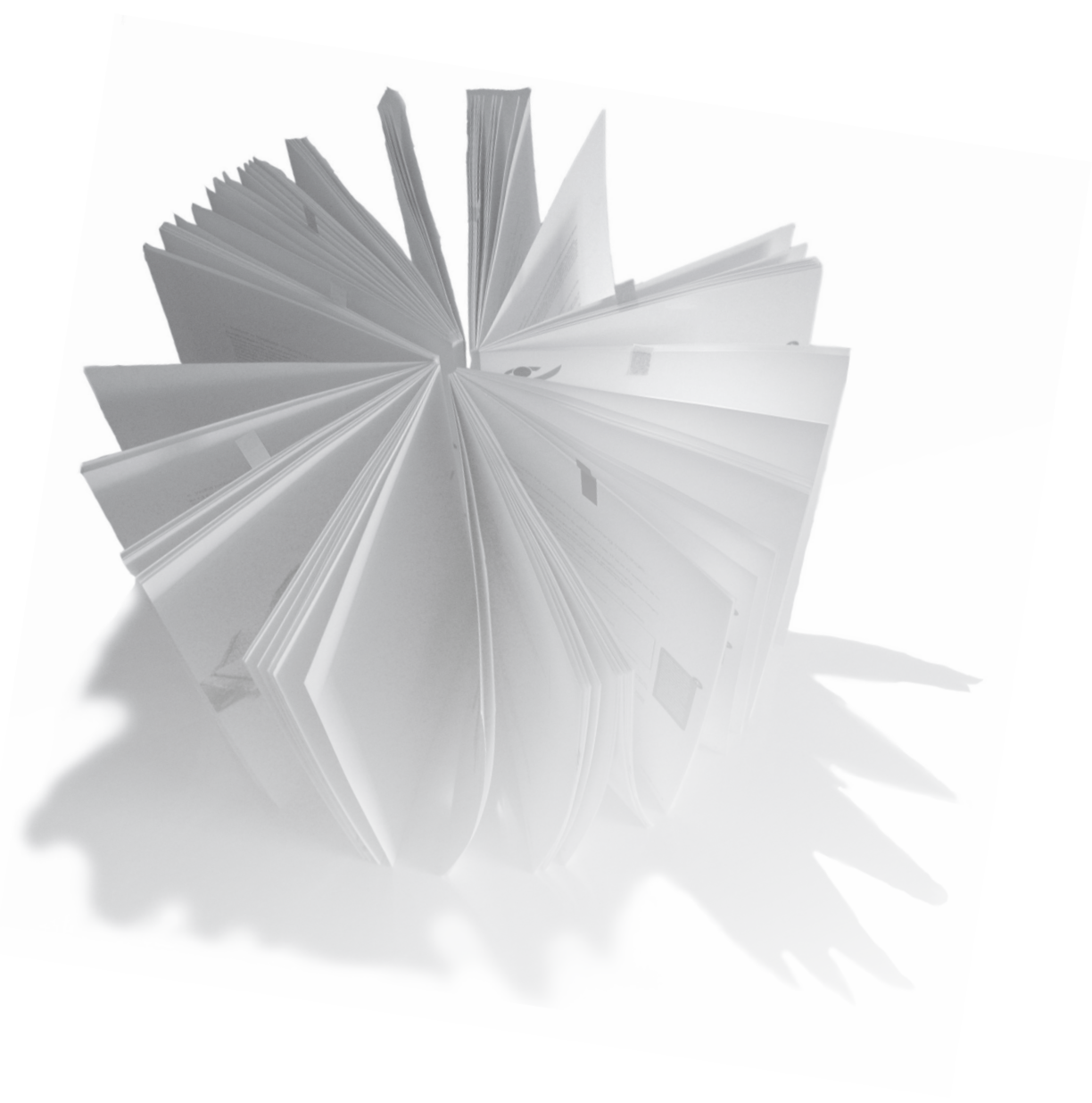
4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing voor de proactieve gegevensuitwisseling van 2022.



Omsendbrief V.I. nr. 2022/222 – 3991/350 van 10 juni 2022.

5^e Deel
Basisgegevens



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

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


Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de grensbedragen van de jaarinkomens van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming aangepast.

Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemeetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
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
Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90

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

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/124 – 270/86 - 273/87 - 274/88 - 276/137 - 2790/89 - 2791/86 - 2792/85 - 3910/1937 en 83/512 van 19 april 2022.

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

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

Op 1 mei 2022:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
23.217,78 EUR	4.298,25 EUR

Van toepassing vanaf 1 mei 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/137 – 3991/345 van 3 mei 2022.

III. Revalidatiesector - Indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 juni 2022

In overeenstemming met de beslissing van de Algemene raad van 23 mei 2022 en de beslissing genomen in de vergadering van het College artsen-directeurs van 11 mei 2022, worden de tarieven die van toepassing zijn voor revalidatieverstrekingen lineair geïndexeerd met 2% vanaf 1 juni 2022. Hierdoor stijgt de tegemoetkoming in de reiskosten in rubriek 4 en rubriek 5.

1. 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 revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Vanaf 1 januari 2022 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 1,95 EUR per verleende verstreking.

Het in artikel 2, derde alinea, bedoelde (op 1 augustus 2006 ingevoerde) persoonlijk aandeel van 0,25 EUR per verleende verstreking voor de rechthebbenden op beademing door middel van continue druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap blijft *ongewijzigd*.

2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

2.1. De dag van opneming

De dag van opneming in een revalidatie- of in een vakhercholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de **rechthebbenden** die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 6,12 EUR;
- b) de **kinderen** die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)); met 33,39 EUR;

- c) de **gerechtigden** die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde **werklozen** zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 33,39 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 44,51 EUR.

2.2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de **rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen** (inclusief hun personen ten laste): met 6,12 EUR;
- b) de **kinderen** die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,12 EUR;
- c) de **andere** rechthebbenden: met 17,24 EUR.

3. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra of gespecialiseerde centra (M.B. van 14.12.1995) – Transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen en waarbij het transport geregeld wordt door een taxibedrijf of het centrum zelf (codes 771971-771982)

De tegemoetkoming bedraagt 1,43 EUR/Km.

4. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra of gespecialiseerde centra (M.B. van 14.12.1995) – Transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen en die zich met hun eigen voertuig verplaatsen, aangepast voor het vervoer in hun invalidenwagen (codes 773150-773161)

De tegemoetkoming bedraagt 0,31 EUR/Km.

5. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden jonger dan 18 jaar die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra (K.B. van 28.04.2011) (codes 774034-774045)

De tegemoetkoming bedraagt 0,31 EUR/Km.

Van toepassing vanaf 1 juni 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/201 – 370/2287 en 3910/1978 van 25 mei 2022.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Caroline Lekane
De h. Jonathan Owczarek
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Zoé De Clippel
Mevr. Jolanda Gashi

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726