

1<sup>e</sup> Deel

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



## 4de trimester 2022

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.10.2022	25.09.2022	Wet betreffende de responsabilisering van de werknemers in het kader van de "Terug Naar Werk-trajecten"

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:

- in artikel 100 wordt een nieuwe paragraaf 1/4 ingevoegd, die bepaalt dat om te kunnen nagaan of een "Terug Naar Werk-traject" kan aanvatten, de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde ertoe gehouden is:

=> op verzoek van de adviserend arts de gegevens te bezorgen die noodzakelijk zijn voor de inschatting van zijn restcapaciteiten, (cf. de vragenlijst die tien weken na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid wordt verzonden), evenals een gevolg te geven aan de uitnodiging van de adviserend arts voor een medisch onderzoek dat wordt georganiseerd indien hij dat nodig acht (bijvoorbeeld, als de voor deze inschatting van de restcapaciteiten vereiste gegevens niet worden bezorgd of niet volstaan om tot die inschatting over te gaan);

=> een gevolg te geven aan de uitnodiging van de "Terug Naar Werk-coördinator" voor een eerste contactmoment in het kader van het "Terug Naar Werk-traject."

Aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om te bepalen, bij een in Ministerraad overlegd besluit, onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend wanneer de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op het voormelde medisch onderzoek bij de adviserend arts of op het eerste contactmoment bij de "Terug Naar Werk-coördinator". In dit kader kan de afwezigheid van de gerechtigde worden gerechtvaardigd door elementen zowel van medische aard als van niet-medische aard.

Er is ook uitdrukkelijk bepaald dat de door de Koning vastgestelde maatregel niet tot gevolg mag hebben dat het dagbedrag van de uitkering van de arbeidsongeschikte gerechtigde met meer dan 2,5 procent wordt verminderd.

- paragraaf 2 van artikel 134 wordt gewijzigd om duidelijk aan te geven dat de "algemene regel" die bepaalt dat de toekenning van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt stopgezet zolang de gerechtigde niet voldoet aan de controleverplichtingen die hem door iedere krachtens deze gecoördineerde wet bevoegde persoon worden opgelegd, niet van toepassing is in de situatie van een afwezigheid van de gerechtigde op het medisch onderzoek georganiseerd door de adviserend arts als de voor de inschatting van zijn restcapaciteiten vereiste gegevens, ondanks de geboden ondersteuning door de "Terug Naar Werk-coördinator", niet zijn bezorgd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	30.10.2022	Wet houdende diverse bepalingen betreffende arbeidsongeschiktheid

### Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet wijzigt artikel 52, § 5 en artikel 73/1 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, onder andere de huidige neutralisatie van het gewaarborgd loon tijdens de periode van aangepast of ander werk dat wordt verricht met de toelating van de adviserend arts (toepassing van art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Deze neutralisatie zal beperkt worden tot de eerste twintig weken vanaf de aanvang van de uitvoering van een aangepast of ander werk met de toelating van de adviserend arts, in geval van arbeidsongeschiktheid wegens een andere ziekte dan een beroepsziekte, die is opgetreden tijdens deze periode, of wegens een ongeval dat geen arbeidsongeval of een ongeval op de weg naar of van het werk is, dat is opgetreden tijdens dezelfde periode.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
09.12.2022 – Editie 2	29.11.2022	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- het beroep van mondhygiënist is ingevoegd in artikel 2, m) dat het begrip paramedisch medewerker definieert in de zin van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
- de integratie van enerzijds de gedetineerden en anderzijds de geïnterneerden die niet in een verzorgingsinstelling zijn geplaatst, in het kader van de hervorming van de penitentiaire gezondheidszorg in het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging
- de toekenning van een vergoeding aan alle of bepaalde categorieën van kandidaat apothekers-klinisch biologen en stagemeeesters apothekers-klinisch biologen, evenals aan kandidaat klinisch psychologen en aan kandidaat klinisch orthopedagogen alsook aan hun stagemeeesters
- het instellen van het principe van een externe kwaliteitscontrole, door de instellingen van Sciensano, op de verstrekkingen van de laboratoria voor menselijke erfelijkheid, waarvan er momenteel acht zijn, naar analogie met de reeds bestaande controle voor de laboratoria klinische biologie en anatomopathologie
- de vereenvoudiging van de procedure van benoeming van de leden van het Beheerscomité van het Fonds voor de Medische Ongevallen, dat wil zeggen dat deze mag worden uitgevoerd bij gewoon koninklijk besluit in plaats van bij een in Ministerraad overleg koninklijk besluit (art. 137<sup>quater</sup>, § 3, tweede zin)
- de vereenvoudiging, vanuit administratief oogpunt, van de wijze van financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen (art. 137<sup>sexies</sup>, § 1, 1<sup>o</sup>)
- de uitbreiding van de mogelijkheid voor het RIZIV om zich burgerlijke partij te stellen ten aanzien van zorgverleners die strafrechtelijk vervolgd worden in geval van fraude in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging: De DGEC kan voortaan optreden ongeacht of de feiten al dan niet door de dienst aan het openbaar ministerie zijn meegedeeld (art. 142, § 1, laatste lid)

- de mogelijkheid voor het inspectiepersoneel van de DGEC om de identiteit na te gaan van de opgegeven titularis van de bankrekening waarop de uitbetalingen van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigde bedragen worden gestort (een art. 150/1 wordt ingevoegd)
- de precisering van de aan de Hoge raad van artsen-directeurs toegekende bevoegdheid van het beheer van de procedure voor de accreditering van de adviserend artsen overeenkomstig artikel 154, zesde lid van de GVV-wet
- het verbod op ereloon-supplementen voor geneeskundige verzorging aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming
- technische aanpassingen aan artikelen 111, 143 en 153, § 3, vijfde lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
22.12.2022	13.12.2022	Wet tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie en van de wet van 23 december 2001 tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie
25.01.2023	13.12.2022	Wet tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie en van de wet van 23 december 2021 tot wijziging van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie. - <i>Erratum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

De wet verlengt tot 1 juli 2023 de maatregelen in de hoofdstukken 5 (beheer van de opname van COVID-19-patiënten in ziekenhuizen - HTSC), 6 (uitvoeren van COVID-19-staal- en bloedafnames) en 7 (voorbereiding en toediening van COVID-19 vaccins) van de wet van 4 november 2020 inzake verschillende sociale maatregelen ingevolge de COVID-19-pandemie.

De Koning is gemachtigd de geldigheidsduur van deze maatregelen telkens met zes maanden te verlengen, tot uiterlijk 31 december 2025.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.12.2022 – Editie 1	26.12.2022	Programmawet

### Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- referentierugbetalingssysteem:  
Artikel 35<sup>ter</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voorziet in de wettelijke grondslag van het referentierugbetalingssysteem: de wijziging voorziet in een hogere frequentie van de toepassing van het referentierugbetalingssysteem (“patent cliff”), namelijk een maandelijkse toepassing van de besparingsmaatregel, in plaats van de trimestriële toepassing.  
De beschikbaarheid van de betrokken generieken zal eveneens maandelijks in plaats van om de drie maanden worden nagekeken. De toepassing van de maatregel “combicliff” op de betrokken vergoedbare combipreparaten zal vanaf 1 januari 2023 ook maandelijks gebeuren in plaats van om de drie maanden.  
Ten gevolge van de strikte tijdslijn door de maandelijkse toepassing van het referentierugbetalingssysteem en de controle van de beschikbaarheid van de generieken op de eerste dag van de maand die voorafgaat aan de datum van opening van de referentiecluster, kunnen enkel de objectieve en automatische uitzonderingen nog van rechtswege toegekend worden.

- maximumfactuur: Er wordt voorzien dat de grensbedragen voor 2023 niet worden geïndexeerd
- aanpassing van de begrotingsdoelstelling: in het kader van de hervorming inzake penitentiaire gezondheidszorg worden gedetineerden en geïnterneerden die geplaatst zijn in inrichtingen van de FOD Justitie, geïntegreerd als rechthebbende van de verplichte ziekteverzekering met in een eerste fase de tenlasteneming van hun gezondheidszorg buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie vanaf 1 januari 2023. De budgettaire impact ten laste van het RIZIV bedraagt 19.453 duizend EUR. Dit bedrag wordt vanaf 2023 structureel toegevoegd aan de globale begrotingsdoelstelling geneeskundige verzorging. De groeinorm voor het bepalen van de begrotingsdoelstelling RIZIV wordt in 2024 verlaagd tot 2 % (van 2,5 % naar 2 %, vanaf 2025 opnieuw 2,5 %, maar het effect van de eenmalige verlaging op de massa is blijvend) om een aantal noodzakelijke en gewenste gezondheidsmaatregelen buiten de begrotingsdoelstelling te financieren
- inkomsten van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging om specifieke uitgaven gelinkt aan de COVID-19-pandemie te dekken: uitvoeringsmaatregelen worden continu bijgestuurd en zijn evolutief. Aan de transparantievereisten kan worden voldaan door de bestaande regeling tijdig geheel of gedeeltelijk van toepassing te verklaren op de betrokken periode
- heffingen op de omzet: De “standaardheffing” en haar uitvoeringsmodaliteiten worden verdergezet in 2023 (art. 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>novies). De “bijdrageheffing” (art. 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>duodecies) en de “weesheffing” (art. 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>terdecies) worden gehandhaafd voor het jaar 2023
- bijdrage op marketing: De “compensatoire bijdrage” (art. 191, eerste lid, 31<sup>o</sup>) wordt verdergezet in 2023
- RIZIV farmaceutische taksmodulatie: deze steunregeling (art. 191<sup>quinquies</sup>) wordt verlengd tot 2024
- wijziging van artikel 69 van de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid: dit artikel moet worden gewijzigd aangezien de maatregel “oude geneesmiddelen” tegelijk op het referentietariefbetalingssysteem (“patent cliff”) wordt toegepast
- uitzondering op prijsdalingen voor COVID-19-geneesmiddelen: de toepassing in de tijd van deze uitzondering uitbreiden (de prijsdalingen in het kader van de besparingsmaatregelen met betrekking tot de referentietariefbetaling en de maatregel “oude geneesmiddelen” werden tijdelijk uitgesteld voor deze geneesmiddelen) zodoende dat de prijsdaling ten gevolge van het uitstellen van de toepassing van de referentietariefbetaling en de maatregel “oude geneesmiddelen” voor deze geneesmiddelen plaats zal vinden op 1 april 2023
- de toekenning van een werkhervattingspremie van 1.000 EUR aan de werkgever waarbij een gerechtigde die zich in het tijdvak van invaliditeit bevindt, een activiteit met toelating van de adviserend arts hervat
- het neutraliseren van de degressiviteit in het kader van de toepassing van de maatregel van alignering bij de toekenning van de moederschapsuitkering aan de gecontroleerd werkloze gerechtigde
- de verhoging van het bijkomende bedrag aan administratiekosten dat aan de verzekeringsinstellingen wordt toegekend in het kader van de voorbereiding en de uitwerking van de “Terugkeer Naar Werk-trajecten” opdat zij vanaf 1 juli 2023 20 bijkomende “Terugkeer Naar Werk-coördinatoren” kunnen tewerkstellen

- de invoering van een financieringssysteem voor het inkopen van dienstverlening door personen waarvan de arbeidsovereenkomst werd verbroken wegens overmacht om medische redenen via de oprichting van een “Terug Naar Werk-fonds” dat door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers wordt beheerd. De werkgever die zich beroept op medische overmacht om de arbeidsovereenkomst van een arbeidsongeschikte werknemer te beëindigen, zal het “Terug Naar Werk-fonds” hiervan in kennis moeten stellen en zal een bijdrage van 1.800 EUR moeten betalen aan dit fonds. Deze maatregel vervangt de bijzondere regeling van outplacement wanneer een werkgever zich op medische overmacht beroept om een einde te stellen aan de arbeidsovereenkomst.

## 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	Opschrift
08.11.2022	31.08.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 maart 2022 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een geneesheer-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit zet een materiële vergissing recht met betrekking tot de datum van inwerking-treding van artikel 1 van het koninklijk besluit van 24 maart 2022. Artikel 4 van het koninklijk besluit van 24 maart 2022 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een arts-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige, wordt vervangen als volgt:

“Art. 4. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2021, met uitzondering van artikel 1 dat uitwerking heeft met ingang van 1 februari 2022.”.

Het koninklijk besluit van 28 november 2021 tot wijziging van het hoofdstuk II van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voert immers nieuwe codes in voor verstrekkingen in verband met raadplegingen bij artsen-specialisten. Deze verstrekkingen zijn op 1 februari 2022 in werking getreden.

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 24 maart 2022 houdende wijziging van het koninklijk besluit van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een arts-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige, voorziet echter pas vanaf 1 juli 2022 in de toepassing van de echelonnering op deze verstrekkingen, hetgeen een ernstig nadeel berokkent aan de patiënten die van echelonnering kunnen genieten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.11.2022 – Editie 1	18.10.2022	Koninklijk besluit tot opheffing van het koninklijk besluit van 10 december 2008 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor het ten laste nemen van de kosten van behandeling van kinderen met een ernstige afkeer van orale voeding die gepaard gaat met of die volgt op een periode waarin dit kind enterale voeding via sonde of stomie toegediend kreeg

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 10 december 2008 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3<sup>o</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor het ten laste nemen van de kosten van behandeling van kinderen met een ernstige afkeer van orale voeding die gepaard gaat met of die volgt op een periode waarin dit kind enterale voeding via sonde of stomie toegediend kreeg, wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.11.2022 – Editie 1	18.10.2022	Koninklijk besluit tot opheffing van het koninklijk besluit van 28 januari 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor het ten laste nemen van de kosten van de opleiding en het opvolgen van de rechthebbenden die thuis parenterale voeding toegediend krijgen en de opleiding van hun familie of voor het ten laste nemen van de kosten van de behandeling van kinderen met een ernstige afkeer van orale voeding die gepaard gaat met of die volgt op een periode waarin dit kind ambulante parenterale voeding toegediend kreeg

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit van 28 januari 2009 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3<sup>o</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor het ten laste nemen van de kosten van de opleiding en het opvolgen van de rechthebbenden die thuis parenterale voeding toegediend krijgen en de opleiding van hun familie of voor het ten laste nemen van de kosten van de behandeling van kinderen met een ernstige afkeer van orale voeding die gepaard gaat met of die volgt op een periode waarin dit kind ambulante parenterale voeding toegediend kreeg, wordt opgeheven.



Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.12.2022	11.12.2022	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

Dit koninklijk besluit bepaalt via de invoeging van een nieuw artikel 215 *octiesdecies* in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de nadere modaliteiten van de responsabilisering van de werknemers in het kader van de “Terug Naar Werk-trajecten” en omvat twee luiken:

- afwezigheid van de gerechtigde op het medisch onderzoek voor de inschatting van de restcapaciteiten georganiseerd door de adviserend arts: Met het oog op het medisch onderzoek dat wordt georganiseerd om de restcapaciteiten van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in te schatten, ontvangt deze gerechtigde een (niet aangetekend verstuurd) uitnodiging waarin vermeld wordt dat bij een afwezigheid op dat medisch onderzoek zonder geldige rechtvaardiging het dagbedrag van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden verminderd. Als de gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op dit medisch onderzoek, geldt de volgende regeling:

  - => eerste afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending die een nieuwe datum voor het medisch onderzoek vaststelt (binnen een termijn van een maand te rekenen vanaf de initieel geplande datum), evenals de verwittiging van de gerechtigde dat een vermindering van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden toegepast bij een nieuwe afwezigheid.
  - => tweede afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen wordt verminderd met 2,5 procent. Deze vermindering vindt plaats vanaf de voor dit onderzoek vastgestelde datum tot en met de datum waarop de gerechtigde de adviserend arts contacteert met het oog op het vastleggen van een nieuwe datum voor een medisch onderzoek. Het ziekenfonds dient over het bewijs te beschikken dat de verzekerde goed kennis heeft genomen van deze nieuwe datum;
  - => derde afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging: het versturen van een aangetekende zending waarin wordt meegedeeld dat het dagbedrag van de uitkeringen opnieuw met 2,5 procent wordt verminderd vanaf dit ingeplande medische onderzoek tot en met de dag voordat het medisch onderzoek daadwerkelijk plaatsvindt. Zodra het dagbedrag van de uitkering niet langer wordt verminderd, informeert het ziekenfonds de gerechtigde.
- Afwezigheid van de gerechtigde op het eerste contactmoment georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator”: Met het oog op het eerste contactmoment dat wordt georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator”, ontvangt de gerechtigde een (niet-aangetekend verstuurd) uitnodiging waarin vermeld wordt dat bij een afwezigheid op dit eerste contactmoment zonder geldige rechtvaardiging het dagbedrag van de uitkeringen met 2,5 procent zal worden verminderd. Als de gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op het eerste contactmoment georganiseerd door de “Terug Naar Werk-coördinator” na een doorverwijzing door de adviserend arts, geldt de volgende regeling:

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



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

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

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.10.2022	04.09.2022	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

Het koninklijk besluit voegt de verstrekking 103692 en de toepassingsregels in na de verstrekking 103095 en de toepassingsregel 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 103692 betreft het opstellen en opvolgen van de Advance Care Planning (ACP) bij patiënten die als palliatief werden geïdentificeerd volgens de identificatieschaal van de palliatieve patiënt (PICT).

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.10.2022	04.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in rubriek “11° Computergestuurde tomografieën.”, wordt de derde toepassingsregel na de verstrekking 458953-458964 vervangen

- in rubriek “11<sup>o</sup> ter Cone beam computergestuurde tomografieën.”:
  - => wordt de derde toepassingsregel na de verstrekking 459933-459944 vervangen;
  - => wordt de toepassingsregel na de verstrekking 459955-459966 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.10.2022 – Editie 1	03.10.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in § 1, 1<sup>o</sup>, I, B worden de verstrekkingen 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 424336, 424351, 424373 en 424395 vervangen
- in § 1, 2<sup>o</sup>, I, B worden de verstrekkingen 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 424491, 424513 en 424535 vervangen
- in § 1, 3<sup>o</sup>, I, B worden de verstrekkingen 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 424631, 424653, 424675 en 424690 vervangen
- in § 1, 3<sup>o</sup>, I, B worden de verstrekkingen 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 427932, 427954, 427976 en 427991 vervangen
- in § 1, 4<sup>o</sup>, I, B worden de verstrekkingen 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 424793, 424815, 424830 en 424852 vervangen
- in § 2 wordt het tweede lid vervangen
- in § 2 wordt het zevende lid opgeheven
- in § 4, 2<sup>o</sup> wordt het twaalfde lid vervangen
- § 4, 4<sup>o</sup> wordt vervangen
- in § 4, 6<sup>o</sup> wordt het laatste lid vervangen
- § 5, 2<sup>o</sup>, b wordt vervangen
- in § 5, 3<sup>o</sup>, c worden in de tabel met de verstrekkingen en de verbonden pseudocodes tussen de huidige veertiende en de vijftiende lijn, twee lijnen ingevoegd
- § 5bis, 3<sup>o</sup>, b wordt vervangen
- § 8 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.11.2022	07.10.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 14, g) 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 432832-432843 en de toepassingsregels worden ingevoegd na de omschrijving van de verstrekking 431410-431421.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.11.2022	13.11.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, k), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- de omschrijving van de verstrekkingen 277351-277362 en 294114-294125 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.12.2022 – Editie 1	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 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 25, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 599126 wordt het woord “vijf” vervangen door het woord “zes”
- in de omschrijving van de verstrekking 598286 wordt het woord “vijf” vervangen door het woord “zes”
- in de omschrijving van de verstrekking 599141 wordt het woord “zesde” vervangen door het woord “zevende”.

## 4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.10.2022	04.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 1 <i>bis</i> van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 1*bis* 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, de volgende wijziging aangebracht:

- de woorden “voor de verstrekking aangeduid met het rangnummer 103095.” worden vervangen door de woorden “voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 103095 en 103692.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
12.10.2022	03.10.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 2, § 1 van het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen, de volgende wijziging aangebracht:

- Artikel 2, § 1 wordt aangevuld met een lid, luidende: “In uitzondering op het eerste lid bedraagt de vergoeding voor het opleidingsjaar van 1 juli 2022 tot 31 juni 2023 33.825,52 EUR.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.10.2022	25.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Voor het referentiejaar 2021 wordt het bedrag vastgesteld op 672,04 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.10.2022 – Editie 2	25.09.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling vanaf het kalenderjaar 2022 van de tegemoetkoming voor diverse maatregelen die voorzien zijn met betrekking tot de federale gezondheidssectoren

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het RIZIV kent een tegemoetkoming toe in de kosten van de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren en in de kosten van het specialisatiecomplement voor verpleegkundigen in de thuisverpleging. Deze tegemoetkoming kan enkel worden aangewend op voorwaarde dat de werkgevers zoals bedoeld in artikel 1 de maatregelen toepassen die zijn omgezet in collectieve arbeidsovereenkomsten of in protocols van akkoorden of die zijn voorzien in het koninklijk besluit van 17 juli 2022 tot invoering van een specialisatiecomplement voor verpleegkundigen. Bij de vergoeding van deze maatregelen aan de werkgevers door de respectieve fondsen sociale maribel, controleren de fondsen deze voorwaarde.

Het maximumbedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten van de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren wordt voor 2022 vastgesteld op 155.441.050 EUR en wordt door het RIZIV ten laste genomen van ofwel de begroting van de geneeskundige verzorging ofwel van de administratiekost van het RIZIV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.10.2022 – Editie 1	25.09.2022	Koninklijk besluit tot beëindiging van verschillende bepalingen uit het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19-pandemie

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt op welke datum de verschillende maatregelen, aangenomen naar aanleiding van de COVID-19-pandemieperiode, aflopen. Dit betekent dat de datum van inwerkingtreding van het besluit het einde betekent van de maatregelen bedoeld in de artikelen van het koninklijk besluit nr. 21 die worden opgeheven en dat vanaf die datum de gebruikelijke voorwaarden voor tussenkomst van de verplichte verzekering weer van toepassing zullen zijn.

Om ervoor te zorgen dat de tijdens de periode van de COVID-19-pandemie verleende rechten worden gehandhaafd, zijn echter overgangsbepalingen opgenomen zodat, indien nodig, sommige van de vastgestelde maatregelen ook na de datum van inwerkingtreding van dit besluit van kracht kunnen blijven.

Sommige artikelen van het koninklijk besluit nr. 21 worden niet opgeheven en bovendien worden sommige in de bijlage vermelde maatregelen die betrekking hebben op een bepaald artikel van het koninklijk besluit nr. 21 niet opgeheven. Bijgevolg zullen de maatregelen die bij de inwerkingtreding van dit koninklijk besluit niet worden opgeheven, lopen tot de bij koninklijk besluit nr. 21 vastgestelde uiterste datum van 31 december 2025, tenzij zij vóór die datum door de Koning worden opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.11.2022	07.10.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van diverse bepalingen inzake sociale zekerheid en de gevolgen van de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- Artikel 294, § 1, 1<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996: als gevolg van de Brexit kan de vrijstelling inzake het bekomen van een voorafgaande toestemming van de adviserend arts geen toepassing meer vinden bij een tijdelijk verblijf in het Verenigd Koninkrijk, nu dit land niet langer een lid van de Europese Unie is en het primair Europees recht inzake het vrij verkeer van personen geen toepassing meer vindt in de relatie tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk sinds 1 januari 2021 (einde van de overgangperiode voorzien in het Terugtrekkingsakkoord). Bovendien is er in het kader van het nieuwe Handels- en Samenwerkingsakkoord afgesloten tussen de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk evenmin sprake van een recht op vrij verkeer van personen die een vrijstelling van de toelatingsvereiste rechtvaardigt.

Artikel 294, § 1, 1<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt geactualiseerd door de huidige verwijzing naar de voormalige Verordening (EEG) nr. 1408/71 te vervangen door de verwijzing naar de vandaag vigerende Europese Verordening (EG) nr. 883/2004, alsook te bevestigen dat de vrijstelling van toestemming enkel geldt voor tijdelijke verblijven in landen waarvoor met België het Europeesrechtelijke principe van vrij verkeer van personen geldt, nl. de lidstaten van de Europese Unie, de niet EU-lidstaten die behoren tot de Europese Economische Ruimte (Noorwegen, IJsland, Liechtenstein) alsook Zwitserland. Gerechtigden op Belgische arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die in België hun hoofdverblijfplaats hebben en tijdelijk in het Verenigd Koninkrijk wensen te verblijven, dienen hiervoor sinds 1 januari 2021, zoals het geval is voor tijdelijke verblijven in andere derde landen, de voorafgaande toestemming te bekomen van de adviserend arts van de verzekeringsinstelling.

- Artikel 61, § 4 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971: dit artikel bepaalt de modaliteiten waaronder de adviserend arts op basis van een controlerapport van een buitenlandse controlearts een einde kan stellen aan de primaire arbeidsongeschiktheid van de gerechtigde die woont of verblijft in een lidstaat van de Europese Unie, Europese Economische Ruimte of Zwitserland en die valt onder het toepassingsgebied van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009. Deze bepaling kan echter niet langer worden toegepast ten opzichte van het Verenigd Koninkrijk, nu de tekst van deze bepaling expliciet vereist dat de gerechtigde woont of verblijft in een lidstaat van de Europese Unie, een staat behorend tot de Europese Economische Ruimte of Zwitserland. Overeenkomstig het Terugtrekkingsakkoord kunnen vanaf 1 januari 2021 in bepaalde situaties de coördinatieregels uit de Europese Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009 verder van toepassing blijven in de relaties tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk. Verder voorziet het Protocol voor situaties die niet beschermd zijn door het Terugtrekkingsakkoord vanaf 1 januari 2021 tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk in een coördinatieregeling voor uitkeringen bij ziekte (primaire arbeidsongeschiktheid), alsook een wederzijdse administratieve bijstandsverplichting voor medische controles die identiek is aan diegene opgenomen in de Europese Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009. Dit leidt ertoe dat in het kader van beide instrumenten de adviserend arts van de verzekeringsinstelling gehouden kan zijn de arbeidsongeschiktheid te erkennen op basis van een Brits getuigschrift, dan wel de arbeidsongeschiktheidstoestand kan beëindigen op basis van een controlerapport opgesteld door een Britse controlearts inzake gerechtigden die wonen of verblijven op het grondgebied van het Verenigd Koninkrijk.

Om hieraan tegemoet te komen, wordt een wijziging van artikel 61, § 4 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 voorzien opdat deze bepaling voortaan toepassing zou vinden op alle gerechtigden woonachtig of verblijvend in het buitenland en die vallen onder het toepassingsgebied van een internationaal of supranationaal coördinatie-instrument inzake sociale zekerheid waarbij België partij is.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
22.11.2022 – Editie 2	20.09.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan de zorgprogramma's "beroertezorg" moeten voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 december 2018 houdende vaststelling van het maximum aantal gespecialiseerde zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures"

### Samenvatting van de wijzigingen

Door het koninklijk besluit worden de obstakels voor de erkenning van de zorgprogramma's "acute beroertezorg met invasieve procedures" uit de weg geruimd. Er wordt afgestapt van aantallen bepalen per Gewest. De onderliggende redenering om aan die aantallen te komen, wordt expliciet in de regelgeving opgenomen.

Het beperken van het aantal centra met invasieve procedures wil namelijk twee doelstellingen bereiken: Het concentreren van zeldzame expertise en een correcte geografische spreiding van het beroertezorgteam.

Om deze doelstellingen te bereiken worden een minimaal activiteitsniveau en een minimaal afstandscriterium bepaald tussen twee erkende centra met invasieve procedures.

Er wordt bovendien uitdrukkelijk voorgeschreven dat een spreiding van het gespecialiseerd zorgprogramma over verschillende vestigingsplaatsen van eenzelfde ziekenhuis of een ziekenhuisassociatie niet mag. Op deze bepaling wordt gedurende een overgangperiode van 2 jaar vanaf de datum van inwerkingtreden van het besluit een uitzondering geformuleerd teneinde uiteindelijk een betere geografische spreiding te bekomen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
22.11.2022 – Editie 2	09.10.2022	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

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt bijlage 2 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.12.2022	27.11.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2022 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de impact van elementen van het jaarlijks budget die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad

### Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, b), c) en e) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 5.247.453 duizend EUR voor het jaar 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
09.12.2022 – Editie 2	07.11.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 3, § 3 wordt aangevuld met de volgende zin: “Het RIZIV kan beslissen deze schriftelijke verklaring op erewoord als ontvangen te beschouwen voor zover het bewijs van de inhoud van deze verklaring haar reeds uit andere bron verstrekt is, welk gegeven al dan niet expliciet aan de betrokkene wordt geïndiceerd”
- in artikel 5 wordt een paragraaf 2/6 ingevoegd, luidende: “§ 2/6 Voor het premiejaar 2022 geldt het bepaalde in § 2/2, waarbij 2018 steeds als 2022 dient te worden gelezen.”
- er wordt een artikel 8/3 ingevoegd, luidende: ‘Art. 8/3. Het bedrag van de tegemoetkoming voor 2022 is identiek aan de bedragen vastgelegd voor 2019.’
- in artikel 9 worden de woorden “2018, 2019, 2020 en 2021” vervangen door de woorden “2018, 2019, 2020, 2021 en 2022”.



- In artikel 11 wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, luidende: “Het RIZIV kan beslissen deze aanvraag vervuld te achten voor een deel of het geheel van huisartsen die, op basis van de bij het RIZIV tegen 15 juni van het jaar volgend op het premiejaar beschikbare gegevens, bij conforme aanvraag, recht zouden hebben op de betaling van enige bij dit besluit voorziene premie in het respectievelijke premiejaar, voor zover de huisarts ten laatste op 31 oktober van het jaar volgend op het premiejaar enerzijds tot ontvangst van deze premie een rekeningnummer en titularis hiervan heeft opgegeven via de module die het RIZIV daartoe ter beschikking stelt en anderzijds de naam van het softwarepakket bedoeld in artikel 4 in gebruik tijdens het premiejaar heeft opgegeven in een daartoe door het RIZIV gespecificeerde applicatie”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
14.12.2022 – Editie 1	06.12.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van de honoraria voor de bereiding, levering en toediening van COVID-vaccins

#### Samenvatting van de wijzigingen

Sinds 18 juli 2022 worden eerstelijnszorgverleners aangezet tot het bereiden, afleveren en toedienen van de COVID-19-vaccins in de praktijkkamer, in de apotheek of bij de patiënt thuis.

Het koninklijk besluit legt honoraria vast voor de artsen, het verplegend personeel, de vroedvrouwen en de apothekers, met terugwerkende kracht vanaf 18 juli 2022.

De kostprijs per toegediend vaccin bedraagt:

- 3,22 EUR per individuele bereiding door een apotheker
- 15,5 EUR voor de toediening door een apotheker, een vroedvrouw of een verpleegkundige.

Het koninklijk besluit bepaalt ook de (variabele) kostprijs voor de raadpleging of het bezoek door een arts, voor de raadplegingen en bezoeken die daarnaast worden uitgevoerd en waarvan het aantal afhangt van de uitvoering van dit circuit in de door de gemeenschappen georganiseerde campagnes.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
22.12.2022	10.11.2022	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in 2022

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, wordt voor het jaar 2022 vastgesteld op 20,254802 miljoen EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
28.12.2022 – Editie 2	21.12.2022	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

Het koninklijk besluit vult artikel 27 van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten, aan met een lid, luidende:

“De koppeling aan het gezondheidsindexcijfer zoals vermeld in het vierde lid wordt opgeschort voor het jaar 2023.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
28.12.2022 – Editie 2	21.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 2*bis*, derde lid wordt aangevuld met de woorden 'en het jaar 2023'.
- artikel 3*bis* wordt aangevuld met een lid, luidende:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2023.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
28.12.2022 – Editie 2	21.12.2022	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

Het koninklijk besluit vult artikel 3 aan met een lid, luidende:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2023.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.12.2022 – Editie 1	21.12.2022	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 de volgende wijziging aangebracht in artikel 3 van het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare dieetvoeding voor medisch gebruik:

“De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen zoals vermeld in het eerste lid wordt opgeschort voor het jaar 2023.”

## 5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.10.2022 – Editie 1	29.09.2022	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

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.10.2022	04.10.2022	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

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk IV-B, § 3790000 van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.10.2022	13.10.2022	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

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	10.11.2022	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
05.12.2022	10.11.2022	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 - <i>Erratum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht aan:

- bijlage I:

- bijlage II:  
=> het punt XV.1.23 wordt toegevoegd;  
=> het punt XVI.5.6 wordt toegevoegd.
- bijlage IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	14.11.2022	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

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.12.2022	15.12.2022	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 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten:
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> het punt II.21 wordt toegevoegd;  
=> het punt XXIII.21 wordt toegevoegd;  
=> het punt XXIII.22 wordt toegevoegd.
- in bijlage IV worden de ATC codes toegevoegd
- in bijlage I van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten wordt in hoofdstuk I een specialiteit toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
29.12.2022	15.12.2022	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.11.2022	04.10.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- aan punt "F.1.9 Sluiten van ductus arteriosus, foramen ovale, voorkamarseptumdefect of kamarseptumdefect en andere al dan niet congenitale misvormingen" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de verstrekking 180272-180283 en haar vergoedingsmodaliteiten worden vervangen;
  - => de verstrekking 180294-180305 en haar vergoedingsmodaliteiten worden geschrapt;
- de vergoedingsvoorwaarde F- §23 wordt vervangen.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de nominatieve lijst 36201 behorende bij de verstrekking 180272-180283 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 36202 behorende bij de verstrekking 180294-180305 wordt geschrapt
- een nieuwe nominatieve lijst 38601, behorende bij de verstrekking 180272-180283, wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	10.11.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.
15.12.2022	10.11.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - <i>Erratum</i>
16.02.2023	10.11.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - 2 <sup>de</sup> <i>Erratum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III in de afdelingen 1 en 2
- in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I:
  - => voegt bepalingen in in § 10000, § 30000, § 110000, § 160100 en § 16022 en § 250000;
  - => in § 70000, eerste lid worden de woorden “voor de voedingsbehoeften van zuigelingen en kinderen” geschrapt;
- in de lijst deel I, titel 3, hoofdstuk I van hetzelfde besluit wordt de vergoedingsbasis voor de grondstof vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.11.2022	10.11.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

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

- er worden bepalingen ingevoegd in §10000 van de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I
- de lijst deel I, titel 3, hoofdstuk VI wordt aangevuld
- in de notificatie opgenomen in de lijst, deel III, titel 2, document B41 als bijlage bij hetzelfde besluit wordt het woord “inspuitbare” tussen de woorden “een behandeling volgt met” en “incretinemimetica” geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.12.2022 – Editie 2	23.09.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- het hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” wordt aangevuld met het opschrift “C.6. Ingreep op de amandelen” en met de verstrekking 183993-184004 en zijn vergoedingsmodaliteiten
- de vergoedingsvoorwaarde C- § 10 die gaat bij de verstrekking 183993-184004 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.12.2022	15.12.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20 <sup>bis</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 2 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 wordt een middel ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 2 wordt een middel ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de benaming van de voedingen voor medisch gebruik wordt vervangen in § 10000, § 40000, 160100 en 160200, § 60000, § 70000, § 80000, § 160100 en § 160200;
  - => in § 160100 en § 160200 wordt een bepaling ingevoegd.



- in de lijst deel II, titel 2, hoofdstuk I: Enterale sondevoeding thuis, worden de volgende woorden geschrapt in de categorie D van rechthebbenden:  
=> in de Nederlandse tekst: (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde).  
=> in de Franse tekst: (par sonde naso-duodénale ou sonde de jéjunostomie).

## 6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
14.10.2022	13.07.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Net zoals al bij het risico arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid en invaliditeit) het geval was, moet de datum van de werkhervatting bij de risico's vergoed door de moederschapsverzekering alleen door de werknemer worden meegedeeld en door de werkgever (of diens mandataris) worden bevestigd als de gerechtigde het werk vroegtijdig hervat, dat wil zeggen vóór (of op) de einddatum van de vergoedingsperiode van het risico in kwestie die door de verzekeringsinstelling is meegedeeld.

In dezelfde zin wordt de verplichting tot mededeling van de datum van de hervatting van de gecontroleerde werkloosheid beperkt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.10.2022	27.04.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

De verordening wijzigt de artikelen 11, § 2 en 17, § 2 van de verordening op de uitkeringen naar aanleiding van de uittreding van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie vermits deze bepalingen sinds 1 januari 2021 niet langer kunnen worden toegepast in de relatie tussen de lidstaten van de Europese Unie en het Verenigd Koninkrijk. De tekst van beide bepalingen vereist immers expliciet dat de gerechtigde woont of verblijft in een lidstaat van de Europese Unie, een staat behorende tot de Europese Economische Ruimte of Zwitserland.

Overeenkomstig het Terugtrekkingsakkoord kunnen vanaf 1 januari 2021 in bepaalde situaties de coördinatieregels uit de Europese verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 verder van toepassing blijven in de relatie tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk.

Verder voorziet het Protocol voor situaties die niet beschermd zijn door het Terugtrekkingsakkoord vanaf 1 januari 2021 tussen de EU-lidstaten en het Verenigd Koninkrijk in een coördinatieregeling voor uitkeringen bij ziekte (primaire ongeschiktheid), alsook een wederzijdse administratieve bijstandsverplichting voor medische controles die identiek is aan diegene opgenomen in de Europese verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009.

Dit heeft tot gevolg dat de adviserend arts gehouden kan zijn de arbeidsongeschiktheid te erkennen op basis van een Brits getuigschrift of de arbeidsongeschiktheidstoestand kan beëindigen op basis van een controlerapport opgesteld door een Britse controlearts voor gerechtigden die wonen of verblijven op het grondgebied van het Verenigd Koninkrijk.

De artikelen 11, § 2 en 17, § 2 van de verordening op de uitkeringen, inclusief de bijbehorende formulieren, worden in die zin gewijzigd zodat zij van toepassing zijn op alle gerechtigden woonachtig in het buitenland en die vallen onder het toepassingsgebied van een internationaal of supranationaal coördinatie-instrument van sociale zekerheid waarbij België partij is.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.10.2022 – Editie 1	18.07.2022	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
22.02.2023 – Editie 1	18.07.2022	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. - <i>Corrigendum</i>

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 6, § 1 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- De bepaling onder 5° wordt aangevuld met een lid, luidende:  
 “Bij de facturatie van heelkundige verstrekkingen vermeldt de arts voor elk lidmaat en elk paar orgaan de lateraliteit (links of rechts). De betrokken heelkundige verstrekkingen zijn vervat in de Excel-lijst “behandeld lid” die deel uit maakt van de instructies voor de elektronische facturatie. Indien het getuigschrift van verzorging conform het model vervat in bijlage 10 wordt gebruikt, wordt de lateraliteit (L of R) op het getuigschrift vermeld, in de kolom rechts van het betrokken nummer van de nomenclatuur. Indien het verzamelgetuigschrift conform het model vervat in bijlage 28 wordt gebruikt, wordt de lateraliteit (L of R) vermeld in de kolom met het opschrift “KT L/A/D (2).”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.11.2022	03.10.2022	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:

- het formulier F-Form-II-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, wordt aangepast
- het formulier F-Form-I-10, waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	30.05.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 6, § 1, 1<sup>o</sup> van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met volgend lid: “Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 8, § 8, 12<sup>o</sup> van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 95 zijn.”.
- in de verordening bedoeld in artikel 1 van deze verordening, wordt een bijlage 95 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.11.2022	03.10.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 6, § 1, 1<sup>o</sup> van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met volgend lid:

“Voor het attesteren van wondzorg bedoeld in artikel 8, § 8 van de nomenclatuur, omvat bijlage 96:

- de opleidingsvoorwaarden voor de referentieverpleegkundige inzake wondzorg bedoeld in artikel 8, § 8, 1<sup>o</sup> van de nomenclatuur
- de voorwaarden waaraan het verpleegdossier inzake wondzorg inhoudelijk dient te beantwoorden bedoeld in artikel 8, § 8, 6<sup>o</sup> van de nomenclatuur
- de voorwaarden waaraan de aan het verpleegdossier toegevoegde foto's moeten dienen te beantwoorden, bedoeld in artikel 8, § 8, 7<sup>o</sup> van de nomenclatuur.”
- in de verordening bedoeld in artikel 1 van deze verordening, wordt een bijlage 96 ingevoegd.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.11.2022	05.09.2022	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
05.12.2022	05.09.2022	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 - <i>Erratum</i>

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier B-Form-I-12 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.11.2022	26.09.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 31, § 1 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in paragraaf 1 wordt het ":" vervangen door een "."
- in dezelfde paragraaf worden het tweede tot en met het zevende lid opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.12.2022	21.09.2022	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de hervorming van het sociaal statuut voor de artiesten is de werkloosheidsreglementering met ingang van 1 oktober 2022 gewijzigd. Rekening houdend met deze wijzigingen van de werkloosheidsreglementering worden via deze verordening in het bijzonder de regels gepreciseerd om het gedeferde loon te berekenen van de kunstwerkers die werkloosheidsuitkeringen ontvangen:

- voor de gerechtigde die een kunstwerkuitkering bedoeld in artikel 191 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 geniet, is het gedeferde loon gelijk aan het gemiddeld dagloon dat op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid zou in aanmerking zijn genomen voor de vaststelling van het bedrag van de kunstwerkuitkering

- Voor de gerechtigde die bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid een forfaitaire werkloosheidsuitkering bedoeld in artikel 114*bis* van het koninklijk besluit van 25 november 1991 geniet, wordt het gederfde loon berekend alsof de arbeidsongeschiktheid was aangevangen op de laatste werkloosheidsdag voorafgaandelijk deze forfaitaire vergoedingsperiode.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.12.2022 – Editie 2	11.07.2022	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 artikel 5 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, door wat volgt:

“De in de wet bepaalde geneeskundige verstrekkingen worden geweigerd zolang de rechthebbende in een gevangenis is opgesloten, of in een inrichting zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a), b) of c) van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering is geïnterneerd.

Deze weigering geldt niet voor geneeskundige verstrekkingen die worden verleend buiten de gevangenis of inrichting zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a) en b) van de voormelde wet van 5 mei 2014 aan de rechthebbenden die er zijn opgesloten of geïnterneerd.”

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

Belgisch Staatsblad

05.12.2022

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

#### INTERPRETATIEREGEL 43

Vraag

Welke medische akte wordt bedoeld met een hysterosalpingo-foam-sonografie?

Antwoord

Hiermee wordt de verstrekking 432832-432843 - Inspuiting van echogeen contrastmiddel voor hysterosalpingo(foam)sonografie ter beoordeling van de uteriene caviteit en de doorgankelijkheid van de eileiders van artikel 14 g) - Heelkunde - Gynaecologie-verloskunde van de medische nomenclatuur bedoeld.

De verstrekking 182114-182125 wordt alleen nog terugbetaald wanneer de nomenclatuurcode 432832-432843 geattesteerd wordt.

De interpretatieregel 43 heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2023.

## 8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.10.2022	30.09.2022	Vierde wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 16 november 2018 tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen PSY 2019 <sup>quinquies</sup> . - Ministerraad 30 september 2022. - Notificatie punt 8

### Samenvatting van de wijzigingen

Goedkeuring van de overeenkomsten met zorgverstrekkers en verzekeringsinstellingen, in uitvoering van het artikel 51, § 1, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Nationale overeenkomsten:

In de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht aan de Nationale overeenkomst van 16 november 2018 tussen de psychiatrische ziekenhuizen en diensten en de verzekeringsinstellingen:

- artikel 6, § 1 wordt vervangen als volgt:

“§ 1. De opname in een erkende dienst ziekenhuisverpleging overdag vergt de tenlasteneming voor de behandeling van de patiënt, onder rechtstreeks toezicht van de dienst, gedurende minimum 7 uur overdag. Met het oog op een intensievere behandeling in kleinere groepen van patiënten door meer omkadering per patiënt, kan worden afgeweken van deze 7 uur op voorwaarde dat de behandelduur minstens drie uur bedraagt, desgevallend aangevuld met de nodige tijd voor een maaltijd.

De frequentie en de duurtijd van de aanwezigheid in de dienst ziekenhuisverpleging overdag dient per patiënt beoordeeld te worden en kan variëren in tijd in functie van de zorgnoden van de patiënt. Elke beslissing hierover wordt gemaakt door de verantwoordelijke arts en wordt gemotiveerd en geregistreerd in het patiëntendossier.

Het gemiddeld aantal behandelde patiënten per dag kan niet groter zijn dan het aantal bedden en plaatsen van ziekenhuisverpleging waarvoor het ziekenhuis een erkenning heeft.

In afwijking van de bepalingen van artikel 4, § 1 is voor elke behandel dag van minstens 3 uur het bedrag per verpleegdag verschuldigd.

De vergoeding van deze ziekenhuisverpleging overdag dekt eveneens de continuïteit van de zorg op afstand door het team vanuit het ziekenhuis tijdens de afwezigheidsdagen en alle bijhorende interventies (o.a. contacten met de patiënt, zijn context, andere externe zorgverleners rond de patiënt, ...). Hierbij worden alle interventies ten aanzien van de patiënt of zijn context genoteerd in het patiëntendossier en het geheel van deze activiteiten gebeurt in uitvoering van een behandelplan.

Het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen zoals bepaald in artikel 8, § 4 is van toepassing.

Voor patiënten in partiële hospitalisatie kunnen op de gefactureerde dagen geen van de verstrekkingsnummers 101695, 101732, 101872, 101894, 101916, 101931, 101953 en 101975 gefactureerd worden.”

- Het artikel 6<sup>ter</sup> wordt geschrapt.

# 1ste trimester 2023

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.02.2023	12.01.2023	Wet tot invoering van het “Terug Naar Werk-traject”, onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator”, in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

## Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet wordt het “Terug Naar Werk-traject” ingevoerd, onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator”, in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten.

De “Terug Naar Werk-coördinator” binnen het ziekenfonds start, in samenspraak met de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde en de adviserend arts, een “Terug Naar Werk-traject” op als voor deze gerechtigde, gelet op zijn resterende capaciteiten, een re-integratie kan worden overwogen.

Een “Terug Naar Werk-traject” betreft elk traject dat tot doel heeft om de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde na een doorverwijzing door de adviserend arts op basis van een inschatting van de restcapaciteiten of na een vraag van deze gerechtigde zelf onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator” zo snel mogelijk te ondersteunen bij het vinden van de gepaste begeleiding met het oog op de uitoefening van een tewerkstelling die past bij zijn mogelijkheden en noden. In voorkomend geval wordt na een grondig overleg tussen de gerechtigde, de “Terug Naar Werk-coördinator”, de adviserend arts en alle andere te betrekken actoren tijdens een re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie in het kader van een dergelijk “Terug Naar Werk-traject” een multidisciplinair re-integratieplan opgesteld. Dit plan wordt op regelmatige wijze opgevolgd.

Om te kunnen nagaan of een “Terug Naar Werk-traject” kan aanvatten, is de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige of meewerkende echtgenoot ertoe gehouden:

- op verzoek van de adviserend arts de gegevens te bezorgen die noodzakelijk zijn voor de inschatting van zijn restcapaciteiten (vgl. de vragenlijst die tien weken na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid wordt verzonden), evenals een gevolg te geven aan de uitnodiging van de adviserend arts voor een medisch onderzoek dat wordt georganiseerd als deze adviserend arts het nodig acht (bijvoorbeeld als de voor deze inschatting van de restcapaciteiten vereiste gegevens niet worden bezorgd of onvoldoende zijn om over te gaan tot deze evaluatie)
- een gevolg te geven aan de uitnodiging van de “Terug Naar Werk-coördinator” voor een eerste contactmoment in het kader van het “Terug Naar Werk-traject”.

Aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, te bepalen onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend wanneer de arbeidsongeschikte gerechtigde zonder geldige rechtvaardiging afwezig is op dit medisch onderzoek bij de adviserend arts of op het eerste contactmoment bij de “Terug Naar Werk-coördinator”. In dit kader kan de afwezigheid van de gerechtigde worden gerechtvaardigd door elementen zowel van medische aard als van niet-medische aard.

Er is ook uitdrukkelijk bepaald dat de door de Koning bepaalde maatregel niet tot gevolg mag hebben dat het dagbedrag van de uitkering van de arbeidsongeschikte gerechtigde met meer dan 2,5 procent wordt verminderd.



In 2024 zal het Kenniscentrum arbeidsongeschiktheid een wetenschappelijke studie laten uitvoeren over de toepassing van deze wet van 12 januari 2023 en de besluiten genomen in uitvoering van de door deze wet gewijzigde bepalingen waarbij de verschillende belanghebbende partijen zullen moeten worden betrokken en waarin een minimaal aantal welomschreven aspecten zullen moeten worden geëvalueerd.

## 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	Opschrift
07.02.2023 – Editie 2	15.01.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3 <sup>o</sup> , en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft

### Samenvatting van de wijzigingen

In bijlage 1, gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van het artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3<sup>o</sup>, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft, worden aanvullingen toegevoegd en bepaalde producten geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
08.02.2023	15.01.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 <sup>o</sup> a), 19 <sup>o</sup> , 20 <sup>o</sup> en 20 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> en 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- De volgende punten worden toegevoegd aan artikel 1:
  - => 65 “autosondage bij de patiënt thuis”, de urinesondage die thuis door de patiënt zelf wordt verricht of door een persoon uit zijn omgeving die daartoe is opgeleid en die bekwaam is voor het uitvoeren van deze techniek;
  - => 66 “meer geavanceerde sonde”, een sonde met geïntegreerd glijmiddel waaraan functies werden toegevoegd die een meerprijs rechtvaardigen, zoals bij voorbeeld een geïntegreerde urinezak;

=> 67 “arts-specialist in het kader van de autosondage”, de arts-specialist in de urologie, in de neurologie, in de pediatrie neurologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie, deze laatste tevens specialist in de functionele en professionele revalidatie van personen met een handicap in het kader van een dienst of een centrum voor neurologische of locomotorische revalidatie zoals bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.

- deel I, titel 1, hoofdstuk II van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met een afdeling 5
- deel III, titel 2, van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met de volgende punten:
  - => B61) - Aanvraag ter attentie van de adviserend arts - aanvraag tot vergoeding voor autosondage bij de rechthebbende thuis;
  - => B71) Machtiging van adviserend arts voor autosondage thuis.
- de kennisgevingen die zijn gedaan in het kader van het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis blijven geldig tot de laatste dag van de geldigheid daarvan
- binnen een termijn van drie maanden vanaf de datum van inwerkingtreding van dit besluit, moeten de bedrijven voor elk product dat is ingeschreven op de lijst, de verbintenis ondertekend hebben en naar het secretariaat van de Commissie verstuurd hebben
- het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.02.2023 – Editie 1	08.02.2023	Koninklijk besluit betreffende de integratie in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van gedetineerden en geïnterneerden geplaatst in inrichtingen zoals bedoeld in artikel 3, 4°, a), b) en d), van de wet van 5 mei 2014 betreffende de internering

### Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 januari 2023 zullen alle gedetineerden worden geïntegreerd in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Met het koninklijk besluit wordt dus de verzekerbaarheid bij de ziekenfondsen geregeld, waarbij een nieuwe hoedanigheid van gedetineerde rechthebbende werd gecreëerd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Deze nieuwe hoedanigheid is residuair en is een vangnet voor wie tijdens de detentieperiode niet in orde is inzake verzekerbaarheid bij het ziekenfonds.

De geneeskundige verzorging die gedetineerden nodig hebben buiten de gevangenis of inrichting van de FOD Justitie zal ten laste worden genomen van de verplichte ziekteverzekering, wat ook geldt voor een opname in het ziekenhuis.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.03.2023	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 225 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

Via een wijziging van artikel 225, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt in dit koninklijk besluit bepaald dat de premie die wordt toegekend in het kader van de Vlaamse jobbonus en de Vlaamse jobbonusPLUS niet in aanmerking wordt genomen voor de vaststelling van de concrete gezinssituatie van de gerechtigde die arbeidsongeschikt erkend is.

Deze neutralisatie zorgt ervoor dat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden de hoedanigheid van gerechtigde met persoon ten laste of van gerechtigde gelijkgesteld met een alleenstaande gerechtigde kunnen blijven behouden (of kunnen verwerven), ook al zouden door de toekenning van deze premie de beroepsinkomsten van de persoon die samenwoont met de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde, het toepasselijke drempelbedrag overschrijden.

Dit koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2022. De premie toegekend in het kader van deze jobbonus dient immers als een jaarlijks voordeel te worden gekwalificeerd, waardoor principieel voor elke kalendermaand van 2022 één twaalfde van het toegekende bedrag voor 2022 in aanmerking moet worden genomen. Door de neutralisatie vanaf 1 januari 2022 te voorzien, wordt in 2022 met het hele bedrag van de premie geen rekening gehouden.

Hetzelfde principe geldt voor de premie toegekend voor het jaar 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.03.2023	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
15.03.2023 – Editie 2	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - <i>Erratum</i> .

### Samenvatting van de wijzigingen

Wat betreft de neutralisatie van de degressiviteit in het kader van de toepassing van de maatregel van alignering bij de toekenning van de moederschapsuitkering aan de gecontroleerd werkloze gerechtigde (maatregel voorzien in de begrotingsnotificaties voor 2023 – programmawet van 26.12.2022), bepaalt dit koninklijk besluit dat er gedurende de hele periode van moederschapsbescherming rekening moet worden gehouden met de toepasselijke fase van de vergoedingsperiode waarin zij zich zou hebben bevonden in het kader van de werkloosheidsreglementering op de eerste dag van de periode van moederschapsbescherming.

Het koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2023 en is van toepassing op de tijdvakken van moederschapsbescherming die op deze datum al lopende zijn, evenals op de tijdvakken van moederschapsbescherming die ten vroegste op deze datum aanvatten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.03.2023	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 mei 2014 tot uitvoering van de artikelen 25 en volgende van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 12 mei 2014 tot uitvoering van de artikelen 25 en volgende van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in artikel 5, § 5:
  - => in het eerste lid, 2<sup>o</sup>, b), wordt het getal “0,25” vervangen door het getal “0,30”;
  - => in het tweede lid, worden de woorden “in 2<sup>o</sup>” vervangen door de vermelding “in het eerste lid, 2<sup>o</sup>, ”;
  - => de paragraaf wordt aangevuld met een lid, luidende: “Het in het eerste lid, 2<sup>o</sup>, b), bedoelde bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd, en dit voor de eerste keer op 1 januari 2023, overeenkomstig de indexeringsregeling voorzien krachtens artikel 207*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”
- in de Nederlandse tekst van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht, behalve in artikel 18:
  - => het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts”;
  - => het woord “geneesheren-directeurs” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-directeurs”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.03.2023	12.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 237 <i>quinquies</i> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt voorzien in een herwaardering van de jaarlijkse inhaalpremie in de regeling voor werknemers:

- herwaardering van de inhaalpremie na 1 jaar arbeidsongeschiktheid:
  - => de inhaalpremie voor werknemers die minstens 1 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd in functie van de gezinssituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald met de uitkeringen van de maand mei.
  - => het bedrag van de inhaalpremie verhoogt met 80 EUR in 2023 voor de gerechtigden *met gezinslast en met 35 EUR in 2023 en 5 EUR in 2024 voor de gerechtigden zonder gezinslast.*
- herwaardering van de inhaalpremie na minstens 2 jaar arbeidsongeschiktheid:
  - => de inhaalpremie voor werknemers die minstens 2 jaar arbeidsongeschikt zijn op 31 december van het voorgaande jaar en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend, wordt verhoogd in functie van de gezinssituatie (met of zonder gezinslast). Deze inhaalpremie wordt betaald met de uitkeringen van de maand mei.
  - => het bedrag van de inhaalpremie verhoogt met 80 EUR in 2023 voor de gerechtigden *met gezinslast en met 35 EUR in 2023 en 5 EUR in 2024 voor de gerechtigden zonder gezinslast.*

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.03.2023	12.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7 van het koninklijk besluit van 12 februari 2009 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voorziet ook in 2023 en 2024 in de verdere toepassing van de schorsing van de herwaarderingsmaatregel van 2% van het bedrag van de invaliditeitsuitkering (exclusief de minima) van de gerechtigde wiens arbeidsongeschiktheid de duur van 15 jaar bereikt uiterlijk op 31 augustus van het betrokken jaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.03.2023	12.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende maatregelen ingevoerd:

- de verhoging van het ZIV-plafond met 1,1 % (met ingang van 01.01.2024)
- de verhoging van de minimumuitkering 'regelmatig werknemer' voor de gerechtigden met gezinslast met 2,5% en voor de alleenstaande en samenwonende gerechtigden met 2% (met ingang van 01.07.2023)
- de verhoging van de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden met 0,5% (met ingang van 01.07.2023)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering (exclusief de minima) met 0,95% voor de gerechtigden waarvan de begindatum van de arbeidsongeschiktheid zich bevindt uiterlijk op 31 december 2007 (met ingang van 01.07.2023)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2% (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is aangevat in de periode vanaf 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 – ziekte duur van vijf jaar (met ingang van 01.07.2023)
- de verhoging van de invaliditeitsuitkering met 2% (exclusief de minima) voor de gerechtigden wier arbeidsongeschiktheid is aangevat in de periode vanaf 1 januari 2019 tot en met 31 december 2019 – ziekte duur van vijf jaar (met ingang van 01.01.2024).

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.03.2023	12.03.2023	Koninklijk besluit van 12 maart 2023 tot herwaardering van de bedragen bedoeld in artikel 136, § 1 van de wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van de inhouding van 3,5% op de invaliditeitsuitkeringen voor de sector van de pensioenen bepaalt dit koninklijk besluit dat het dagbedrag van de invaliditeitsuitkering niet mag worden verminderd tot een bedrag lager dan 36,20 EUR voor de gerechtigden zonder gezinslast en tot een bedrag lager dan 45,68 EUR voor de gerechtigden met gezinslast (het gaat om de niet-geïndexeerde bedragen). Zo nodig wordt het bedrag van de inhouding beperkt tot aan deze voorwaarde is voldaan.

Deze nieuwe geherwaardeerde plafonds stemmen overeen respectievelijk met het bedrag van de minimumuitkering voor een alleenstaande regelmatig werknemer en het bedrag van de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer met gezinslast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.03.2023 – Editie 2	19.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat het begrip gecontroleerde werkloosheid en de voortgezette verzekering betreft, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Naar aanleiding van de wijzigingen inzake het recht op werkloosheidsuitkeringen voor werknemers die tewerkgesteld zijn in de kunstsector (kunstwerkers), brengt dit koninklijk besluit enkele formele wijzigingen aan in artikel 246 en artikel 247 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

- wat de periode van gecontroleerde werkloosheid betreft wanneer het recht op werkloosheidsuitkeringen is ontzegd in het kader van de bijzondere cumulatierегeling van toepassing in geval van het verrichten van artistieke activiteiten en het genot van werkloosheidsuitkeringen, wordt in artikel 246, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de verwijzing naar artikel 188, § 2, van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering (hierna: werkloosheidsbesluit) toegevoegd en wordt met betrekking tot de verwijzing naar artikel 48*bis*, § 2, zesde tot en met twaalfde lid, van het werkloosheidsbesluit gepreciseerd dat het gaat om de toepassing van deze bepalingen zoals van kracht op 30 september 2022.  
=> artikel 48*bis* van het werkloosheidsbesluit is immers met ingang van 1 oktober 2022 opgeheven, maar bepaalde werknemers (werknemers die ambtshalve worden toegelaten op grond van art. 195, § 1, van het werkloosheidsbesluit en werknemers toegelaten op grond van de bepalingen van art. 195, § 2, van het werkloosheidsbesluit in het kader van de voorlopige maatregelen die toelaten om de situatie van de werknemers te regelen die nog niet het vereiste getuigschrift van de kunstwerkcommissie kunnen verkrijgen om van het nieuwe statuut te genieten) blijven onderworpen aan artikel 48*bis*, § 2, zesde tot en met dertiende lid van het werkloosheidsbesluit, zoals van kracht op 30 september 2022.
- wat het genot van de voortgezette verzekering betreft gedurende de tijdvakken van weigering van de uitkeringen, bedoeld in de artikelen 30 tot en met 34, 37, 38 en 85 van het werkloosheidsbesluit, omdat de werkloze niet voldoet aan de vereiste toelaatbaarheidsvoorwaarden, wordt in artikel 247, § 1, 1<sup>o</sup>, eerste lid, a), van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de verwijzing naar artikel 182 en artikel 195, § 2, tweede lid, van het werkloosheidsbesluit toegevoegd, naast de verwijzing naar de andere al geciteerde artikelen van het werkloosheidsbesluit.  
=> met betrekking tot de te vervullen toelaatbaarheidsvoorwaarden zijn in artikel 182 van het werkloosheidsbesluit meer specifieke afwijkende bepalingen opgenomen voor de kunstwerkers en zijn in artikel 195, § 2, van het werkloosheidsbesluit meer soepele afwijkende bepalingen opgenomen in het kader van de voorlopige maatregelen die toelaten om de situatie van de werknemers te regelen die nog niet het vereiste getuigschrift van de kunstwerkcommissie kunnen verkrijgen om van het nieuwe statuut te genieten.
- wat het genot van de voortgezette verzekering betreft tijdens de tijdvakken van weigering van de uitkeringen, bedoeld in artikel 44 van het koninklijk besluit van 25 november 1991, houdende de werkloosheidsuitkering, omdat de werkloze gerechtigde niet zonder arbeid en zonder loon is, wordt in artikel 247, § 1, 1<sup>o</sup>, eerste lid, b), van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een verwijzing naar artikel 188, § 1, tweede lid, van het werkloosheidsbesluit toegevoegd, naast de verwijzing naar artikel 44 van het werkloosheidsbesluit.  
=> in artikel 188, § 1, van het werkloosheidsbesluit zijn voortaan meer specifieke afwijkende bepalingen opgenomen voor de kunstwerkers: de activiteit die wordt uitgeoefend door de kunstwerker die de specifieke regels geniet, leidt in het algemeen niet tot het verlies van een uitkering voor de dagen van activiteit, maar bepaalde activiteiten van kunstwerkers kunnen nog steeds leiden tot het verlies van een uitkering.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.01.2023 – Editie 1	11.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), §§ 1 en 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

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

- in paragraaf 1, l., 5:
  - => wordt na de verstrekking 247052-247063 de verstrekking 247214-247225 ingevoegd;
  - => wordt de verstrekking 247236-247240 ingevoegd na de verstrekking 247074-247085;
  - => worden in de omschrijving van de verstrekking 247096-247100 de woorden “het voorste deel van de” ingevoegd tussen het woord “van” en het woord “oogholte”;
  - => de omschrijving van de verstrekkingen 247052-247063, 247111-247122 en 247133-247144 wordt vervangen
  - => de verstrekkingen 247155-247166, 247170-247181 en 247192-247203 worden vervangen;
- paragraaf 2 wordt aangevuld als volgt: “9° De verstrekkingen die bepaald zijn in § 1. -I. Heelkundige verstrekkingen., 5° Ingrepen in de oogholte, mogen niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen die bepaald zijn in § 1. -I. Heelkundige verstrekkingen., 6° Ingrepen op de spieren.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.01.2023 – Editie 2	22.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 25, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 25, § 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, verstrekking 596724 en haar toepassingsregel toegevoegd na verstrekking 596540 en haar toepassingsregel.



Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.01.2023	22.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 17, § 1, 11<sup>o</sup> *ter* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de tweede toepassingsregel die op de verstrekking 458496-458500 volgt, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.01.2023	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 33 <i>bis</i> , § 1 en § 5 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 33*bis* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1:
  - => wordt de omschrijving van de verstrekking 587834-587845 vervangen als volgt: “Bepalen van de hypermutatiestatus en VH-gebruik van het productieve immuunglobuline zware keten gen bij patiënten met een chronische lymfatische leukemie.....B 8000 (Maximum 1) (Cumulregel 2) (Diagnoseregels 18)”;
  - => wordt na de verstrekking 587834-587845 de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekking 587834-587845 mag slechts één keer in het leven van een patiënt aangerekend worden.”;
- In paragraaf 5 wordt diagnoseregels 18 in de rubriek “Diagnoseregels” vervangen als volgt: “18. De verstrekking 587834-587845 mag alleen worden aangerekend bij patiënten met actieve of gevorderde ziekte zonder 17p deletie/TP53 mutatie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.01.2023	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1 en artikel 24, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot het ureum

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in artikel 3, § 1 wordt de omschrijving van de verstrekking 125075-125086 aangevuld met de woorden “(Diagnoseregels 162)”

- in artikel 24, § 1 wordt diagnoseregels 162 toegevoegd: “De verstrekking 125075-125086 kan niet worden aangerekend aan de ZIV of aan de patiënt wanneer de geschatte glomerulaire filtratie snelheid (eGFR) hoger is dan 30ml/min/1,73m<sup>2</sup>.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.01.2023	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1 en artikel 24bis, § 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 stamceltransplantatie

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in artikel 24, § 1:
  - => in de rubriek “Cumulregels” wordt cumulregel 114 vervangen;
  - => in de rubriek “Diagnoseregels” wordt diagnoseregels 78 vervangen.
- in artikel 24bis, § 1 worden na verstrekking 556990-557001 de verstrekking 557071-557082 en de toepassingsregel ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 33bis, §§ 1 en 5 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 33bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1,
  - => wordt de verstrekking 587790-587801 opgeheven;
  - => wordt de verstrekking 587812-587823 vervangen;
  - => wordt na de verstrekking 587812-587823 de verstrekking 587974-587985 ingevoegd.
- in paragraaf 5, in de rubriek “Diagnoseregels”,
  - => worden de diagnoseregels 15 en 16 vervangen;
  - => wordt de diagnoseregels 17 opgeheven;
  - => wordt de rubriek aangevuld met de diagnoseregels 26.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.02.2023 – Editie 2	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- de verstrekking 545930-545941 wordt ingevoegd na de verstrekking 542931-542942
- de diagnoseregels 153 wordt vervangen
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld met de diagnoseregels 167.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.02.2023 – Editie 1	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, C. en artikel 24, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
07.04.2023	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, C., en artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Erratum.</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 3, § 1, C. van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- In de rubriek “1. /KLINISCHE BIOLOGIE”, onder de hoofding “7/HEMATOLOGIE”, worden in de omschrijving van de verstrekking 127153-127164 de woorden “Cumulregel 101” vervangen door de woorden “Cumulregel 101, 354”.

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

- in de rubriek “1/CHEMIE”, onder de hoofding “1/Bloed”,  
=> worden in de omschrijving van de verstrekking 542791-542802 de woorden “(Maximum 1) (Diagnoseregels 53)” vervangen door de woorden “(Maximum 1) (Cumulregel 49) (Diagnoseregels 86)”  
  
=> worden in de omschrijving van de verstrekking 541052-541063 de woorden “(Cumulregel 35)” vervangen door de woorden “(Cumulregel 35, 354)”;

- in de rubriek “2/CHEMIE: HORMONOLOGIE”, onder de hoofding “1/Bloed” wordt tussen de verstrekking 559311-559322 en de verstrekking 559333-559344 de verstrekking 557196-557200 ingevoegd
- in de rubriek “9//IMMUNO-HEMATOLOGIE & NIET INF.SEROLOGIE”,  
=> worden de toepassingsregels die volgen op de omschrijving van de verstrekking 556275-556286, geschrapt;  
  
=> worden de volgende toepassingsregels ingevoegd na de omschrijving van de verstrekking 545893-545904: “Wat betreft de eventuele diagnostische criteria veronderstellen de hierboven vermelde regels dat de ermee verband houdende gegevens worden meegedeeld op het voorschrift. Het is de verantwoordelijkheid van de voorschrijver deze gegevens kenbaar te maken.  
Tenzij anders vermeld in de omschrijvingen of de regels, zijn de cumulregels, diagnoseregels en maximum aantallen van toepassing per afname. Indien meerdere afnames van éénzelfde analyse nodig zijn in de loop van de 24 uur van éénzelfde dag, dan mogen deze worden samengebracht op één enkel voorschrift, voor zover het aantal afnames wordt vermeld op dit voorschrift.”;
- in de rubriek “Cumulregels”,  
=> worden de cumulregels 49 en 214 vervangen;  
=> wordt de rubriek aangevuld met de cumulregel 354.
- in de rubriek “Diagnoseregels”,  
=> worden de diagnoseregels 53, 86 en 155 vervangen;  
=> wordt de rubriek aangevuld met de diagnoseregule 169.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.02.2023 – Editie 1	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de rubriek 1/CHEMIE, onder 9/Diversen, wordt de omschrijving van de verstrekking 545915-545926 vervangen
- in de rubriek “Diagnoseregels”,  
=> wordt de diagnoseregule 157 vervangen;  
=> wordt de rubriek door een diagnoseregule 168 aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.02.2023 – Editie 1	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de verstrekking 540315-540326,
  - => worden in de omschrijving de woorden “en apolipoproteïne B” geschrapt;
  - => wordt de betreffende waarde vervangen door “100”;
- de verstrekking 542975-542986 wordt ingevoegd na de verstrekking 540315-540326
- de omschrijving van de verstrekking 542231-542242 wordt vervangen
- in de Nederlandse tekst wordt in de omschrijving van de verstrekking 547396-547400 het woord “meerheid” vervangen door het woord “meerderheid”
- in de omschrijving van de verstrekking 549312-549323 worden de woorden “(Cumulregel 70)” geschrapt
- in de Franse tekst wordt in de omschrijving van de verstrekking 549614-549625 het woord “sensibilité” vervangen door het woord “sensibilité”
- de verstrekkingen 553151-553162, 553195-553206, 554411-554422, 554654-554665, 554595-554606 en 556393-556404 worden geschrapt
- de verstrekking 552495-552506 wordt ingevoegd na de verstrekking 545112-545123
- in de omschrijving van de verstrekking 554256-554260 worden de woorden “(Cumulregel 351)” toegevoegd
- de verstrekking 552473-552484 wordt ingevoegd na de verstrekking 554256-554260;
- in de omschrijving van de verstrekking 554551-554562 worden de woorden “(Cumulregel 166)” toegevoegd
- in de omschrijving van de verstrekking 554632-554643 worden de woorden “en met 2 scarificaties” vervangen door de woorden “met scarificatie”
- de verstrekking 552451-552462 wordt ingevoegd na de verstrekking 553313-553324
- de verstrekking 556496-556500 wordt vervangen
- in de omschrijving van de verstrekking 556371-556382 worden de woorden “(Cumulregel 353)” toegevoegd
- de verstrekkingen 552510-552521 en 552532-552543 worden ingevoegd na de verstrekking 556570-556581
- in de rubriek “Cumulregels”,
  - => worden in cumulregel 13 de woorden “en 542231 - 542242” geschrapt;
  - => worden de cumulregels 54, 106 en 107 geschrapt;
  - => worden de cumulregels 351, 352 en 353 toegevoegd;
- in de rubriek “Diagnoseregels”,
  - => worden in diagnoseregel 17 de woorden “554595 - 554606 of” geschrapt;
  - => worden in diagnoseregel 19 de woorden “554595 - 554606 of” geschrapt;
  - => wordt in diagnoseregel 34 in de Nederlandse tekst het woord “antiïchamen” vervangen door het woord “antilichamen”;
  - => worden in diagnoseregel 53 de woorden “545834-545845,” ingevoegd tussen de woorden “556290-556301,” en de woorden “556651-556662”;
  - => wordt diagnoseregel 54 geschrapt;

- => worden de diagnoseregels 64, 83 en 107 vervangen;
- => wordt in diagnoseregel 142 in de Franse tekst het woord “trombose” vervangen door het woord “thrombose”;
- => worden de diagnoseregels 163, 164, 165 en 166 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.02.2023 – Editie 1	16.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24 <i>bis</i> , §§ 1 en 5 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 24*bis* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1:
    - => worden de verstrekking 556710-556721 en de toepassingsregels die erop volgen, geschrapt;
    - => wordt de betreffende waarde van de verstrekkingen 556732-556743, 556776-556780, 556894-556905, 556916-556920, 556931-556942 en 556990-557001 vervangen door “2000”;
    - => wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 556732-556743 vervangen;
    - => wordt de betreffende waarde van de verstrekkingen 556791-556802, 556813-556824, 556835-556846, 556850-556861, 556872-556883, 556953-556964 en 557034-557045 vervangen door “1500”;
    - => wordt de verstrekking 556975-556986 vervangen;
    - => worden de verstrekkingen 557115-557126 en 557152-557163 en de toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 556695-556706 en de toepassingsregels die erop volgen;
  - in paragraaf 5:
    - => worden in de bepaling onder 2<sup>o</sup> de woorden “of binnen de 2 jaar na het in werking treden van dit besluit verwerft” geschrapt;
    - => wordt de bepaling onder 3<sup>o</sup> geschrapt;
    - => worden in de bepaling onder 6<sup>o</sup> de woorden “het WIV” vervangen door het woord “Sciensano”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
08.02.2023	19.01.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 12, 17, 17 <i>ter</i> , 20 en 34 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 de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 12, § 3, 2<sup>o</sup> wordt de bepaling onder c) vervangen

- In artikel 17, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 453574-453585, wordt vervangen;
  - => de eerste toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 453596-453600, wordt vervangen;
  - => na de toepassingsregels die volgen op de omschrijving van de verstrekking 453596-453600, wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekkingen 453574-453585 en 453596-453600 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 589013-589024 en 589035-589046 op dezelfde dag.”.
  
- In artikel 17ter, A., 5° worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 464170-464181, wordt vervangen;
  - => de eerste toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 464192-464203 wordt vervangen;
  - => na de toepassingsregels die volgen op de omschrijving van de verstrekking 464192-464203, wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekkingen 464170-464181 en 464192-464203 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 589013-589024 en 589035-589046 op dezelfde dag.”.
  
- In artikel 20 worden volgende wijzigingen aangebracht:
  - in paragraaf 1, e):
    - 1° wordt de verstrekking 476070-476081 geschrapt;
    - 2° worden de toepassingsregels die volgen op de omschrijving van de verstrekking 476055-476066 vervangen:
    - 3° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de omschrijving van de verstrekking 476291-476302: “De verstrekkingen voor het elektrofysiologisch onderzoek omvatten alle medische verstrekkingen, alle controles en alle verstrekkingen medische beeldvorming op de behandelingsdag, exclusief de medische beeldvorming uit artikel 17 en artikel 17bis. Enkel bij elektrofysiologische onderzoeken waarbij een transseptale punctie wordt verricht, kan de verstrekking 469674-469685 bijkomend worden aangerekend op voorwaarde dat deze verstrekking wordt uitgevoerd door een andere arts-specialist dan diegene die het elektrofysiologisch onderzoek uitvoert.”;
    - 4° worden in de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 476313-476324, de rangnummers “, 476070-476081” geschrapt;
    - 5° worden in de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 476652-476663, de rangnummers “, 476070-476081” geschrapt;
    - => worden in paragraaf 2, A., 4., onder het tweede koppelteken “-uit de rubriek e)”, de rangnummers “, 476070-476081” geschrapt.
  
- In artikel 34, § 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in de bepaling onder a) Vasculaire transluminale percutane behandelingen,
    - 1° worden de verstrekkingen 590251-590262 en 590273-590284 en de toepassingsregels na de omschrijving van de verstrekking 589035-589046 ingevoegd;
    - 2° wordt het woord “niet” tussen de woorden “zelfde zitting” en “worden gecumuleerd” ingevoegd;
    - 3° wordt de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 589035-589046, geschrapt;



- 4° wordt in de derde toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 589035-589046, het nummer “15” door “30” vervangen en worden de woorden “de coronografie” door de woorden “een nieuwe coronarografie” vervangen;
- 5° wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 589455-589466: “De verstrekking 589455-589466 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen voor een digitale coronarografie.”;
- 6° worden in de laatste toepassingsregel van de bepaling onder a) Vasculaire transluminale percutane behandelingen de woorden “verrichte angiocardiografien” vervangen door de woorden “coronarografieën geattesteerd onder de nummers 590251-590262 en 590273-590284”.
- => in de bepaling onder b) Andere percutane behandelingen wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd na de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 589573-589584: “De verstrekkingen voor het elektrofysiologisch onderzoek omvatten alle medische verstrekkingen, alle controles en alle verstrekkingen medische beeldvorming op de behandelingsdag, exclusief de medische beeldvorming uit artikel 17 en artikel 17bis. Enkel bij elektrofysiologische onderzoeken waarbij een transseptale punctie wordt verricht, kan de verstrekking 469674-469685 bijkomend worden aangerekend op voorwaarde dat deze verstrekking wordt uitgevoerd door een andere arts-specialist dan diegene die het elektrofysiologisch onderzoek uitvoert.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.03.2023 – Editie 2	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 3bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 25, § 3bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende toepassingsregels ingevoegd na de omschrijving van de verstrekking 590730:

“Het gebruik van de verstrekkingen 590516, 590531, 590553, 590575, 590590, 590612, 590634, 590656, 590671, 590693, 590715, 590730, 590752, 590774, 590796 of 590811 is voorbehouden aan de artsen die de medische permanentie uitoefenen in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg.

De hoofdarts is medeverantwoordelijk voor het correct aanrekenen van de verstrekkingen.

De hoofdarts houdt een lijst bij van de artsen die instaan voor de permanentie in een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg met inbegrip van hun kwalificatie: (geaccrediteerde) arts-specialist in de urgentiegeneskunde, (geaccrediteerde) arts-specialist die houder is van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, (geaccrediteerde) huisarts met een brevet in acute geneeskunde, (geaccrediteerde) arts-specialist in 1 van de 13 basisdisciplines zoals vermeld in koninklijk besluit van 27 april 1998, en de arts-specialist in opleiding in 1 van de 13 basisdisciplines zoals vermeld in koninklijk besluit van 27 april 1998.

De hoofdarts houdt de lijst bij op een naar inhoud door het Verzekeringscomité goedgekeurd document, dat op hun vraag aan de verzekeringsinstellingen of aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle elektronisch wordt overgemaakt.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.03.2023 – Editie 1	08.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 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
18.04.2023	08.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- wijziging collectieve zittingen van ouderbegeleiding: collectieve zittingen ouderbegeleiding konden plaatsvinden met drie of vier ouderparen. Vanaf 1 mei zullen ze kunnen met drie, vier, vijf of zes ouderparen, aangezien deze werkwijze efficiënter is. Bovendien worden de wachtlijsten voor ouderbegeleiding beperkt
- wijziging van de voorschrijverstabel: de tabel van voorschrijvers voor de eerste aanvraag van behandeling is gewijzigd met het oog op vereenvoudiging. De lijst wordt uitgebreid, zodat meer specialisten een geschikt voorschrift voor bepaalde behandelingen kunnen afleveren
- wijziging van § 2 b) 6.3: chronische spraakstoornissen: de omschrijving van de stoornis is aangepast als volgt: “Chronische spraakstoornissen ten gevolge van neuromusculaire aandoeningen opgenomen in de lijst die gehanteerd wordt door de referentiecentra voor neuromusculaire aandoeningen, of ten gevolge van de ziekte van Parkinson of van de ziekte van Huntington of ten gevolge van hersenverlamming bij kinderen tot de leeftijd van 3 jaar, geattesteerd door de neuroloog, met uitsluiting van demantie of symptomen van beginnende demantie.” Het doel van deze wijziging is om een meer nauwkeurige definitie te geven van de voorwaarden die toegang kunnen geven tot een terugbetaling voor de behandeling van chronische spraakstoornissen, op basis van een reeds bestaande lijst voor de geconventioneerde centra
- wijziging van § 2 b) 6.5: orthodontie: de omschrijving van de stoornis is aangepast als volgt: “6.5. veelvuldige functionele stoornissen in relatie tot een orthodontische stoornis.” De lijst van toegelaten voorschrijvers werd ingeperkt: de NKO-arts, de orthodontist, de algemeen tandarts en de arts-specialist in stomatologie
- verduidelijken of schrappen van bepaalde termen en actualiseren van de woordenschat: voor bepaalde termen zijn definities toegevoegd, bv. voor afasie, dysglossie en dysartrie. Bepaalde woorden zijn vervangen met het oog op het gebruik van een meer actuele woordenschat, zoals “arts” in plaats van “geneesheer”, “buitengewoon onderwijs” in plaats van “bijzonder onderwijs” en “beperking” in plaats van “handicap”. Een aantal verouderde (verwijzing naar de Erkenningsraad in verband met de toekenning van visa) of onjuiste passages of termen (bv. bradylalie) zijn geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
23.03.2023	09.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- § 14, 5°, B, e) wordt vervangen als volgt:

“ e) Chronischevermoeidheidssyndroom:

Het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose moet worden opgemaakt door een arts-specialist in de reumatologie, in de fysische geneeskunde en revalidatie, in de neurologie of in de inwendige geneeskunde, na klinisch onderzoek en overeenkomstig de meest recente criteria die op internationaal niveau van toepassing zijn.

Voor het einde van het eerste jaar dat volgt op het jaar waarin de eerste verstrekking van de behandeling heeft plaatsgehad, zal voornoemde arts-specialist de evolutie van de symptomen van de patiënt opnieuw beoordelen, teneinde te bevestigen dat het noodzakelijk is dat de behandeling wordt voortgezet in het kader van § 14. Deze bevestiging, getekend door de arts-specialist, moet voorkomen in het individuele kinesitherapiedossier.”

- § 14, 5°, B, f) wordt vervangen als volgt:

f) Fibromyalgiesyndroom:

Het initiële voorschrift met vermelding van de diagnose moet worden opgemaakt door een arts-specialist in de reumatologie, in de fysische geneeskunde en revalidatie, in de neurologie of in de inwendige geneeskunde, na klinisch onderzoek en overeenkomstig de meest recente criteria die op internationaal niveau van toepassing zijn.

Voor het einde van het eerste jaar dat volgt op het jaar waarin de eerste verstrekking van de behandeling heeft plaatsgehad, zal voornoemde arts-specialist de evolutie van de symptomen van de patiënt opnieuw beoordelen, teneinde te bevestigen dat het noodzakelijk is dat de behandeling wordt voortgezet in het kader van § 14. Deze bevestiging, getekend door de arts-specialist, moet voorkomen in het individuele kinesitherapiedossier.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.03.2023 – Editie 1	14.03.2023	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, met betrekking tot globaal medisch dossier

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 10277 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:

- in de eerste toepassingsregel wordt het punt g) vervangen als volgt: “g) voor een patiënt van 30 tot en met 84 jaar die het statuut chronische aandoening geniet, diverse klinische en biologische gegevens die nuttig zijn voor de evaluatie van de gezondheidstoestand van de patiënt en voor de verbetering van de kwaliteit van de zorg.”
- in de zevende toepassingsregel worden de woorden “vanaf het jaar van de 45<sup>e</sup> verjaardag tot het jaar van de 75<sup>e</sup> verjaardag” vervangen door de woorden “vanaf het jaar van de 30<sup>ste</sup> verjaardag tot het jaar van de 85<sup>ste</sup> verjaardag”.

#### 4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.01.2023 – Editie 2	26.12.2022	Koninklijk besluit 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

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 8, punt 5<sup>o</sup>, wordt aangevuld met de volgende woorden: “of een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden toegekend krachtens het Waals Wetboek van Sociale Actie en Gezondheid of de Ordonnantie van 10 december 2020 betreffende de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, of een zorgbudget voor ouderen met een zorgnood toegekend krachtens het Decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming”
- artikel 18 wordt aangevuld met een bepaling onder 11, luidende: “11. geniet van een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden toegekend door de Duitstalige Gemeenschap krachtens de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap of van een zorgtoeslag voor ouderen toegekend krachtens het decreet van de Duitstalige Gemeenschap van 27 juni 2022 betreffende het zorgbudget voor ouderen”
- er wordt een artikel 49/1 ingevoegd, luidende: “Art. 49/1. Voor de gezinnen waarvan een lid in 2022 geniet van de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden bedoeld in artikel 8, punt 5<sup>o</sup> en zijn woonplaats heeft in het Duitse taalgebied, wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor het jaar 2023 automatisch verlengd krachtens het artikel 15 van dit besluit. Voor de gezinnen waarvan een lid in 2023 geniet van de zorgtoeslag voor ouderen krachtens het decreet van de Duitstalige Gemeenschap van 27 juni 2022 betreffende het zorgbudget voor ouderen wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming voor het jaar 2024 automatisch verlengd krachtens het artikel 15 van dit besluit  
deze gezinnen worden vanaf 1 januari 2024 opgenomen in de lijst bedoeld in artikel 37, § 1 in het geval zij hun woonplaats hebben in het Duitse taalgebied.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
26.01.2023	19.01.2023	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2023 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

#### Samenvatting van de wijzigingen

De datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de tandartsen in 2023 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 27 januari 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023	22.12.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland

#### Samenvatting van de wijzigingen

Voor het tijdvak van 1 januari 2023 tot en met 31 december 2023 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 685,58 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023	15.01.2023	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de medische verkiezingen in 2023 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

#### Samenvatting van de wijzigingen

De datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de artsen in 2023 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 27 februari 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.02.2023 – Editie 1	15.01.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst als bijlage bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis
02.03.2023	15.01.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst als bijlage bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis. - <i>Erratum.</i>

#### Samenvatting van de wijzigingen

In bijlage I, eerste deel, a), bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis, worden de sondes die als bijlage volgen ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.02.2023	06.02.2023	Koninklijk besluit tot uitvoering van hoofdstuk 3 van titel 9 van de programmawet van 26 december 2022 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen

### Samenvatting van de wijzigingen

Naar aanleiding van de hervorming van het overbruggingsrecht voor de zelfstandigen wijzigt dit koninklijk besluit onder andere artikel 3, 6<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wat de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen in het stelsel van de zelfstandigen betreft voor de zelfstandigen of de meewerkende echtgenoten die het behoud van de sociale rechten in het kader van het overbruggingsrecht genieten. De verwijzing in deze bepaling naar artikel 3, 2<sup>o</sup> van de opgeheven wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen wordt vervangen door de verwijzing naar artikel 189, 2<sup>o</sup>, van de programmawet van 26 december 2022. Het betreft een louter formele wijziging.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.02.2023 – Editie 1	26.12.2022	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

Het besluit beoogt een aanpassing van de reglementering van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten met een tweeledig doel:

- het waarborgen van een uniformiteit tussen het stelsel van de werknemers en het stelsel van de zelfstandigen in het kader van de uitoefening van een activiteit met toelating van de adviserend arts tijdens de arbeidsongeschiktheid, de huidige regeling van het stelsel van de werknemers wordt omgezet in het stelsel van de zelfstandigen inzake zowel de concrete aangifteformaliteiten (vraag tot toelating) als de gevolgen wanneer de zelfstandige deze concrete aangifteformaliteiten niet naleeft
- dezelfde principes over de uitvoering van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup> tot en met 7<sup>o</sup>, van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969 (activiteit in de sport- en socio-culturele sector) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, worden toegepast op de activiteiten in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die worden gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 07.05.2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid "Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap") of via een persoonsvolgend budget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25.04.2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.03.2023 – Editie 2	17.02.2023	Koninklijk besluit tot vervanging van artikel 98 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 98 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 werd nog verwezen naar de garantiemaatregel bedoeld in artikel 18, tweede lid van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (die het genot van de moederschapsverzekering in het kader van het stelsel van de zelfstandigen toeliet tijdens de verminderde wachttijd die in het kader van het stelsel van de werknemers moest worden vervuld door de gewezen zelfstandige die werknemer wordt - evenwel met een verlenging beperkt tot drie maanden).

Deze garantiemaatregel is in het kader van de moederschapsverzekering van het stelsel van de zelfstandigen zonder voorwerp geworden gelet op de invoering van de vrijstelling van wachttijd bedoeld in artikel 206/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 voor de werknemer die een gewezen zelfstandige is, in plaats van de verminderde wachttijd van drie maanden die voorheen van toepassing was in dezelfde situatie.

Dit nieuwe artikel 98 bepaalt dus dat zelfstandige gerechtigden, om het recht op moederschapsuitkeringen te verkrijgen, moeten voldoen aan de voorwaarden van de artikelen 14 tot en met 18, eerste lid (en niet langer aan die van art. 18, tweede lid).

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.03.2023	17.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 december 2022 tot vaststelling van de honoraria voor de bereiding, levering en toediening van COVID-vaccins

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit wordt het systeem van honoraria voor de bereiding, levering en toediening van COVID19-vaccins verlengd tot en met 31 december 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.03.2023 – Editie 1	03.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juli 2021 tot verlaging van de activiteitsdrempels inzake bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners wat betreft het referentiejaar 2020, ingevolge COVID-19

#### Samenvatting van de wijzigingen

In 2020 werd vastgesteld dat de Covid-19-crisis een aanzienlijke impact heeft gehad op het aantal verstrekkingen die de zorgverleners hebben verricht. Om te voorkomen dat zorgverleners hun recht op bepaalde RIZIV-premies verliezen omdat zij niet langer voldoen aan de vereiste activiteitsdrempels, werden deze drempels eenmalig verlaagd.

Een algemene verlaging is op basis van de cijfers voor 2021 niet te verantwoorden, maar voor bepaalde beroepsgroepen zijn er nog specifieke omstandigheden, met name voor professionele activiteiten binnen test-, triage- en vaccinatiecentra.

Het koninklijk besluit voorziet dat deze activiteiten, ook al vallen zij buiten het toepassingsgebied van het RIZIV, worden opgenomen in de berekening van het activiteitsvolume.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.03.2023 – Editie 2	26.02.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7, § 5, 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de woorden “558832-558843 en 558994 559930-559941, die zijn opgenomen” worden vervangen door de woorden “558832-558843, 558994, 559930-559941 en 557793-557804, die zijn opgenomen”
- de woorden “wordt dat persoonlijk aandeel evenwel vastgesteld op 5 pct. van die honoraria” worden aangevuld met de woorden “, behalve voor de verstrekking 557793-557804 waarvoor er geen persoonlijk aandeel is”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.03.2023 – Editie 1	14.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging 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

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in 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:

- in artikel 2, 9<sup>o</sup> worden de woorden “vanaf het jaar van de 45<sup>e</sup> verjaardag tot het jaar van de 75<sup>e</sup> verjaardag” vervangen door de woorden “vanaf het jaar van de 30<sup>ste</sup> verjaardag tot het jaar van de 85<sup>ste</sup> verjaardag”.
- overgangsbepaling: de in de artikelen 5, § 2, 3<sup>o</sup>, a) en 6, § 2 van hetzelfde besluit bedoelde termijnen van betaling van de verhoogde honoraria bedoeld in art. 2, 9<sup>o</sup> van hetzelfde besluit, die afliepen in het eerste semester van 2022 worden verlengd tot 30 juni 2022, indien het een rechthebbende betreft die, tussen het jaar van zijn 30ste verjaardag tot het jaar van zijn 45<sup>ste</sup> verjaardag en tussen het jaar van zijn 75<sup>ste</sup> verjaardag tot het jaar van zijn 85<sup>ste</sup> verjaardag, het statuut chronische aandoening had in het jaar voorafgaand aan de opening of de verlenging van het globaal medisch dossier.



Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
31.03.2023 – Editie 2	12.03.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten wat de invoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” onder de coördinatie van een “Terug Naar Werk-coördinator” betreft

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt de verschillende uitvoeringsmodaliteiten 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 zelfstandigen en meewerkende echtgenoten zoals onder andere:

- de te vervullen voorwaarden om als “Terug Naar Werk-coördinator” te kunnen werken
- de opdrachten van de “Terug Naar Werk-coördinator”
- de opstart van het “Terug Naar Werk-traject”: er worden twee routings bepaald in het kader van de opstart van een “Terug Naar Werk-traject”, meer bepaald:
  - => de routing A: de routing via de adviserend arts;
  - => de routing B: de routing via een spontane vraag door de gerechtigde zelf die op om het even welk moment tijdens de arbeidsongeschiktheid kan worden gesteld;
- de verschillende aspecten van het formele re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie in het kader van een “Terug Naar Werk-traject”
- een nieuw wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid tijdens een gedeelte van het formele traject.

## 5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.01.2023 – Editie 1	16.01.2023	4 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 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II wordt punt IV.30 ingevoegd, luidende: “De perifeer werkende spierrelaxantia: Fb-13”
- in bijlage IV worden de als volgt opgestelde ATC-codes toegevoegd
- in de bijlage I, hoofdstuk IV 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, wordt de paragraaf 10330000 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
30.01.2023	17.01.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.02.2023 – Editie 2	10.02.2023	4 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
16.03.2023 – Editie 1	10.02.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i> .

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in de bijlagen I en II.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
21.03.2023	17.03.2023	4 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
12.04.2023	17.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i> .

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- In bijlage I:
  - => Voegt in hoofdstuk I in;
  - => Vervangt de inschrijving van specialiteiten in hoofdstuk IV-B a) In § 5400000.
- In bijlage II:
  - => wordt punt VIII.1.33 ingevoegd, luidende: “Anti-tumorale middelen en andere geneesmiddelen voor de behandeling van sommige tumoren, die tot de volgende groepen behoren: Liposomale combinatie antimetabolieten en antibiotica: A-151”;
  - => wordt punt XXIII.23. ingevoegd, luidende: “Producten bestemd voor de behandeling van patiënten met chronisch nierlijden, remmers van de natriumglucose-co-transporter (SGLT-r): B-375”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.03.2023 – Editie 2	17.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt de inschrijving van specialiteiten in bijlage I vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023 – Editie 1	12.01.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 28 februari 2018 tot vaststelling van de praktische organisatie van de medische verkiezingen zoals bedoeld in artikel 211, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2, paragraaf 2, 3<sup>o</sup>, b) worden de woorden “dans tous les organes” in de Franse versie een keer geschrapt
- in artikel 8, paragraaf 1, worden de woorden “Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel” vervangen door de woorden “Galileelaan 5/01 te 1210 Brussel”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023 – Editie 1	13.01.2023	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 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

#### 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 wordt het tweede lid opgeheven
- het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidende: § 7. Voor gedialyseerde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis dat enkel beschikt over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of een ziekenhuis dat enkel beschikt over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, kan het ziekenhuis de tegemoetkoming bedoeld in § 2 aanrekenen aan de verzekeringsinstelling op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en het dialyseecentrum waar de patiënt in behandeling is.”

Met het ministerieel besluit wordt artikel 2 van 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, aangevuld met een § 5, luidende: § 5. Voor de in artikel 1 bedoelde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis dat enkel beschikt over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of een ziekenhuis dat enkel beschikt over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, kan het ziekenhuis de tegemoetkoming bedoeld in § 2 aanrekenen aan de verzekeringsinstelling op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en de gespecialiseerde dienst waar de rechthebbende in behandeling is.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.02.2023 – Editie 2	30.11.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in het hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel”, worden de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift:
  - => in het opschrift “E.7 Kunstsfincter” worden de verstrekkingen 181672-181683 en 181694-181705 en hun vergoedingsmodaliteiten toegevoegd;
  - => in het opschrift “E.8 Neurostimulatie” worden de verstrekkingen 181672-181683 en 181694-181705 en hun vergoedingsmodaliteiten geschrapt;
- in het hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie”, in de vergoedingsvoorwaarde F- § 17, wordt het eerste lid vervangen
- in het hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie”, in de vergoedingsvoorwaarde L- § 26, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => het punt “5.2. Andere regels” wordt vervangen;
  - => het punt “5.3. Derogatie” wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.03.2023 – Editie 1	07.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
19.05.2023 – Editie 1	07.03.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. - <i>Erratum</i> .

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- aan punt “F.1.1.1.1 Hartstimulator” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de omschrijving van de verstrekking 172454-172465 wordt vervangen;
  - => de verstrekkingen 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906, 182910-182921, 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 en 182991-183002 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
- in punt “F.1.1.1.4 Resynchronisatie-hartstimulator” wordt de omschrijving van de verstrekking 170612-170623 vervangen
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 01 die gaat bij de voornoemde verstrekkingen wordt vervangen.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht in de Nominatieve lijst 349 met betrekking tot “Hartstimulatoren”:

- Een nieuwe nominatieve lijst 34904 behorende bij de verstrekkingen 182851-182862, 182873-182884, 182895-182906 en 182910-182921 wordt toegevoegd;
- Een nieuwe nominatieve lijst 34905 behorende bij de verstrekkingen 182932-182943, 182954-182965, 182976-182980 en 182991-183002 wordt toegevoegd.

## 6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
09.01.2023 – Editie 2	05.12.2022	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

In de verordening wordt het formulier F-Form-II-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.02.2023 – Editie 2	20.12.2021	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier L-Form-I-02 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” van de lijst, aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
07.02.2023 – Editie 2	21.11.2022	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

In de verordening wordt het formulier T-Temp-I-05 met betrekking tot het aanvraagformulier voor de opname of de wijziging van een verstrekking of vergoedingsmodaliteiten aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.03.2023	19.12.2022	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

In het artikel 6 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, in § 3<sup>ter</sup>, wordt een tweede lid ingevoegd:

“Indien het verzamelgetuigschrift conform het model vervat in bijlage 28 wordt gebruikt, wordt de mondhygiënist die de verstrekking heeft uitgevoerd geïdentificeerd in de kolom “RIZIV-nr. en naam van de verstrekker”, onder de regel die de tandheelkundige die de zorg attesteert identificeert, met de vermelding “mondhygiënist: “gevolgd door het RIZIV-nummer van de mondhygiënist.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
10.03.2023	06.03.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 6<sup>bis</sup> van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt paragraaf 1 vervangen als volgt:

“§ 1. Indien de documenten, waarvan de modellen in de bijlagen van de verordening zijn opgenomen, voorzien in de mogelijkheid om een kleefbriefje van de verzekeringsinstelling aan te brengen ter identificatie van de rechthebbende, dan moet dit kleefbriefje aan volgende voorschriften beantwoorden:

- het mag een maximaal formaat hebben van 2,54 cm x 7,9 cm
- het bevat uitsluitend volgende gegevens:
  - => Een barcode van het type 128, die het INSZ-nummer herneemt in 11 posities zonder blanco spaties (JJMMDDXXXXX);
  - => Het INSZ-nummer van de rechthebbende;
  - => De naam en voornaam van de rechthebbende; Deze gegevens zijn verplicht.
  - => De naam en het nummer van de verzekeringsinstelling;
  - => Het interne nummer van de rechthebbende;
  - => Het adres van de rechthebbende;
  - => De code CG1/CG2; Deze gegevens zijn facultatief.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.03.2023 – Editie 2	23.12.2022	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

In de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 6 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,  
=> wordt in § 1 een 11° ingevoegd;  
=> worden in § 9, de woorden “26/2” ingevoegd tussen de woorden “26,” en “30”.
- in hoofdstuk XIV van dezelfde verordening, wordt een afdeling 5 toegevoegd “Betreffende het door neuropsychologen af te leveren bewijsstuk”, met inbegrip van artikel 31/4
- in dezelfde verordening is bijlage 26/2 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.03.2023 – Editie 1	06.02.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

De formulieren F-Form-I-01 en F-Form-I-16 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, worden gewijzigd.

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

Belgisch Staatsblad

09.01.2023

### Interpretatieve regel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met tocilizumab als actief bestanddeel.

Vraag:

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



Antwoord:

Indien een patiënt reeds geniet van een terugbetaling voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit TecartusR, mag een farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel terugbetaald worden, indien deze laatste toegediend wordt voor de behandeling van cytokine-release syndroom geïnduceerd door de infusie van brexucabtagene autoleucel, overeenkomstig de Samenvatting van de Productkenmerken (SPK) van brexucabtagene autoleucel en op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met tocilizumab als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de patiënt de vergoeding voor TecartusR geniet.

De voorgenoemde interpretatieregel treedt met terugwerkende kracht in werking op 1 december 2022.

Belgisch Staatsblad
---------------------

18.01.2023
------------

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

#### INTERPRETATIEREGEL 13

Vraag

Welke type materiaal is door de woorden “implanteerbaar materiaal” in een omschrijving van een verstrekking in categorie II (Invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik) van de Lijst gedekt?

Antwoord

Als de formulering “implanteerbaar materiaal” gebruikt wordt in een verstrekking in categorie II in de Lijst, moet het volgende begrepen worden: een implanteerbaar medisch hulpmiddel zoals bedoeld in de verordening (EU) 2017/745 (MDR) gebruikt tijdens een viscerosynthese of endoscopische ingreep en gebruikt om een ligatuur of hechting te doen (hechtingsversterkingen inbegrepen), met uitzondering van de medische hulpmiddelen die via een andere verstrekking van de Lijst van een tegemoetkoming van de verzekering genieten.

De interpretatieregel 13 treedt in werking op de eerste dag van de maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

## 8. Advies en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.01.2023	30.09.2022	Derde wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen

### Samenvatting van de wijzigingen

In de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het artikel 2, § 2 van de nationale overeenkomst U/2014 tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen, gewijzigd bij de wijzigingsclausules U/2014bis en U/2014ter:
  - => worden in het 2e en 4e lid de woorden “(met uitzondering van het cement)” vervangen door “cement inbegrepen”.
  - => worden in het 12e lid de woorden “verstrekkingen in verband met de” opgeheven.

- het artikel 2, § 2 wordt aangevuld met het volgende lid: “24. Voor de verstrekkingen in verband met endobronchiale kleppen, opgenomen in titel “1.1.3. Endobronchiale klep” van de “Lijst”, wordt het grensbedrag berekend per ingreep.”
- in het artikel 2, § 3:
  - => worden de woorden “om het materiaal voor ventrikelondersteuning in geval van “bridge-to-transplant” correct te laten werken” vervangen door de woorden “om het materiaal voor ventrikelondersteuning in geval van “bridge-to-transplant”, “bridge-to-decision” of “destination therapy” correct te laten werken”;
  - => worden de woorden “de afleveringsmarge voor de verstrekking van het materiaal voor ventrikelondersteuning gebruikt in geval van “bridge-to-transplant”” vervangen door “de afleveringsmarge voor de verstrekking van het materiaal voor ventrikelondersteuning gebruikt in geval van “bridge-to-transplant”, “bridge-to-decision” of “destination therapy”.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
31.01.2023	30.01.2023	Wijzigingsclausule bij de overeenkomst R/22 voor de logopedisten. - Notificatie punt 13

#### Samenvatting van de wijzigingen

De belangrijkste wijziging die door die wijzigingsclausule wordt aangebracht, is een bijkomende herwaardering van de aanvangsbilanzittingen, rekening houdende met de hoge administratieve werklast en de hoge kosten van de software die nodig is om de testen voor die zittingen uit te voeren.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
01.02.2023	20.01.2023	Wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de verzekeringsinstellingen. - Notificatie punt 12

#### Samenvatting van de wijzigingen

De belangrijkste aanpassingen die door die 8e wijzigingsclausule worden aangebracht, zijn de volgende:

- een selectieve indexering van de honoraria op 1 januari 2023 voor bepaalde verstrekkingen
- voor de honoraria voor postnatale verzorging thuis, is de herwaardering vanaf de 6e dag groter. Zo wordt er rekening gehouden met het belang om pasbevallen vrouwen tijdens die periode thuis te ondersteunen
- een bijkomende maatregel voor postnatale verzorging thuis op de 5e dag, verstrekt in het weekend of op een feestdag: vanaf 1 januari 2023 is het honorarium 50 % hoger dan het honorarium op weekdays.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.02.2023 – Editie 2	20.01.2023	Wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de verpleegkundigen en de verzekeringsinstellingen. - Notificatie punt 14

#### Samenvatting van de wijzigingen

Die wijzigingsclausule bevat een selectieve indexering van de honoraria op 1 januari 2023:

- voor sommige honoraria is de indexering beperkt tot 2 % ten opzichte van de honoraria van januari 2022. Ze stemmen dus overeen met de honoraria die sinds 1 juni 2022 van kracht zijn. Dit betreft:
  - => de verstrekkingen die worden uitgevoerd in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde in een ziekenhuis of polikliniek buiten een ziekenhuiscampus bij artsenspecialist(en) (rubriek 3C);

=> de forfaitaire honoraria voor de verstrekkingen die aan diabetespatiënten worden verleend.

- De bijkomende honoraria die een keer per verzorgingsdag worden toegekend aan palliatieve patiënten (“forfaits PN” genoemd), worden geïndexeerd met 0,58 % ten opzichte van de honoraria van 1 januari 2022. Dat betreft de verstrekkingen die worden verleend aan patiënten die niet zwaar zorgafhankelijk zijn
- Er wordt een bijkomende inspanning geleverd voor de honoraria van de basisverstrekkingen, die met 9,13 % worden geïndexeerd
- De honoraria van de andere verstrekkingen van artikel 8 van de nomenclatuur worden met 8,14 % geïndexeerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
07.02.2023 – Editie 2	20.01.2023	Wijzigingsclausule Y/2018 <sup>septies</sup> bij de nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen. - Wijzigingsclausule T/2018 <sup>septies</sup> bij de nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen. - Ministerraad 20 januari 2023. - Notificatie punt 10

### Samenvatting van de wijzigingen

#### WIJZIGINGSCLAUSULE Y/2018<sup>SEPTIES</sup>

Tijdens haar vergadering van 6 december 2022 heeft de Overeenkomstencommissie Bandagisten-Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen de zesde wijzigingsclausule Y/2018<sup>septies</sup> gesloten, waardoor:

- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 27 inzake het materiaal voor mucoviscidose en lumbostaten op 1 januari 2023 met 2 % wordt geïndexeerd
- de waarde van de sleutelletter van alle andere verstrekkingen van artikel 27 op 1 januari 2023 met 8,31 % wordt geïndexeerd.

#### WIJZIGINGSCLAUSULE T/2018<sup>SEPTIES</sup>

Tijdens haar vergadering van 6 december 2022 heeft de Overeenkomstencommissie Bandagisten-Orthopedisten - Verzekeringsinstellingen de zesde wijzigingsclausule T/2018<sup>septies</sup> gesloten, waardoor:

- de waarde van de sleutelletter van de verstrekkingen van artikel 29 inzake de lumbostaten en de geprefabriceerde lumbosacrale orthesen op 1 januari 2023 met 2 % wordt geïndexeerd
- de waarde van de sleutelletter van alle andere verstrekkingen van artikel 29 op 1 januari 2023 met 8,30 % wordt geïndexeerd.

#### WIJZIGINGSCLAUSULE Z/2018<sup>BIS</sup>

Tijdens haar vergadering van 8 december 2022 heeft de Overeenkomstencommissie Opticiens - Verzekeringsinstellingen de eerste wijzigingsclausule Z/2018<sup>bis</sup> gesloten, waardoor de waarde van de sleutelletter van alle verstrekkingen van artikel 30 van de nomenclatuur op 1 januari 2023 met 2 % wordt geïndexeerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.02.2023	03.02.2023	Wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 12 december 2019 (ZH/2020) tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen. Ministerraad 3 februari 2023. - Notificatie punt 8

### Samenvatting van de wijzigingen

Tijdens haar vergadering van 7 december 2022 heeft de Overeenkomstencommissie Ziekenhuizen - Verzekeringsinstellingen met de algemene ziekenhuizen een wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst gesloten.

Die wijzigingsclausule bevat de volgende wijzigingen.

- Aan de overeenkomst worden vanaf 1 januari 2023 twee nieuwe forfaitaire bedragen toegevoegd:  
=> voor hoofdhuidkoeling ter preventie van haarverlies bij chemotherapie: 34 EUR per behandelsessie;  
  
=> per behandelsessie voor hand- en voetkoeling via hilotherapie ter preventie van chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie en nageltoxiciteit: een forfait van 15 EUR.
- Regelgeving met betrekking tot de kamersupplementen in het dagziekenhuis: de regelgeving met betrekking tot kamersupplementen van de wet op de ziekenhuizen (art. 97) is eveneens van toepassing op de forfaits van de overeenkomst op voorwaarde dat de patiënt uitdrukkelijk gekozen heeft voor een éénpersoonskamer via een ondertekende opnameverklaring;
- Aanpassingen op basis van de nomenclatuur voor een aantal verstrekkingen die in de lijsten van het dagziekenhuis zijn opgenomen;
- Vergoeding in de reiskosten voor de algemene ziekenhuizen die gespecialiseerd zijn in de verplaatsingskosten van de rechthebbenden die een chemotherapie- of radiotherapiebehandeling of een chronische hemodialyse of een peritoneale dialyse moeten ondergaan in een algemeen ziekenhuis of een dienst voor collectieve autodialyse, bovenop de vergoeding die daartoe is vastgesteld in de wet op de ziekenhuizen;
- Verlenging: de overeenkomst zal worden verlengd tot en met 31 december 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.02.2023 – Editie 1	27.01.2023	Wijzigingsclausule bij de overeenkomst M/22 voor de kinesitherapeuten. - Notificatie punt 11

### Samenvatting van de wijzigingen

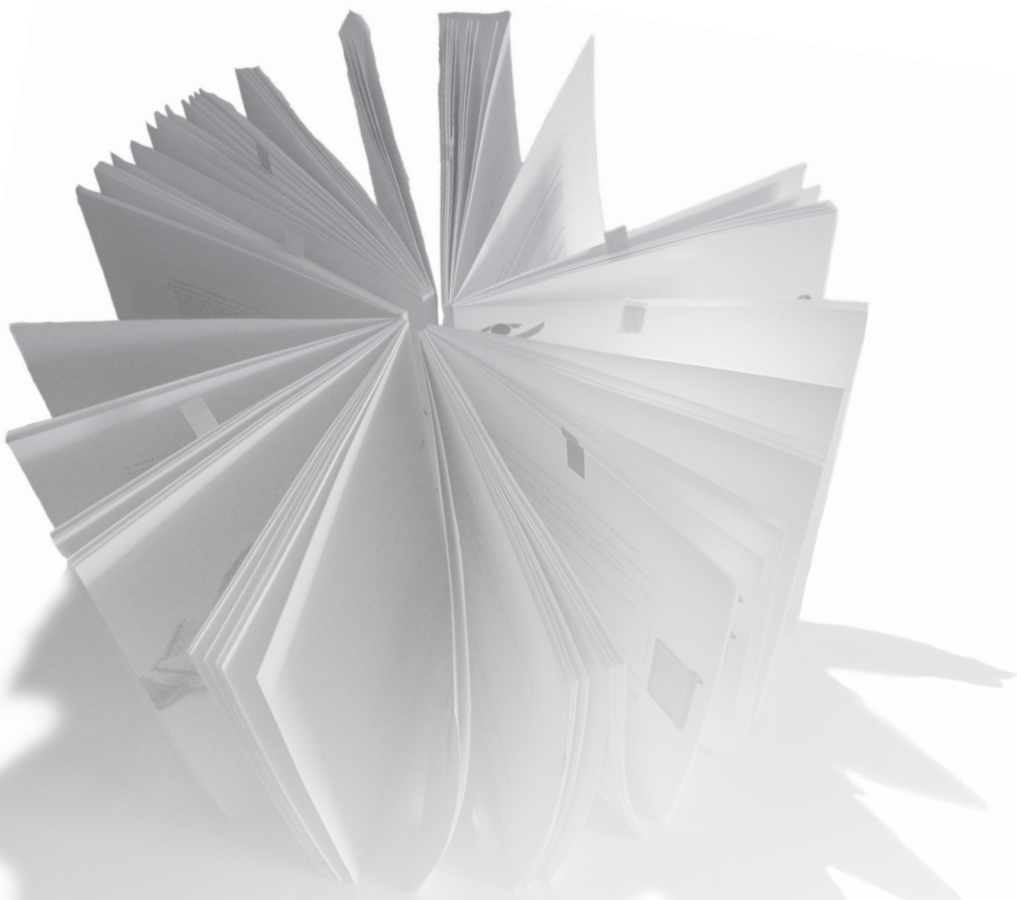
Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen van 6 december 2022, is een wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst gesloten.

Die wijzigingsclausule omvat de volgende grote lijnen:

- vanaf 1 januari 2023 worden de honoraria van de volgende verstrekkingen geherwaardeerd:  
=> de verstrekkingen M24 in de courante pathologie (1<sup>e</sup> tot 9<sup>e</sup> zitting en 10<sup>e</sup> tot 18<sup>e</sup> zitting);  
=> de verstrekkingen M24 in de Fa (1<sup>e</sup> tot 20<sup>e</sup> zitting en 21<sup>e</sup> tot 60<sup>e</sup> zitting) en de Fb lijst (1<sup>e</sup> tot 60<sup>e</sup> zitting en 61<sup>e</sup> tot 80<sup>e</sup> zitting);  
=> de 2<sup>e</sup> zitting van de dag in het ziekenhuis;  
=> de verstrekkingen M24 in de perinatale kinesitherapie;

- => de verstrekkingen M24 in de E-lijst;
  - => de verstrekking M24 voor palliatief huisbezoek;
  - => de verstrekkingen M48 in de E-lijst;
  - => de verstrekkingen M16 in tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaatsen van ouderen en personen met een beperking, en in de psychiatrische verzorgingstehuizen.
- de premie voor kwaliteitspromotie blijft behouden
  - de Overeenkomstencommissie zal, in het kader van de begroting 2024, een concreet voorstel indienen om de kwaliteitspremie jaarlijks te indexeren en structureel te verhogen vanaf 2024
  - de Overeenkomstencommissie zal, uiterlijk op 1 juli 2023, een concreet voorstel uitwerken en voorleggen aan het Verzekeringscomité inzake een methodologie voor de herijking van de vaste remgelden, in overleg met de andere betrokken sectoren
  - de Overeenkomst dringt er op aan dat de reflectie inzake de harmonisering van de verplaatsingskosten binnen het Verzekeringscomité effectief plaatsvindt in 2023
  - de Overeenkomstencommissie zal tegen 1 mei 2023 maatregelen voorstellen in het kader van doelmatige zorg om efficiëntiewinsten te genereren. Het bedrag van de efficiëntiewinsten zal vanaf inwerkingtreding terug geïnjecteerd worden in de sector.

2<sup>e</sup> Deel  
Rechtspraak



## Arbeidsrechtbank van Luik, afdeling Luik, 21 april 2023

Artikel 100, § 1 en 109**bis** van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Artikel 215**quater** van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 – Socioprofessionele re-integratie van een als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde – Vraag om tenlasteneming van een opleidingsprogramma door de uitkeringsverzekering – Bewijslast betreffende de naleving van de wettelijke voorwaarden – Noodzakelijkheid – Voldoende resterende werkcapaciteiten voor re-integratie in een werkomgeving

*Het is aan de verzekerde die als arbeidsongeschikt is erkend, om aan te tonen dat zijn of haar aanvraag tot tenlasteneming van een beroepsopleiding door de uitkeringsverzekering wel degelijk voldoet aan de vereiste voorwaarden uit artikel 215quater van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. In dit geval is vastgesteld dat ze al over voldoende beroepskwalificaties en -vaardigheden beschikt om te re-integreren in een werkomgeving.*

*De verzekerde toont echter niet aan dat haar letsels en functionele stoornissen haar voortaan blijvend ongeschikt zouden maken om enige activiteit uit te oefenen in het kader van een van de beroepen die mogelijk voor haar openstaan, rekening houdende met haar opleiding en beroepservaring (d.w.z. haar referentieberoepen). In dit verband betekent het feit dat ze als blijvend arbeidsongeschikt werd erkend bij haar laatste werkgever niet dat ze ongeschikt zal blijven om enige activiteit uit te oefenen bij andere werkgevers. Er is immers vastgesteld dat haar resterende werkcapaciteiten haar in staat zullen stellen om op termijn weer aan het werk te gaan, zonder dat het nodig is om deze werkcapaciteiten te valoriseren of te herstellen door middel van de gewenste opleiding.*

*Alleen beroepsopleidingen die nodig zijn om de sociaal verzekerde in staat te stellen de arbeidsgeschiktheid te hervinden, mogen door de gemeenschap worden gefinancierd. Deze noodzakelijkheid is hier niet aangetoond, noch is er aan voldaan.*

*Het feit dat het volgen van een opleiding therapeutische voordelen kan opleveren voor verzekerden die als arbeidsongeschikt zijn erkend, evenals de motivatie om de opleiding te volgen, vormen geen wettelijke criteria die de financiële tenlasteneming ervan rechtvaardigen in de zin van voornoemd artikel 215quater. Deze weigering van tenlasteneming door de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit verbiedt de verzekerde niet de opleiding voort te zetten, maar dit dient op eigen kosten te gebeuren en niet ten laste van de sociale zekerheid.*

A.R.: 22/1448/A

... t./RIZIV

...



## 2. Position du Tribunal

### 2.1. Rappel des principes

La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités (art. 109bis).

L'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 précise dans quelles conditions et selon quelles modalités ces programmes peuvent être pris en charge.

Il prévoit ainsi (art. 215quater) notamment que :

*“ Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.*

*Elles comprennent notamment tout examen, tel qu'un examen d'orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d'entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou apprentissage, qui contribue directement à l'intégration, visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>. ”*

Au regard de ces dispositions, l'assuré social a droit au remboursement des frais de réadaptation professionnelle si :

- il est reconnu incapable de travailler
- l'intervention ou le service dont la prise en charge est demandée vise à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du demandeur ou à valoriser sa capacité de travail
- l'intervention ou le service permet une intégration complète dans un milieu de travail
- s'il s'agit d'une formation, si elle contribue directement à l'intégration complète dans un milieu de travail.

Il appartient à l'assuré social de démontrer qu'il remplit les conditions d'octroi.

### 2.2. Application dans les faits

Le Tribunal estime que Madame ... ne démontre pas qu'elle remplit les conditions précitées.

En effet, elle ne démontre pas que la formation en question vise à restaurer tout ou partie de sa capacité de travail.

Pour ce faire, il faudrait en effet qu'elle démontre au préalable, qu'elle est désormais incapable de travailler dans toute profession qui lui est accessible à l'heure actuelle, par le biais de sa formation et de son expérience professionnelle, c'est-à-dire dans ses professions de référence.

Certes, elle expose que le poste qu'elle exerçait chez ... était trop stressant et qu'elle n'était pas capable d'y retourner. Elle a d'ailleurs été reconnue incapable de façon définitive d'exercer ce poste de travail, c'est-à-dire *cette* fonction dans *cette* agence de voyage.

Cela ne signifie toutefois pas qu'elle est incapable d'exercer tout autre poste (auprès d'autres employeurs) auquel sa formation et son expérience lui donnent accès.

Elle soutient qu'il lui serait impossible désormais d'encre travailler dans une agence de voyage (quelle qu'elle soit) en raison du stress que cela implique.

Sa psychologue, Madame ... indique que *"son emploi précédent (...) n'est pas/plus compatible avec ses capacités physiques et psychiques, avec tout ce que cela implique en terme de stress, rythme, pression et charge mentale"*.

Cela ne démontre toutefois pas que toute profession de référence serait maintenant exclue puisque n'est visé finalement par la psychologue que son *emploi précédent*.

Le Tribunal relève du reste que Madame ... a été placée en incapacité de travail en raison d'une dépression réactionnelle au décès de son père et non en raison du stress provoqué par son emploi.

Enfin, à supposer même que tout emploi dans une agence de voyage soit désormais exclu, le gr- duat en tourisme offre d'autres possibilités qu'un poste d'employé dans une agence de voyage.

Comme l'indique l'INAMI, cette formation et l'expérience professionnelle de Madame ... que ce soit en agence de voyage ou dans la vente lui ont fait acquérir un panel de compétences qu'elle pourrait réexploiter aisément auprès d'autres employeurs, qu'il s'agisse ou non d'agences de voyage (sec- teur administratif, vente, accueil, office du tourisme, etc.).

Les documents déposés par Madame ... (attestation de sa psychologue, Madame ... et attestation de l'école ...) démontrent seulement que Madame ... était investie et motivée dans cette nouvelle formation en lien avec l'enfance et que grâce à celui-ci, elle se sentait mieux, surmontait son stress et reprenait confiance.

Malheureusement, ces bienfaits de la formation ne font pas partie des critères que l'INAMI (et donc le Tribunal) doit prendre en compte pour accepter ou refuser de financer la formation.

Seules doivent être financées par la collectivité les formations professionnelles qui sont nécessaires pour permettre à l'assuré social de retrouver une capacité de travail et non les formations profes- sionnelles qui permettent à l'assuré social de guérir ...

Le Tribunal entend bien la colère et le désarroi de Madame ... face à une décision de refus de l'INAMI alors que ... s'était, semble-t-il, montré (à tort) optimiste et alors que par le biais de cette formation, elle parvenait à se projeter dans l'avenir.

**Le tribunal insiste par conséquent sur le fait que l'INAMI n'interdit pas à Madame ... d'accom- plir cette formation** (que Madame ... estime utile et bienfaitrice pour sa santé et son avenir profes- sionnel).

La question qui occupe le Tribunal en l'espèce n'est pas celle de l'autorisation ou non d'accomplir cette formation mais celle de la prise en charge financière ou non de cette formation par la collec- tivité.

Or il n'est pas démontré que cette formation est nécessaire pour que Madame ... puisse retrouver une capacité de travail.

**Cette formation ne peut donc être mise à charge de la collectivité.**

La demande sera donc déclarée non fondée.

**DÉCISION DU TRIBUNAL**

Le Tribunal, statuant contradictoirement,

Sur avis verbal conforme de l'Auditorat du travail,

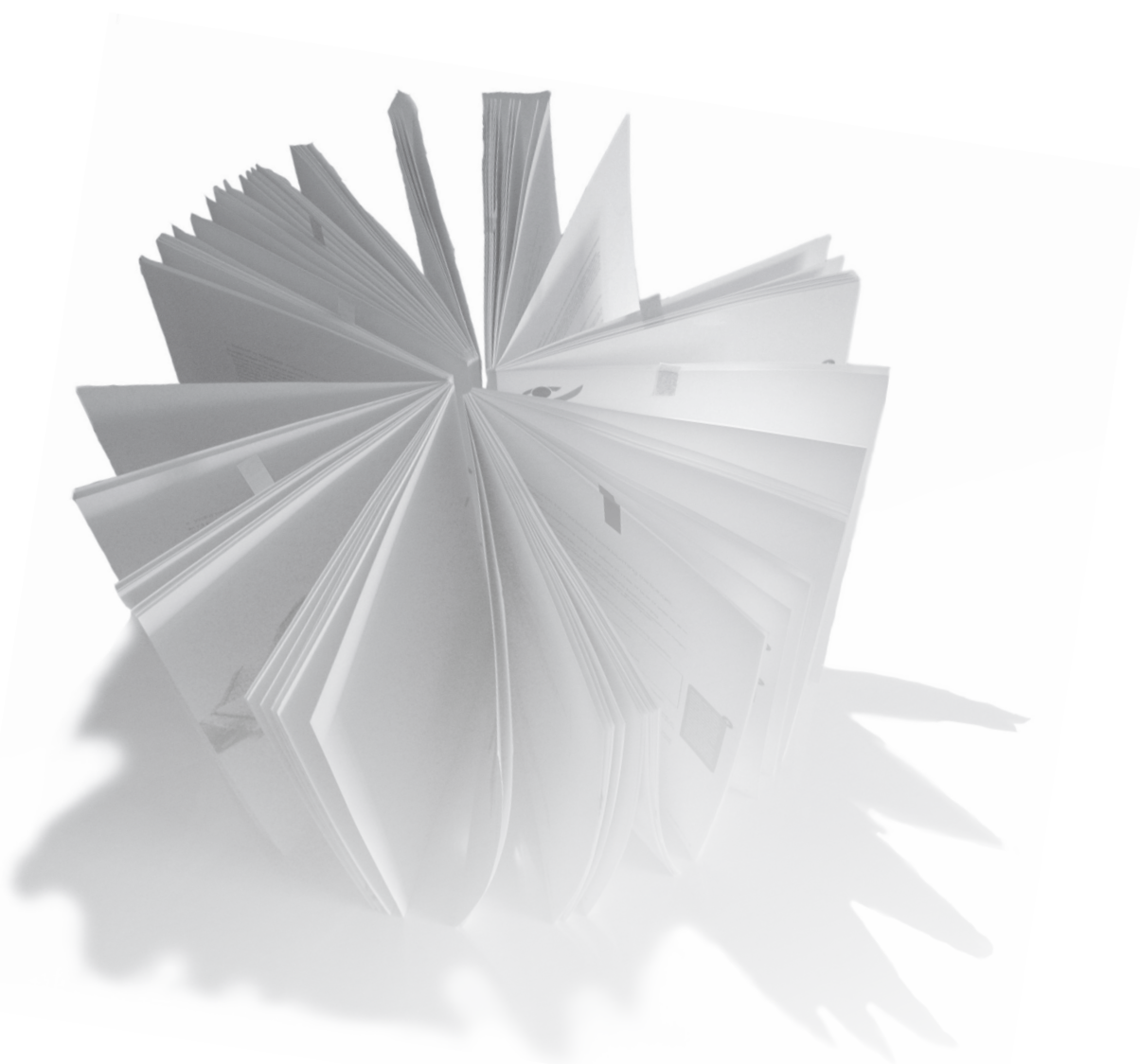
Dit le recours recevable mais non fondé,

**Confirme la décision de l'INAMI,**

...



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



## I. Fonds medische ongevallen (FMO)

Voorstel compensatie – Verantwoordelijkheid – Hoeveel aanvragers ontvangen een vergoeding – Met hoeveel experts (artsen) werkt het fonds samen? – Hoe worden deze experts vergoed?

Vraag nr. 1638, gesteld op 1 augustus 2022, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEPRAETERE, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Het Fonds medische ongevallen (FMO) kijkt of een schade gevolg is van aansprakelijkheid van een zorgverlener of niet. Hierover zal ze in alle gevallen een gratis advies geven. Het gaat om een niet-bindend advies, met andere woorden, een slachtoffer kan nog steeds via de rechtbank gaan.

Vervolgens zal ze zich in volgende gevallen buigen over een voorstel van vergoeding:

- indien er aansprakelijkheid is zal ze de verzekeraar van de zorgverlener opvorderen om een vergoeding te betalen.  
Het FMO zal deze vergoeding desgewenst voorschieten. En dit ongeacht de ernstgraad
- in het geval er geen aansprakelijkheid is, zal het FMO een vergoeding uitbetalen onder strikte voorwaarden, met name dat het ongeval niet het gevolg is van de toestand van de patiënt, een abnormale schade heeft veroorzaakt en beantwoordt aan de voorwaarden betreffende de ernst van de schade (blijvende invaliditeit van minstens 25 %, tijdelijke arbeidsongeschiktheid van minstens zes maanden, bijzonder zware verstoring (ook economisch) van de levensomstandigheden, overlijden). Met abnormale schade wordt bedoeld dat deze schade zich, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap, de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie, niet zou mogen hebben voorgedaan.

1. Hoeveel aanvragers ontvangen een schadevergoeding in verhouding met het totaal aantal aanvragers?

2. Het Rekenhof klaagde eerder aan dat de drempel om een klacht in te dienen bij het FMO te laag ligt. Hoeveel klachten werden de voorbije vijf jaar ontvangen? Hoe vaak werd een procedure opgestart en afgerond?

3. Met hoeveel experten (artsen) werkt het fonds samen? Op welke manier worden deze experten vergoed?

### Antwoord

Vooraleer ik inga op uw precieze vragen moet ik enkele zaken duidelijk stellen.

Het Fonds zal, zoals u terecht opmerkt, de slachtoffers van schade als gevolg van gezondheidszorg vergoeden binnen de grenzen van artikels 4 en 5 van de wet.

1. Kamer, bulletin nr. 103, gewone zitting 2022-2023, blz. 173.

Het Fonds vergoedt dus alleen schade die het gevolg is van gezondheidszorg, en dus niet eventuele schade die geen verband houdt met gezondheidszorg, of die voortvloeit uit de toestand van de patiënt en zijn objectief voorspelbare evolutie, net zoals een therapeutisch falen en een verkeerde diagnose zonder fout.

Behalve in uitzonderlijke gevallen moet bovendien voor een vergoeding door het Fonds de ernstgraad bereikt zijn.

Voor het bekomen van een vergoeding voor schade ten gevolg van gezondheidszorg kan het slachtoffer zich wenden tot de rechtbank of het Fonds. Het indienen van een aanvraag bij het Fonds schorst van rechtswege het onderzoek en de berechting van de burgerlijke rechtsvorderingen met betrekking tot het medisch ongeval op.

Voor de aanvragen waarin het Fonds een aansprakelijkheid van de zorgverlener in zijn advies weerhoudt en de ernstgraad bereikt is, nodigt het Fonds in elk geval de aansprakelijke en/of zijn verzekeraar uit om te vergoeden. Pas als deze weigert te vergoeden, vergoedt het Fonds met eigen middelen. In deze gevallen waarin het Fonds vergoedt zal het deze schadevergoeding terugvorderen voor de rechtbank.

Voor de aanvragen waarin het Fonds een aansprakelijkheid van de zorgverlener in zijn advies weerhoudt en de ernstgraad niet bereikt is, vergoedt het Fonds niet tenzij de zorgverlener niet verzekerd is. Daarnaast kan het Fonds nog tussenkomen wanneer de zorgverlener of zijn verzekeraar een voorstel tot vergoeding doet dat het Fonds ontoereikend vindt.

1. Om alle misverstanden te vermijden is het belangrijk te weten dat het Fonds altijd rapporteert in patiëntendossiers en niet in aanvraagdossiers. Voor één patiëntendossier kunnen er meerdere aanvraagdossiers zijn, zoals bijv. meerdere kinderen bij het overlijden van een ouder.

Tot juli 2022 registreerde het Fonds 6.200 dossiers.

In 80 % van deze dossiers gaf het Fonds reeds een advies of werd het dossier eerder gesloten bijv. omwille van de onontvankelijkheid of op vraag van de aanvrager.

Van de 4.000 dossiers waarin het Fonds een advies gaf, beoordeelde het 485 keer dat de ernstgraad bereikt werd en dat er sprake is van ofwel een aansprakelijkheid van een zorgverlener of een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid en dat een schadevergoeding door het Fonds mogelijk is. Belangrijk hierbij is dat in de dossiers waarin een aansprakelijkheid weerhouden werd en de ernstgraad werd bereikt, de zorgverlener en/of zijn verzekering bereid blijken te vergoeden in een derde van deze dossiers.

In 283 dossiers oordeelde het Fonds dat er sprake is van de aansprakelijkheid van een zorgverlener maar dat de ernstgraad niet bereikt werd. In deze gevallen vergoedt het Fonds niet. Het aantal gevallen van onvoldoende of niet verzekerde zorgverleners is uiterst beperkt.

2. De opmerking van het Rekenhof is terecht, er is geen drempel voor het indienen van een aanvraag bij het Fonds. Elke aanvraag die ingediend wordt bij het Fonds wordt behandeld.

	Aantal nieuwe aanvragen	Aantal afgewerkte dossiers
2017	505	599
2018	480	616
2019	457	602
2020	359	615
2021	380	850



3. Het personeelskader van het Fonds voorziet een tiental artsen. Deze artsen worden vergoed zoals de ambtenaren die voor het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering werken.

Daarnaast beschikt het Fonds over een aantal externe experts. Deze artsen worden gerekruteerd via een overheidsopdracht. Deze overheidsopdracht wordt telkens gelanceerd voor vier jaar. De vergoeding overeengekomen in deze overheidsopdracht is per uur. Wanneer er geen arts beschikbaar is binnen deze overheidsopdracht kan er uitzonderlijk beroep gedaan worden op een andere arts, in zulke gevallen met een eenmalige opdracht.

Het Fonds heeft momenteel meer dan 400 externe experts in zijn adresboekje.

Deze externe experts worden aangesteld voor de eenzijdige en tegensprekelijke expertises zoals deze voorzien zijn in de wet.

De inzet van deze externe experts is afhankelijk van hun beschikbaarheid, maar ook van hun specifieke competenties en specifieke situatie.

Tijdens een expertise moet een expert neutraal en aandachtig zijn, moet hij de medische deontologie in acht nemen, moet hij over de nodige vakbekwaamheid beschikken, moet hij een objectief advies geven uitgaande van onderbouwde medische vaststellingen en moet hij de rechten van de patiënt respecteren. Daarenboven moet hij er over waken dat alle partijen woord en wederwoord krijgen en dat de expertise vlot en kwaliteitsvol verloopt.

## II. Beschikbaarheid

Gegevens – De ZIV-uitkering – Verzekeringsinstellingen communiceren – Nationaal intermutualistisch college (NIC) – Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ)

Vraag nr. 1817, gesteld op 7 december 2022 aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw VAN PEEL, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

De gegevens van de Ziekte- en invaliditeitsverzekering (ZIV)-uitkering worden beheerd door het InterMutualistisch Agentschap (IMA). Andere betrokken actoren hebben in het kader van de beschikbaarheid van de gegevens van de ZIV-uitkering inzicht in het inkomen van aanvragers van het leefloon.

1. Welke gegevens over de gerechtigden op een ZIV-uitkering zijn beschikbaar voor de instellingen die bij de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) aangesloten zijn?
2. a) In welke mate hebben andere openbare instellingen voor sociale zekerheid (OISZ) (Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening, Federale Pensioendienst, enz.) toegang tot gegevens van de gerechtigden op een ZIV-uitkering om verboden cumulaties op te sporen of in het kader van een aanvraag?
  - b) Kunnen zij deze gegevens rechtstreeks opvragen via de KSZ of moeten zij hiervoor ook een gerichte vraag indienen bij het IMA?
3. a) In welke mate hebben de OCMW's toegang tot gegevens van de gerechtigden op een ZIV-uitkering om verboden cumulaties op te sporen of om een zicht te krijgen op de bestaansmiddelen van aanvragers van maatschappelijke hulp of een leefloon?
  - b) Kunnen zij deze gegevens rechtstreeks opvragen via de KSZ of moeten zij hiervoor ook een gerichte vraag indienen bij het IMA?
4. In welke mate verschilt de toegankelijkheid voor de OISZ en de OCMW's tot de gegevens omtrent de ZIV-uitkering met de mate waarin de gegevens rond andere sociale uitkeringen beschikbaar zijn?
5. Zou u zeggen dat het moeilijker is om toegang te krijgen tot informatie over het recht op een ZIV-uitkering via de KSZ-stromen of andere gegevensstromen? Zo ja, wat is hiervan de oorzaak?
6. Welke maatregelen wilt u nemen om de toegang tot informatie over de rechthebbenden op een ZIV-uitkering beter toegankelijk te maken voor de OCMW's en andere OISZ?

### Antwoord

De verzekeringsinstellingen delen – steeds met de strikte eerbiediging van de geldende regelgeving over de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en met de gepaste tussenkomst van zowel het Nationaal intermutualistisch college (NIC) als de Kruispuntbank van de sociale zekerheid (KSZ) – enkel persoonsgegevens over de periodes van inactiviteit of deeltijdse werkhervatting in geval van ziekte mee aan diverse instellingen van sociale zekerheid.

1. Kamer, bulletin nr. 102, gewone zitting 2022-2023, blz. 194.

De voormelde tussenkomst van het NIC (de beheersinstelling van het secundair netwerk van de verzekeringsinstellingen) en de KSZ (de beheersinstelling van het primair netwerk van de sociale zekerheid) biedt de garantie dat de identiteit van de verzekeringsinstelling van de betrokkene ten aanzien van de bestemming van de persoonsgegevens onbekend blijft (rol van het NIC) en dat er enkel persoonsgegevens worden meegedeeld van personen die daadwerkelijk door de bestemming gekend zijn (rol van de KSZ).



Voor meer informatie met betrekking tot de beveiligde werking van het netwerk van de sociale zekerheid verwijs ik u overigens graag naar de website <https://www.ksz-bcss.fgov.be/nl>.

Ik wil er voorts op wijzen dat het Intermutualistisch Agentschap (IMA) niet tussenkomt bij de operationele uitwisseling van persoonsgegevens tussen de verzekeringsinstellingen en de instellingen van sociale zekerheid. Deze organisatie brengt weliswaar persoonsgegevens van de Belgische verzekeringsinstellingen samen op één platform en maakt ze klaar voor analyse, maar ze vervult geen rol bij de uitwisseling van persoonsgegevens tussen de verzekeringsinstellingen en derde partijen.

De huidige diensten met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens afkomstig van de verzekeringsinstellingen worden momenteel door meerdere instellingen van sociale zekerheid gebruikt, hetzij via een push-mechanisme (de verzekeringsinstellingen delen op eigen initiatief persoonsgegevens mee aan de bestemmingen), hetzij via een pull-mechanisme (de bestemmingen gaan zelf over tot een *ad hoc* raadpleging van de persoonsgegevens van de verzekeringsinstellingen).

Fedris, het nationaal agentschap voor beroepsrisico's, verwerkt de periode van de arbeidsongeschiktheid (begindatum en einddatum) met het oog op het nemen van beslissingen inzake de schadeloosstelling van beroepsziekten. De Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie en de vakantiefondsen hebben voor het berekenen van de vakantieduur en het vakantiegeld informatie met betrekking tot de gelijkgestelde dagen van afwezigheid wegens ziekte nodig.

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering heeft behoefte aan de persoonsgegevens aangezien de periodes van inactiviteit of toegelaten deeltijdse werkhervatting in geval van ziekte worden gelijkgesteld voor het behoud van rechten. Sigedis houdt de individuele rekening van de werknemers bij en die bevat zowel de persoonsgegevens inzake de effectief gewerkte periodes als de persoonsgegevens inzake de periodes van inactiviteit en vormt het basisbestand voor onder meer de toepassing van de pensioenregelgeving voor de werknemers. De Rijksdienst voor arbeidsvoorziening van zijn kant betreft de persoonsgegevens onder andere om de toelaatbaarheid tot een werkloosheidsuitkering na te gaan. Forem, ten slotte, wendt de persoonsgegevens aan in het kader van zijn opdrachten inzake de arbeidsbemiddeling.

Hoewel de OCMW's reeds bij de beraadslaging nr. 06/063 van 19 september 2006 van het toenmalig sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid de toelating hebben bekomen om de persoonsgegevens bij de verzekeringsinstellingen te betrekken met het oog op het verrichten van het sociaal onderzoek en het beoordelen van het recht op maatschappelijke integratie of maatschappelijke dienstverlening, hebben zij er uitdrukkelijk voor gekozen om de diensten die de KSZ momenteel aanbiedt voor het ontsluiten van de ZIV-persoonsgegevens van de diverse verzekeringsinstellingen voornamelijk niet te operationaliseren.

Op dit ogenblik worden de beschikbare diensten voor de uitwisseling van persoonsgegevens van de verzekeringsinstellingen gemoderniseerd, zowel op technisch vlak als op inhoudelijk vlak. In de toekomst zullen niet enkel de vergoede periodes maar ook de uitbetaalde bedragen ter beschikking kunnen worden gesteld van de organisaties die ze nodig hebben voor het vervullen van hun respectieve opdrachten, voor zover zij daartoe beschikken over een beraadslaging van het informatieveiligheidscomité. De OCMW's verkiezen om zich te abonneren op deze nieuwe mededeling van persoonsgegevens en dus om niet te investeren in de oude mededeling van persoonsgegevens die binnen afzienbare tijd uitgefaseerd zal worden.

De verschillende actoren zullen gedurende een nog af te spreken periode gebruik kunnen maken van zowel de oude diensten als de nieuwe diensten, teneinde te kunnen migreren in functie van hun beschikbare resources.

De KSZ leidt een werkgroep om de uitrol van de nieuwe diensten vlot te laten verlopen en biedt de nodige ondersteuning aan de organisaties om de (uitgebreide) mededelingen van persoonsgegevens juridisch te laten afdekken door een beraadslaging van de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité. Artikel 15 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid stelt immers uitdrukkelijk dat elke mededeling van persoonsgegevens door een instelling van sociale zekerheid (zoals een verzekeringsinstelling) aan een derde partij in beginsel een beraadslaging van de kamer sociale zekerheid en gezondheid van het informatieveiligheidscomité vergt.

Het informatieveiligheidscomité – waarvan de leden worden aangewezen door de Kamer van Volksvertegenwoordigers – zal onverkort nagaan of de beoogde verwerking van persoonsgegevens wel degelijk voldoet aan de beginselen inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, in het bijzonder de beginselen van doelbinding, minimale gegevensverwerking, opslagbeperking en integriteit en vertrouwelijkheid, zoals vermeld in de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG.

Ik wil er tevens de aandacht op vestigen dat een uitwisseling van persoonsgegevens tussen de verzekeringsinstellingen en de overige instellingen van sociale zekerheid desgevallend ook maar mogelijk is voor zover elke partij (zowel de mededelende partij als de ontvangende partij) de persoon wiens persoonsgegevens worden verwerkt voorafgaandelijk heeft vermeld in het verwijzingsrepertorium van de KSZ. Zij moeten aldus van tevoren uitdrukkelijk laten weten dat ze over een bepaalde sociaal verzekerde een dossier beheren. De KSZ zal bij elke mededeling van persoonsgegevens nagaan of de bestemming wel degelijk beschikt over een dossier aangaande de betrokkene. Is dat niet het geval, dan heeft de mededeling van persoonsgegevens geen zin en zal ze ook niet doorgaan.

### III. Verhoogde tegemoetkoming in het kader van een doctoraatsbeurs

Beurs – RSZ - RIZIV - IT

Vraag nr. 1877, gesteld op 15 december 2022, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEPOORTER, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) kent in een aantal gevallen verhoogde tegemoetkomingen (VT) toe. Zo blijkt dat het RIZIV deze ook kan toekennen aan personen die in een doctoraatstraject zitten, dit via een doctoraatsbeurs. Bij deze beurs wordt enkel RSZ ingehouden en deze is verder niet belastbaar. Aangezien men voor VT kijkt naar het netto belastbaar inkomen gaat het RIZIV er van uit dat dit 0 EUR bedraagt en gaat men over tot toekenning. Maar eigenlijk zou dat niet de bedoeling zijn omdat het nettoloon van een doctoraatsbursaal in vergelijking met andere posities niet aan de lage kant ligt.

1. Bent u op de hoogte van deze anomalie?
2. Kan en/of zal u een aanpassing uitvoeren om dit bij te stellen?

#### Antwoord

Uw vraag ligt een beetje in de lijn van eerdere vragen, onder andere van de dames Lanjri en Bonaventure, over de al dan niet in aanmerkingname van doctoraatsbeurzen als bestaansmiddelen in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

In hun vragen ging het over de behandeling ervan in het kader van de uitkeringsverzekering, uw vraag betreft deze in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

In antwoord op de mondelinge vraag van mevrouw Lanjri werd aangegeven dat, en gemotiveerd waarom, bij de berekening van het bedrag van een arbeidsongeschiktheidsuitkering dergelijke beurzen wel degelijk worden beschouwd als bestaansmiddelen (in het concrete geval betrof het die van een inwonend gezinslid).

Het betrof, zoals gezegd, weliswaar de uitkeringsverzekering, maar ik kan u bevestigen dat ook voor de evaluatie van het recht op een eventuele verhoogde tegemoetkoming in het kader van de gezondheidsverzekering hiermee rekening wordt gehouden.



De informatie op de website van het RIZIV is terzake (<https://www.inami.fgov.be/nl/themas/kost-terugbetaling/financiele-toegankelijkheid/Paginas/verhoogde-tegemoetkoming-betere-vergoeding-medische-kosten.aspx>) expliciet:

“De inkomens waarmee rekening wordt gehouden in het kader van de verhoogde tegemoetkoming zijn de bruto-belastbare inkomens. Dit verwijst naar de inkomens zoals vastgesteld voor inkomstenbelasting vóór enige aftrek, vermindering, vrijstelling, immunisatie. De beroeps-, de onroerende, de roerende en de diverse inkomens worden in aanmerking genomen, met inbegrip van inkomens uit het buitenland.

1. Kamer, bulletin 104, gewone zitting 2022-2023, blz. 220.

Concreet betekent dit dat bij de berekening van het gezinsinkomen alle bedragen die als fiscaal inkomen worden aangemerkt, in aanmerking worden genomen, ook als dit inkomen uiteindelijk niet wordt belast.”

Indien u informatie heeft – op basis waarvan u vermoedelijk uw vraag heeft opgesteld – die duidt op een afwijkende praktijk, mag u mij dat zeker signaleren en zal ik dat bekijken met het RIZIV.

## IV. Invaliditeit in Spanje

Lange duur – Bevestigen dat de jaren dat de persoon in België gewerkt heeft in aanmerking worden genomen – Tot welke administratie moet de aanvrager zich richten

Vraag nr. 1881, gesteld op 21 december 2022, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw SAMYN, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Een inwoner in Spanje maar van Belgische afkomst die als gevolg van langdurige ziekte invaliditeit moet aanvragen, kan daar enkel een vergoeding krijgen indien hij minstens een loopbaan van vijf jaar kan aantonen. De jaren die in het buitenland – in casu België – gepresteerd werden, zouden meetellen voor de berekening van de loopbaanjaren. Dit moet uiteraard door de Belgische autoriteiten bevestigd worden.

1. Kan u bevestigen dat de in België gepresteerde jaren meetellen voor het bepalen van de vijf jaar tewerkstelling in Spanje?
2. Welke gegevens dient België aan Spanje over te maken om de invaliditeitsregeling aldaar te kunnen laten gelden?
3. Welke administratie dient de aanvrager te vatten en op basis van welke gegevens oordeelt deze administratie?
4. Wat is de normale doorlooptijd van de procedure (tijdsverloop tussen de aanvraag van de gerechtigde en het overmaken van de nodige gegevens aan de Spaanse autoriteiten)?
5. Op welke wijze kan de aanvrager ingelicht worden omtrent de stand van zaken van de procedure?

### Antwoord

Ik ga ervan uit dat de geschetste casus een persoon betreft, van Belgische nationaliteit, die, na een beroepsloopbaan in België, een beroepsactiviteit in Spanje heeft aangevat onderworpen aan de Spaanse wetgeving (Spaans verzekerd), van waaruit hij vervolgens, wegens langdurige arbeidsongeschiktheid, een Spaans invaliditeitspensioen heeft aangevraagd.

Het bevoegde Spaanse orgaan zou (vooralsnog) niet kunnen overgaan tot toekenning omdat de betrokkene geen vijf jaar verzekerd is geweest onder de Spaanse wetgeving.

De coördinatie van het recht op sociale zekerheid voor personen die binnen de Europese Unie hun recht op vrij verkeer hebben uitgeoefend wordt geregeld door de Europese Verordening (EG) 883/2004 en haar toepassingsverordening (EG) 987/2009.

1. Kamer, bulletin nr. 105, gewone zitting 2022-2023, blz. 208.

Deze verordeningen voorzien onder meer in:

- het beginsel van “samentelling van tijdvakken” (art. 6 Verordening (EG) 883/2004) op basis waarvan het bevoegde orgaan van een lidstaat waarvan de wetgeving het verkrijgen, het behoud, de duur of het herstel van het recht op (invaliditeits)prestaties, afhankelijk stelt van de vervulling van tijdvakken van verzekering, van werkzaamheden in loondienst, van werkzaamheden anders dan in loondienst of van wonen, voor zover nodig, rekening houdend met de overeenkomstig de wetgeving van een andere lidstaat vervulde tijdvakken van verzekering, van werkzaamheden in loondienst, van werkzaamheden anders dan in loondienst of van wonen, alsof die tijdvakken overeenkomstig de door dat orgaan toegepaste wetgeving zijn vervuld
- een coördinatieregime voor invaliditeitsprestaties (hoofdstuk IV van Titel III van verordening (EG) 883/2004) op basis waarvan België en Spanje (beide aangemerkt als zgh. Type B-lidstaten) de regel geldt dat voor personen met een gemengde loopbaan in Spanje en België een aanvraag om invaliditeitsprestaties ingediend in één lidstaat eveneens aanleiding moet geven tot onderzoek van het recht op een (geprorateerde) invaliditeitsprestatie in de andere betrokken lidstaat.

Op basis hiervan kunnen wij als volgt antwoorden op de gestelde vragen:

1. indien de tijdvakken vervuld onder de Spaanse wetgeving niet zouden volstaan om te voldoen aan de verzekeringsvoorwaarden voor Spaanse invaliditeitsprestaties vooropgesteld in de Spaanse wetgeving, dient het bevoegde Spaanse orgaan, desgevallend rekening te houden met verzekeringstijdvakken die de betrokkene, tijdens de referteperiode vastgesteld in de Spaanse wetgeving, heeft vervuld onder de Belgische wetgeving.

2. het bevoegde Spaanse orgaan belast met het onderzoek naar het recht op een Spaans invaliditeitspensioen dient via het Europese EESSI-netwerk een overzicht op te vragen van de tijdvakken van verzekering voor invaliditeitsprestaties, vervuld onder de Belgische wetgeving (P5000 BE).

Ingevolge de aanwezigheid van een Belgische verzekeringsloopbaan voor het verleden, komt het eveneens toe aan het Spaanse orgaan om via hetzelfde EESSI-netwerk een aanvraagprocedure op te starten voor een geprorateerde Belgische invaliditeitsuitkering.

3. het Spaanse orgaan dient haar aanvraag om attestatie van de Belgische verzekeringstijdvakken via het EESSI-netwerk in te leiden bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Verder zal het Spaanse orgaan eveneens via het EESSI-netwerk een aanvraagprocedure voor een Belgische invaliditeitsuitkering dienen in te leiden, en in het kader hiervan onder meer een overzicht van de Spaanse loopbaan bezorgen alsook gedetailleerde medische verslagen opgesteld door de Spaanse controlearts.

Het RIZIV zal instaan voor de wedersamenstelling van de Belgische verzekeringsloopbaan en het opmaken van het bericht P5000 BE met de weergave van de geattesteerde verzekeringsdagen vervuld onder de Belgische wetgeving voor het risico “invaliditeit”.

Het RIZIV zal verder, in samenwerking met de Belgische verzekeringsinstelling waarbij betrokkene laatst was aangesloten, onderzoeken of de (administratieve en medische) toekenningsvoorwaarden uit de Belgische wetgeving zijn vervuld, rekening houdend met de door het Spaanse orgaan verstrekte gegevens.

Indien is voldaan aan voormelde wettelijke toekenningsvoorwaarden zal aan betrokkene een geprorateerde Belgische invaliditeitsuitkering worden toegekend, op basis van een loopbaancoëfficiënt die de verhouding weerspiegelt van de Belgische verzekeringsloopbaan ten opzichte van de totale loopbaan vervuld onder de Spaanse en Belgische wetgeving.



4. de beantwoordingstermijn van het opmaken en opsturen van een Belgisch loopbaanoverzicht P5000 BE "invaliditeit" hangt in grote mate samen met de complexiteit van de Belgische loopbaan, in bijzonder of er sprake is van verzekeringstijdvakken in verschillende stelsels of niet (werknemers, zelfstandigen, ambtenaren).

Het RIZIV bezit zelf geen loopbaandatabanken en moet terzake de loopbaandatabanken van de pensioeninstellingen in België ondervragen (Sigedis, Rijksdienst voor sociale zekerheid, enz.).

Gemiddeld gezien kunnen loopbaanstaten P5000 binnen de maand volgend op de aanvraag worden bezorgd.

De beoordeling van het recht op een Belgische prorata-invaliditeitsuitkering neemt gemiddeld zes maanden tot een jaar in beslag

5. de aanvrager kan voor beide aspecten contact opnemen met het RIZIV, Dienst voor uitkeringen, afdeling internationale Zaken.

## V. Geleidelijke terugkeer naar het werk

### Ventilatie

Vraag nr. 1890, gesteld op 6 januari 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw SAMYN, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Progressieve tewerkstelling geeft arbeidsongeschikte werknemers de kans om hun werk gedeeltelijk te hervatten en te wennen aan hun reguliere arbeidsritme. Het is een manier om werknemers na langdurige ziekte of afwezigheid opnieuw te integreren in de werkomgeving.

Hoeveel werknemers werden tijdens de jaren 2019, 2020 en 2021 progressief tewerkgesteld? Graag een opsplitsing per gewest en leeftijdscategorie. Wat is de man/vrouw-verhouding?

### Antwoord

In de onderstaande tabel 1 vindt u het aantal loontrekkende gerechtigden die op 31 december van het betreffende dienstjaar een lopende toelating hadden voor het uitoefenen van een toegelaten deeltijdse activiteit, voor de periode van 2019 tot en met 2021. De cijfers worden verder opgesplitst naar gewest.

De rubriek “Buitenland/Onbekend” geeft het aantal gerechtigden weer die in het buitenland wonen of waarvoor de woonplaats momenteel niet gekend is bij het bevolkingsregister ten gevolge van een administratieve reden (afvoering, vrijstelling inschrijving, enz.) of niet langer beschikbaar is ten gevolge van het overlijden van de gerechtigde.

Tabel 1: aantal loontrekkende gerechtigden met een lopende toelating deeltijdse activiteit op 31 december – 2019-2021 – per gewest.

	2019	2020	2021
Brussel	3.653	3.569	4.217
Vlaanderen	44.868	42.799	50.302
Wallonië	19.270	20.142	22.929
Buitenland-Onbekend	1.251	1.085	1.102
<b>Totaal</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

1. Kamer, bulletin nr. 105, gewone zitting 2022-2023, blz. 202.

In de onderstaande tabel 2 vindt u het aantal loontrekkende gerechtigden die op 31 december van het betreffende dienstjaar een lopende toelating hadden voor het uitoefenen van een toegelaten deeltijdse activiteit, voor de periode van 2019 tot en met 2021. De cijfers worden verder opgesplitst naar leeftijdscategorie.

Tabel 2: aantal loontrekkende gerechtigden met een lopende toelating deeltijdse activiteit op 31 december – 2019-2021 – per leeftijdscategorie.

	2019	2020	2021
0-19	6	0	2
20-24	450	370	424
25-29	2.516	2.143	2.601
30-34	4.692	4.492	5.398
35-39	7.164	6.665	7.625
40-44	9.023	8.814	10.433
45-49	11.389	10.661	12.055
50-54	14.094	13.713	15.302
55-59	14.117	14.575	17.083
60-64	5.550	6.122	7.567
65-99	41	40	60
<b>Totaal</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

In de onderstaande tabel 3 vindt u het aantal loontrekkende gerechtigden die op 31 december van het betreffende dienstjaar een lopende toelating hadden voor het uitoefenen van een toegelaten deeltijdse activiteit, voor de periode van 2019 tot en met 2021. De cijfers worden verder opgesplitst naar geslacht.

Tabel 3: aantal loontrekkende gerechtigden met een lopende toelating deeltijdse activiteit op 31 december – 2019-2021 – per geslacht.

	2019	2020	2021
Mannen	22.493	21.145	24.544
Vrouwen	46.549	46.450	54.006
<b>Totaal</b>	<b>69.042</b>	<b>67.595</b>	<b>78.550</b>

## VI. Toekenning van een invaliditeitsuitkering

In aanmerkingname van een doctoraatsbeurs voor de bepaling – Legale of reglementaire basis

Vraag nr. 1894, gesteld op 12 januari 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer VAN DER DONCKT, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Volgens het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) moet een doctoraatsbeurs van een dochter in aanmerking genomen worden voor het bepalen van een inkomensvervangende tegemoetkoming van de ziekteverzekering van de vader in het geval zijn dochter op hetzelfde adres zou gedomicilieerd staan als dat van de vader.

Op welke wettelijke of reglementaire basis wordt een invalide die samenwoont met een doctoraatsstudent met een doctoraatsbeurs niet beschouwd als een invalide met een persoon ten laste?

### Antwoord

Opdat voor de toekenning van een arbeidsongeschiktheidsuitkering voor een gerechtigde met persoon ten laste een kind als persoon ten laste kan worden beschouwd, mag dit kind geen beroeps- of vervangingsinkomen ontvangen dat hoger is dan 1.160,02 EUR bruto per maand (bedrag van toepassing sinds 01.12.2022).

Wat de inkomsten betreft die voortvloeien uit een beroepsactiviteit, moet in dit kader als beroepsactiviteit worden verstaan iedere bezigheid die, naargelang het geval, een inkomen als bedoeld in artikel 23, § 1, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> of 4<sup>o</sup>, of in artikel 228, § 2, 3<sup>o</sup> en 4<sup>o</sup>, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 kan opleveren, zelfs indien ze door een tussenpersoon wordt uitgeoefend, en iedere gelijkaardige bezigheid die wordt uitgeoefend in een vreemd land of in dienst van een internationale of supranationale organisatie (art. 225, § 3 van het K.B. van 03.07.1996).

Er dient dus te worden opgemerkt dat de huidige reglementering een zeer ruime omschrijving van de notie beroepsactiviteit bevat. Zo moet er immers worden aangestipt dat een dergelijke activiteit bijvoorbeeld een bezoldiging kan opleveren die op fiscaal vlak principieel in aanmerking wordt genomen. Het gegeven dat dit inkomen uiteindelijk voor de berekening van de verschuldigde belasting niet wordt weerhouden, doet hieraan geen afbreuk.

Een doctoraatsbeurs kan niet zonder meer worden gelijkgesteld met een studiebeurs die bijvoorbeeld een student ontvangt wanneer hij hoger onderwijs volgt. Er worden op deze doctoraatsbeurs de nodige socialezekerheidsbijdragen ingehouden (art. 15, § 1 van het "RSZ-besluit" van 28.11.1969) zodat bijvoorbeeld bij arbeidsongeschiktheid of moederschapsrust de betrokkene een recht opent op prestaties van de uitkerings- en moederschapsverzekering. Deze uitkeringen toegekend aan het kind van de arbeidsongeschikte erkende verzekerde vormen dan een vervangingsinkomen dat voor de verificatie van de gezinssituatie van deze gerechtigde moet worden weerhouden (in het genot zijn van een pensioen, een rente, een tegemoetkoming of een uitkering krachtens een Belgische of vreemde wetgeving).

Ten slotte kan er nog worden gepreciseerd dat de doctoraatsbeurs feitelijk grote gelijkenissen vertoont met de uitoefening van een tewerkstelling op grond van een arbeidsovereenkomst. Wat het verworven nettobedrag aan inkomen betreft, gaat het om een inkomen dat vergelijkbaar is met het nettobedrag aan inkomen dat door een starter met een masterdiploma via de tewerkstelling op grond van een arbeidsovereenkomst wordt verworven.

1. Kamer, bulletin nr. 105, gewone zitting 2022-2023, blz. 217.

## VII. Verhoogde tegemoetkoming voor medische kosten

### Nederlandstalige CM en Franstalige CM – Aantal aanvragen tot inlichtingen - Gehandicapten

Vraag nr. 1906, gesteld op 24 januari 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MUYLLE, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

De CM en de Franstalige tegenhanger MC merken een aanzienlijke stijging op van het aantal leden met vragen over de verhoogde tegemoetkoming.

Zo namen 7.231 leden in het derde kwartaal van 2020 contact op met vragen over de verhoogde tegemoetkoming, terwijl dit in het derde kwartaal van 2022 om 17.226 leden gaat. Dit is een stijging van 140 %.

Nationaal bekeken – met de Franstalige cijfers van de MC erbij – gaat het respectievelijk over 10.310 vragen om informatie in 2020 tegenover 25.625 in 2022. In Wallonië nam de vraag dus nog sterker toe dan in Vlaanderen.

Momenteel hebben onder meer mensen met een handicap of een leefloon automatisch recht op een verhoogde tegemoetkoming. De CM vraagt de overheid de automatische toekenning uit te breiden naar andere categorieën, zoals alleenstaanden en eenoudergezinnen. Dit omdat in dergelijke situaties de gezinssamenstelling eenvoudig vast te stellen is en de complexiteit van het inkomensonderzoek beperkt is. Meer specifiek doelen ze op personen die reeds drie maand een vervangingsinkomen hebben (arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, al dan niet in combinatie), invalide of gepensioneerd zijn. Binnen de huidige regeling moeten zij nu zelf een aanvraag indienen om verhoogde tegemoetkoming te kunnen krijgen, en moet daarbij rekening gehouden worden met het actueel inkomen en het inkomen van de voorgaande maand.

Het ziekenfonds zou bovendien ook graag rechtstreekse digitale toegang krijgen tot meer recente inkomensgegevens van leden. Op die manier hopen ze sneller te kunnen schakelen in het toekennen van de verhoogde tegemoetkoming. Mensen moeten dan niet langer zelf zoeken naar allerhande papieren om hun inkomen aan te tonen.

Voor elk van voormelde categorieën zijn trouwens databanken beschikbaar met recente inkomensinformatie, die verzekeringsinstellingen zelf zouden kunnen consulteren om een inkomensonderzoek op te baseren.

Hoe staat u tegenover deze vragen van dit ziekenfonds? Bent u bereid de automatische toekenning van een verhoogde tegemoetkoming uit te breiden naar voormelde andere categorieën? Hoe staat u tegenover het benutten van databanken door verzekeringsinstellingen om recente inkomens te consulteren en zelf de verhoogde tegemoetkoming toe te kennen?

1. Kamer, bulletin nr. 104, gewone zitting 2022-2023, blz. 230.

## Antwoord

In antwoord op uw vraag kan ik u meedelen dat de verhoogde tegemoetkoming een recht is dat wordt toegekend op basis van het gezinsinkomen, ongeacht of het om beroeps-, onroerende, roerende of andere inkomens gaat.

In bepaalde specifieke situaties kan het recht op verhoogde tegemoetkoming automatisch worden toegekend. Dit is bijvoorbeeld het geval voor personen die gedurende drie volledige, ononderbroken maanden het leefloon ontvangen, omdat in dat geval reeds een inkomenscontrole is uitgevoerd.

De toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, hetzij automatisch, hetzij op basis van een dossier, is in wezen gebaseerd op de verificatie dat het gezin op lange termijn slechts over een bescheiden inkomen beschikt.

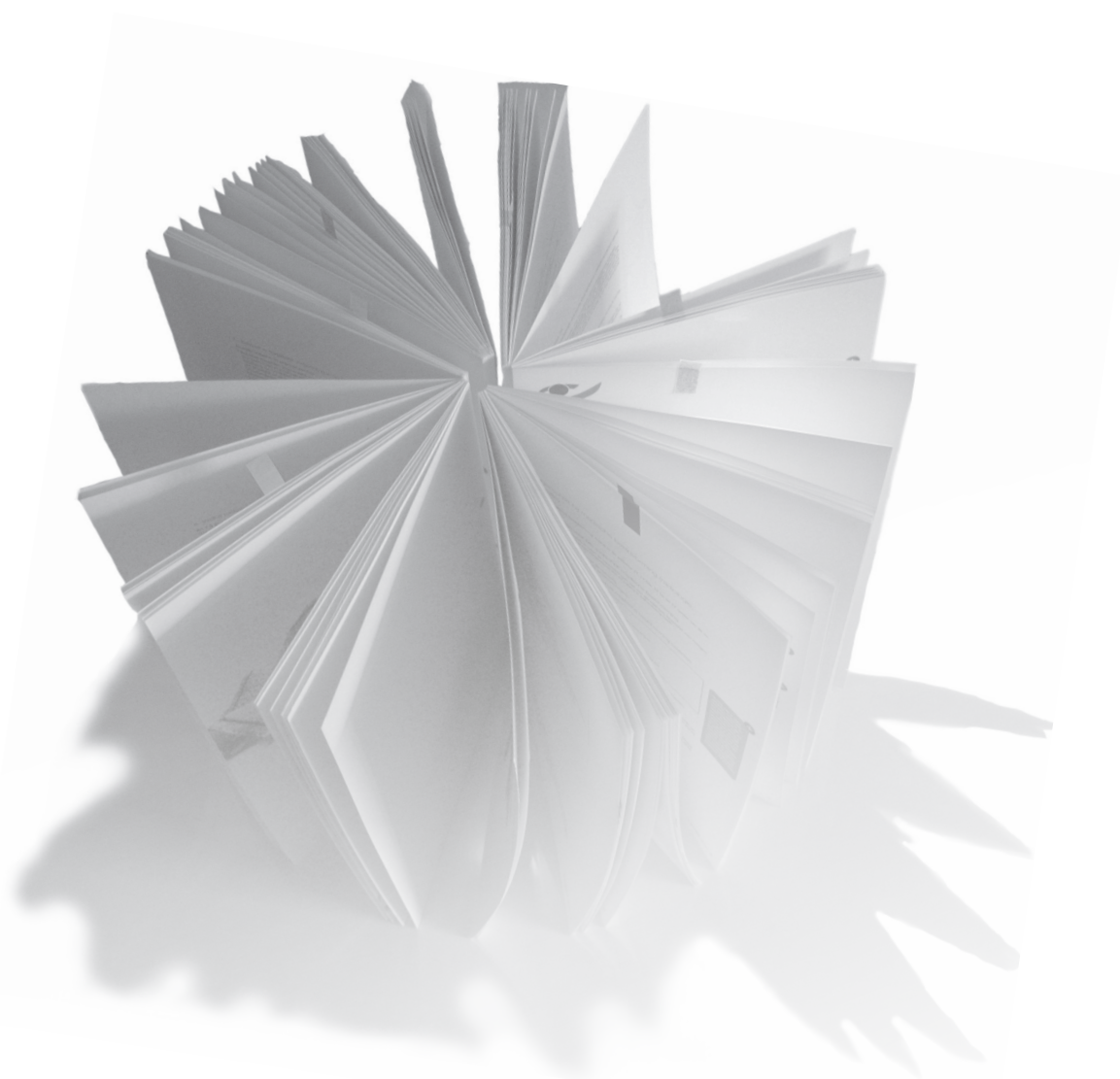
Sinds eind 2022 onderzoekt een binnen het RIZIV opgerichte werkgroep hoe het recht verder kan worden geautomatiseerd. Daartoe wordt geanalyseerd in hoeverre het inkomen kan worden gecontroleerd zonder tussenkomst van de verzekerde en desgevallend voor welke doelgroepen.

De verzekeringsinstellingen (mutualiteiten) hebben inderdaad reeds toegang tot bepaalde gegevens, maar niet steeds tot het geheel van alle inkomensgegevens die nodig zijn om te kunnen besluiten tot toekenning van het recht. Zo kennen de verzekeringsinstellingen bij voorbeeld wel de invaliditeitsuitkering(en) van een verzekerde, doch niet eveneens diens andere potentiële inkomsten (onroerend, enz.). De moeilijkheid ligt momenteel in het verwerven van deze vereiste informatie door de verzekeringsinstellingen.

De werkgroep werkt aan de identificatie van de doelgroepen die automatisch het recht zouden kunnen krijgen, zonder het risico van discriminatie ten opzichte van andere potentiële begunstigen op de verhoogde tegemoetkoming. De maatregelen zullen zo snel als mogelijk worden uitgevoerd, zowel via de nodige wijzigingen in de regelgeving, als via technische aanpassingen bij de verzekeringsinstellingen.



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





# I. Verzekerbearheid in het stelsel van de zelfstandigen en bij een overgang van het stelsel van de zelfstandigen naar het stelsel van de werknemers

Van toepassing vanaf 2 augustus 2022.

## I. Verzekerbearheid in het stelsel van de zelfstandigen

In vergelijking met de regels van toepassing in het stelsel van de werknemers moet op een algemene wijze worden opgemerkt dat in het stelsel van de zelfstandigen de arbeidsongeschiktheid slechts kan worden erkend als de verzekerde de vereiste verzekerbearheidsvoorwaarden vervult.

### 1.1. Wachtijd (art. 14 van het K.B. van 20.07.1971)

Om arbeidsongeschikt te kunnen worden erkend en om recht te hebben op uitkeringen van het stelsel van de zelfstandigen, moet de gerechtigde in de zin van artikel 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 **een wachtijd van zes maanden** vervullen.

De wachtijd gaat in aan het begin van het eerste kalenderkwartaal waarover de betrokkene bijdragen heeft betaald (of vrijgesteld was van bijdragebetaling) op grond van het sociaal statuut van de zelfstandigen.



**Opmerking:** artikel 14<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bepaalt dat de tijdvakken waarin de gerechtigde arbeidsongeschikt is in de zin van de artikelen 19 en 20 van dit koninklijk besluit van 20 juli 1971, niet meegerekend mogen worden voor het vervullen van de wachtijd.

Zonder de bepaling van artikel 14<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 zou het mogelijk zijn dat bij een zelfstandige die bijvoorbeeld arbeidsongeschikt is enkele dagen na de aanvang van de wachtijd, en arbeidsongeschikt blijft tot bijna aan het einde van de wachtijd, de nieuwe arbeidsongeschiktheid wordt erkend die aanvat in de loop van het kalenderkwartaal dat volgt op het einde van het kalenderkwartaal waarin hij de wachtijd van zes maanden vervuld zou hebben. Deze arbeidsongeschiktheid zou dan erkend kunnen worden op grond van de (loutere) betaling van de bijdragen voor de twee voorgaande kalenderkwartalen (= wachtijd).



**Bijvoorbeeld:** een verzekerde verwerft de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen op 1 januari 2022 zodat de wachtijd van zes maanden principieel loopt tot en met 30 juni 2022. De betrokkene is echter arbeidsongeschikt vanaf 1 april 2022 tot en met 24 april 2022.

In deze situatie kan de wachtijd opnieuw een aanvang nemen vanaf 25 april 2022 (= de eerste dag volgend op het einde van de toestand van arbeidsongeschiktheid). De wachtijd loopt dan tot en met 24 oktober 2022. Met toepassing van artikel 17, § 1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 kunnen ten vroegste de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid die een aanvang nemen vanaf 1 januari 2023 (eerste kwartaal volgend op dat waarin de wachtijd werd vervuld) erkend worden door de adviserend arts.

Dezelfde principes zijn van toepassing op de andere risico's die door het stelsel van de zelfstandigen worden vergoed.

## 1.2. Vrijstelling van wachttijd (art. 15 van het K.B. van 20.07.1971)

### 1.2.1. TOEPASSINGSGEVALLEN VAN DE VRIJSTELLING VAN WACHTTIJD

In een aantal situaties geldt een **vrijstelling van wachttijd**:

- voor een eerste groep van gerechtigden wordt verwezen naar de bepalingen over de vrijstelling van wachttijd die gelden voor de gerechtigden in het stelsel van de werknemers (vgl. art. 205, § 1 en § 6 van het K.B. van 03.07.1996).  
Als de vroegere volbrenging van een wachttijd is vereist of als overeenkomstig artikel 205, § 1, 5°, 6° en 7° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 een welbepaald tijdvak wordt gelijkgesteld met de volbrenging van de wachttijd, wordt rekening gehouden met een duur van de wachttijd van zes maanden. Die laatste precisering is noodzakelijk omdat in het stelsel van de werknemers een wachttijd van twaalf maanden van toepassing is om een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te openen
- voor de personen die als werknemer de wachttijd vervuld hebben (of hiervan vrijgesteld waren) en die binnen dertig dagen na het verlies van hun hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de werknemers, de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen verwerven
- voor de personen die de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen verwerven gedurende het kalenderkwartaal volgend op een ononderbroken periode van minstens twee kalenderkwartalen waarvoor de student-zelfstandige met toepassing van artikel 12*bis*, § 1, 2., van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 een verminderde bijdrage betaald heeft.

### 1.2.2. IMPACT VAN DE BIJDRAGEBETALING VOOR HET EERSTE KWARTAAL VAN ONDERWERPING AAN HET SOCIAAL STATUUT VAN DE ZELFSTANDIGEN OP DE TOEPASSING VAN DE VRIJSTELLING VAN WACHTTIJD

Op grond van artikel 5, § 1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt **het bewijs van de hoedanigheid van gerechtigde** voor de toepassing van de artikelen 14 tot 17 van dit koninklijk besluit van 20 juli 1971 geleverd aan de hand van **de gegevens inzake het vervullen van de bijdrageverplichtingen**.

In tegenstelling tot de situatie waarin de zelfstandige gerechtigde een wachttijd moet doorlopen alvorens hij arbeidsongeschikt kan worden erkend en uitkeringen kan genieten, houdt een vrijstelling van wachttijd meer concreet in dat de verzekerde na aansluiting bij een sociaal verzekeringsfonds principieel *onmiddellijk* arbeidsongeschikt kan worden erkend en aanspraak kan maken op uitkeringen.

De hoedanigheid van gerechtigde blijkt immers uit de aansluiting van de betrokkene bij een sociaal verzekeringsfonds. Het feit of de betrokkene op dat moment (= aanvang van de arbeidsongeschiktheid) reeds de bijdragen voor dit eerste kalenderkwartaal betaald heeft in het kader van het sociaal statuut van de zelfstandigen, is niet als een relevant gegeven te beschouwen.

Aangezien de sociale bijdragen uiterlijk op het einde van het kalenderkwartaal dienen te worden betaald, kan deze verzekerde dus al prestaties van het stelsel van de zelfstandigen genieten alvorens de bijdragen van dit eerste kalenderkwartaal van onderwerping aan het sociaal statuut van de zelfstandigen en waarin het risico aanvangt, zijn betaald.

Na het verstrijken van dit kalenderkwartaal rust op de verzekeringsinstelling de taak om te verifiëren of de betrokkene effectief de sociale bijdragen voor dit kalenderkwartaal heeft betaald (of hiervoor een vrijstelling heeft bekomen). Het bewijs van zijn hoedanigheid van gerechtigde wordt immers op grond van het voormelde artikel 5, § 1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 geleverd aan de hand van de gegevens betreffende het vervullen van de bijdrageverplichtingen.

### 1.3. Vermindering van de wachttijd (art. 16 van het K.B. van 20.07.1971)

In twee situaties geldt er een **verminderde wachttijd**:

- wanneer een verzekerde geen gerechtigde is geweest in het stelsel van de werknemers gedurende de duur die noodzakelijk is voor het volbrengen van de in dit stelsel bepaalde wachttijd (twaalf maanden voor de uitkeringsverzekering en zes maanden voor de moederschapsverzekering), wordt het tijdvak waarover hij aan dit stelsel was onderworpen, afgetrokken van de wachttijd van zes maanden die vereist is in het stelsel van de zelfstandigen, op voorwaarde dat er geen termijn van meer dan dertig dagen verstreken is tussen het verlies van de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de werknemers en het verwerven van de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen.

Op praktisch vlak heeft deze bepaling tot gevolg dat de verzekerde minimum drie maanden aan het stelsel van de werknemers dient te zijn onderworpen opdat voor de concrete vervulling van de wachttijd in het stelsel van de zelfstandigen de betrokkene mogelijk slechts voor één kalenderkwartaal de bijdragen is verschuldigd. In dit kader dient ook te worden opgemerkt dat de wachttijd ingaat aan het begin van het eerste kalenderkwartaal waarover de betrokkene bijdragen heeft betaald (of vrijgesteld was van bijdragebetaling) op grond van het sociaal statuut van de zelfstandigen.



*Voorbeelden:*

- een verzekerde werkt als loontrekkende vanaf 1 februari 2023 tot en met 31 maart 2023. Hij begint een zelfstandige beroepsactiviteit uit te oefenen vanaf 1 april 2023. Op voorwaarde dat de betrokkene de bijdragen betaalt voor het tweede en derde kalenderkwartaal van 2023, is 31 juli 2023 de laatste dag van de wachttijd (vermindering van de wachttijd van zes maanden met twee maanden wegens de onderwerping aan het stelsel van de werknemers gedurende twee maanden).

De arbeidsongeschiktheid kan worden erkend en een recht op uitkeringen kan worden geopend vanaf 1 oktober 2023 – *vgl.* hierna 1.4.

- een verzekerde werkt als loontrekkende vanaf 1 januari 2023 tot en met 31 maart 2023. Hij begint een zelfstandige beroepsactiviteit uit te oefenen vanaf 1 april 2023. Op voorwaarde dat de betrokkene de bijdragen betaalt voor het tweede kalenderkwartaal van 2023, is 30 juni 2023 de laatste dag van de wachttijd (vermindering van de wachttijd van zes maanden met drie maanden wegens de onderwerping aan het stelsel van de werknemers gedurende drie maanden).

De arbeidsongeschiktheid kan worden erkend en een recht op uitkeringen kan worden geopend vanaf 1 juli 2023 – *vgl.* hierna 1.4.

- een verzekerde werkt als loontrekkende vanaf 16 januari 2023 tot en met 31 maart 2023. Hij begint een zelfstandige beroepsactiviteit uit te oefenen vanaf 1 april 2023. Op voorwaarde dat de betrokkene de bijdragen betaalt voor het tweede en derde kalenderkwartaal van 2023, is 15 juli 2023 de laatste dag van de wachttijd (vermindering van de wachttijd van zes maanden met twee maanden en 16 kalenderdagen wegens de onderwerping aan het stelsel van de werknemers gedurende twee maanden en 16 kalenderdagen).

De arbeidsongeschiktheid kan worden erkend en een recht op uitkeringen kan worden geopend vanaf 1 oktober 2023 – *vgl.* hierna 1.4.

- een verzekerde werkt als loontrekkende vanaf 1 februari 2023 tot en met 30 april 2023. Hij begint een zelfstandige beroepsactiviteit uit te oefenen vanaf 1 mei 2023. Op voorwaarde dat de betrokkene de bijdragen betaalt voor het tweede kalenderkwartaal, is 30 juni 2023 de laatste dag van de wachttijd (vermindering van de wachttijd van zes maanden met drie maanden wegens de onderwerping aan het stelsel van de werknemers gedurende drie maanden – de verminderde wachttijd gaat in aan het begin van het eerste kalenderkwartaal waarover de betrokkene bijdragen heeft betaald).

De arbeidsongeschiktheid kan worden erkend en een recht op uitkeringen kan worden geopend vanaf 1 juli 2023 – *vgl.* hierna 1.4.

- wanneer een verzekerde niet gedurende een ononderbroken periode van minstens twee kalenderkwartalen voorafgaandelijk het kalenderkwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen is verworven, als student-zelfstandige met toepassing van artikel 12*bis*, § 1, 2., van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 een verminderde bijdrage verschuldigd is, wordt het tijdvak waarvoor hij de voormelde verminderde bijdrage heeft betaald, afgetrokken van de wachttijd van zes maanden die vereist is in het stelsel van de zelfstandigen, op voorwaarde dat hij de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen heeft verworven gedurende het kalenderkwartaal volgend op het kalenderkwartaal waarvoor hij de voormelde verminderde bijdrage is verschuldigd.

#### 1.4. Behoud van het recht op uitkeringen (art. 17 van het K.B. van 20.07.1971)

Wanneer de verzekerde *de wachttijd van zes maanden heeft vervuld*, kan het tijdvak van arbeidsongeschiktheid worden erkend en opent de betrokkene een recht op uitkeringen vanaf het eerste kalenderkwartaal volgend op dat waarin de wachttijd werd vervuld tot en met het einde van het daaropvolgende kalenderkwartaal.

Wanneer de verzekerde *van de wachttijd is vrijgesteld*, kan het tijdvak van arbeidsongeschiktheid worden erkend en opent de betrokkene een recht op uitkeringen tot en met het einde van het tweede kalenderkwartaal dat volgt op het kalenderkwartaal waarin hij gerechtigde is geworden, en hij de nodige bijdragen voor dat kalenderkwartaal heeft betaald waarin hij gerechtigde is geworden.

Latere tijdvakken van arbeidsongeschiktheid kunnen erkend en vergoed worden wanneer de betrokkene zijn hoedanigheid van gerechtigde bewijst via de vereiste bijdragebetaling voor het tweede en derde kalenderkwartaal vóór dat waarin zijn arbeidsongeschiktheid is aangevangen.

Dezelfde principes zijn van toepassing op de andere risico's die door het stelsel van de zelfstandigen worden vergoed.

#### 1.5. Dertig-dagen-regel (art. 18 van het K.B. van 20.07.1971)

##### 1.5.1. PRINCIPE

Behalve met de verzekeraarvoorwaarden (wachttijd / behoud van het recht), moet er ook rekening worden gehouden met de “dertig-dagen-regel” die inhoudt dat een tijdvak van arbeidsongeschiktheid slechts kan worden erkend op voorwaarde dat er geen doorlopend tijdvak van meer dan dertig dagen verlopen is tussen de aanvangsdag van de arbeidsongeschiktheid en de laatste dag van een tijdvak waarover de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 behouden bleef.

In deze bepaling wordt enkel verwezen naar artikel 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 dat een opsomming geeft van de gerechtigden op uitkeringen binnen de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen, zonder dat er verwezen wordt naar de voorwaarde van de bijdragebetaling. De hoedanigheid van gerechtigde heeft de verzekerde louter door de aansluiting bij een sociaal verzekeringsfonds. Het gegeven of de betrokkene al de bijdragen voor het lopende kalenderkwartaal waarin het risico is aangevat, heeft betaald in het kader van het sociaal statuut van de zelfstandigen is dus niet als een relevant gegeven te beschouwen (vgl. ook art. 5, § 1 van het K.B. van 20.07.1971 dat enkel verwijst naar de artn. 14 tot 17 van het K.B. van 20.07.1971).



**Opmerking:** indien de betrokkene de bijdragen voor een bepaald kalenderkwartaal heeft betaald, heeft hij de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen in het stelsel van de zelfstandigen (art. 3 van het K.B. van 20.07.1971) vanaf het begin tot en met de laatste dag van dat kalenderkwartaal. Dit is ook het geval wanneer de zelfstandige zijn activiteit in de loop van een kalenderkwartaal heeft stopgezet en vanaf dat ogenblik niet langer is aangesloten bij een sociaal-verzekeringsfonds.

Deze dertig-dagen-regel is ook van toepassing op de andere risico's die door het stelsel van de zelfstandigen worden vergoed.

#### 1.5.2. BIJZONDERE SITUATIE: VERLENGING VAN DE PERIODE VAN DERTIG DAGEN MET MAXIMAAL ZES MAANDEN (GARANTIEMAATREGEL)

Er zou een probleem kunnen rijzen voor de gerechtigde die zijn hoedanigheid van zelfstandige gerechtigde verliest en werknemer wordt. Als voltijds werknemer dient hij voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen een verkorte wachttijd van zes maanden te vervullen waarin hij negentig arbeidsdagen of met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen moet aantonen. Een deeltijds werknemer, een arbeider bij tussenpozen of een seizoenarbeider moet een verkorte wachttijd van zes maanden doorlopen waarin hij vierhonderd arbeidsuren of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren dient te bewijzen.

Indien de betrokkene meer dan dertig dagen na het verlies van zijn hoedanigheid van zelfstandige arbeidsongeschikt zou worden erkend en hij op dat ogenblik de verkorte wachttijd als werknemer nog niet doorlopen heeft, zou hij geen aanspraak kunnen maken op uitkeringen (vgl. ook hierna het punt 2.1. voor een toelichting over de verminderde wachttijd die in het stelsel van de werknemers moet worden doorlopen).

Bijgevolg is een **garantiemaatregel** bepaald die inhoudt dat de termijn van dertig dagen verlengd wordt *met maximum zes maanden* voor de verzekerde die binnen dertig dagen na het verlies van zijn hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen, de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verwerft en die hoedanigheid behouden heeft tot de dag vóór de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid.

De verlenging gebeurt met maximaal zes maanden, hetgeen inhoudt dat het gaat om een beperking van de verlenging tot de periode die noodzakelijk is voor de verzekerde om de wachttijd in de algemene regeling te vervullen en dit rekening houdend met de eerste dag van onderwerping aan het stelsel van de werknemers overeenkomstig artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Voor de toepassing van deze garantiemaatregel dient de verzekerde de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te *behouden tot de laatste dag vóór de aanvang van het risico*:


- “behouden”: indien de verschillende tewerkstellingen elkaar opvolgen zonder dat er zich tussen de tewerkstellingen andere dan de normale rustdagen bevinden, mag er in dit kader worden verondersteld dat de betrokkene ononderbroken gerechtigde is gebleven in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

- “de laatste dag vóór de aanvang van het risico”: in dit kader dient er rekening te worden gehouden met de normale werkdagen (of gelijkgestelde dagen) van de betrokken tewerkstelling of met het gegeven dat de zondag niet wordt vergoed in de werkloosheidsverzekering (vgl. de hoedanigheid van gecontroleerde werkloze). Een gecontroleerde werkloze die op maandag arbeidsongeschikt wordt, heeft dus de hoedanigheid van gerechtigde als gecontroleerd werkloze behouden tot daags vóór de aanvang van het risico als voor de zaterdag een werkloosheidsuitkering is toegekend of als deze zaterdag wegens een andere reden overeenkomstig artikel 246 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 als een dag van gecontroleerde werkloosheid moet worden beschouwd.

Zodra de verzekerde de verkorte wachttijd in het stelsel van de werknemers heeft doorlopen, heeft de garantiemaatregel niet langer een uitwerking op de periodes van arbeidsongeschiktheid die vanaf dat ogenblik aanvatten.

 *Bijvoorbeeld:* een verzekerde heeft de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen tot en met 30 juni 2022. De betrokkene vat een tewerkstelling als werknemer aan op 1 juli 2022 en verricht die tot en met daags voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid op 10 januari 2023. De verminderde wachttijd in het stelsel van de werknemers loopt vanaf 1 juli 2022 tot en met 31 december 2022 en de verzekerde bewijst tijdens deze verminderde wachttijd als voltijds werknemer negentig werkdagen. De periode van arbeidsongeschiktheid vanaf 10 januari 2023 kan enkel worden vergoed in het stelsel van de werknemers. Vermits op 1 januari 2023 de wachttijd in het stelsel van de werknemers is vervuld, heeft de garantiemaatregel niet langer een uitwerking.

Als de arbeidsongeschiktheid zich echter voordoet alvorens de verkorte wachttijd is doorlopen, en deze wachttijd wordt uiteindelijk vervuld tijdens deze periode van arbeidsongeschiktheid (bijvoorbeeld omdat het vereiste aantal werkdagen/arbeidsuren (of gelijkgesteld) al vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid zijn aangetoond), kan de verzekerde vanaf het ogenblik dat de wachttijd is vervuld in het stelsel van de werknemers aanspraak maken op prestaties in de beide stelsels. Met toepassing van de cumulatiebepaling bedoeld in artikel 29, § 1, 1<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de zelfstandigen wel verminderd met het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de werknemers.

 *Bijvoorbeeld:* een verzekerde heeft de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen tot en met 30 juni 2022. De betrokkene vat een tewerkstelling als werknemer aan op 1 juli 2022 en verricht die tot en met daags voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid op 25 oktober 2022. Op dat ogenblik toont hij als voltijds werknemer negentig werkdagen aan. De verminderde wachttijd in het stelsel van de werknemers loopt echter vanaf 1 juli 2022 tot en met 31 december 2022. Gelet op de garantiemaatregel kan de betrokkene (enkel) aanspraak maken op uitkeringen ten laste van het stelsel van de zelfstandigen vanaf 25 oktober 2022 tot en met 31 december 2022. Vanaf 1 januari 2023 opent hij ook een recht op uitkeringen ten laste van het stelsel van de werknemers (de verminderde wachttijd is vervuld). Het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de zelfstandigen moet echter worden verminderd met het bedrag ten laste van het stelsel van de werknemers (vgl. art. 29, § 1, 1<sup>o</sup> van het K.B. van 20.07.1971).

Gelet op de vrijstelling van wachttijd wat het recht op prestaties van de moederschapsverzekering voor werknemers betreft in geval van een overgang van het stelsel van de zelfstandigen naar het stelsel van de werknemers, is er in deze situatie geen garantiemaatregel van toepassing (vgl. ook hierna het punt 2.2. voor een toelichting over deze vrijstelling van wachttijd).

## II. Overgang van het stelsel van de zelfstandigen naar het stelsel van de werknemers

### 2.1. Verminderde wachttijd voor het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ten laste van de uitkeringsverzekering voor werknemers (art. 206 van het K.B. van 03.07.1996)

De wachttijd wordt verminderd tot zes maanden die ten minste negentig arbeidsdagen of gelijkgestelde dagen omvatten, voor de persoon die de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verkrijgt, op voorwaarde dat hij deze hoedanigheid verkrijgt uiterlijk de dertigste dag nadat hij de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen verloor en hij de in die regeling voorgeschreven wachttijd heeft volbracht of ervan was vrijgesteld.

De seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijdse werknemers volbrengen de verminderde wachttijd indien zij over een periode van zes maanden, vierhonderd uren of gelijkgestelde uren presteren. De referteperiode 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 hun verminderde wachttijd in zes maanden te volbrengen.



#### Opmerkingen:

- deze verminderde wachttijd is *a fortiori* ook van toepassing wanneer de verzekerde reeds *tijdens* de periode van onderwerping in de hoedanigheid van zelfstandige gerechtigde bedoeld in artikel 3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 de hoedanigheid van loontrekkende in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verwerft
- opdat deze verminderde wachttijd kan worden toegepast, moet de betrokkene op het ogenblik van het verwerven van de hoedanigheid in het stelsel van de werknemers overeenkomstig artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de wachttijd van zes maanden in het stelsel van de zelfstandigen hebben vervuld (of vrijgesteld geweest zijn van het vervullen van een wachttijd in dat laatste stelsel)
- opdat deze verminderde wachttijd kan worden toegepast, is het op zich niet vereist dat de betrokkene de hoedanigheid van zelfstandige gerechtigde verliest.

In geval van een dubbele hoedanigheid kan de betrokkene – na het vervullen van de verminderde wachttijd – aanspraak maken op uitkeringen in het kader van de beide uitkeringsverzekeringen. Voor de eventuele periode gedekt door het gewaarborgd loon moeten de uitkeringen op grond van artikel 28, § 1, eerste lid van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 worden geweigerd. Met toepassing van de cumulatiebepaling bedoeld in artikel 29, § 1, 1<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de zelfstandigen vermindert met het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de werknemers. De betrokkene zal met andere woorden recht hebben op een uitkering ten laste van het stelsel van de werknemers die in voorkomend geval wordt aangevuld met een verminderde uitkering ten laste van het stelsel van de zelfstandigen.

## 2.2. Vrijstelling van wachttijd voor het recht op uitkeringen ten laste van de moederschapsverzekering voor werknemers (art. 206/1 van het K.B. van 03.07.1996)

Er geldt een vrijstelling van wachttijd voor de verzekerde die de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verkrijgt uiterlijk de dertigste dag nadat hij de hoedanigheid van gerechtigde in het stelsel van de zelfstandigen verloor en op voorwaarde dat deze verzekerde de in het stelsel van de zelfstandigen voorgeschreven wachttijd heeft volbracht of ervan was vrijgesteld.

Deze vrijstelling van wachttijd is dus van toepassing op de risico's moederschapsrust, omgezet moederschapsverlof, werkverwijdering, vaderschaps- of geboorteverlof, adoptieverlof en pleegouderverlof.

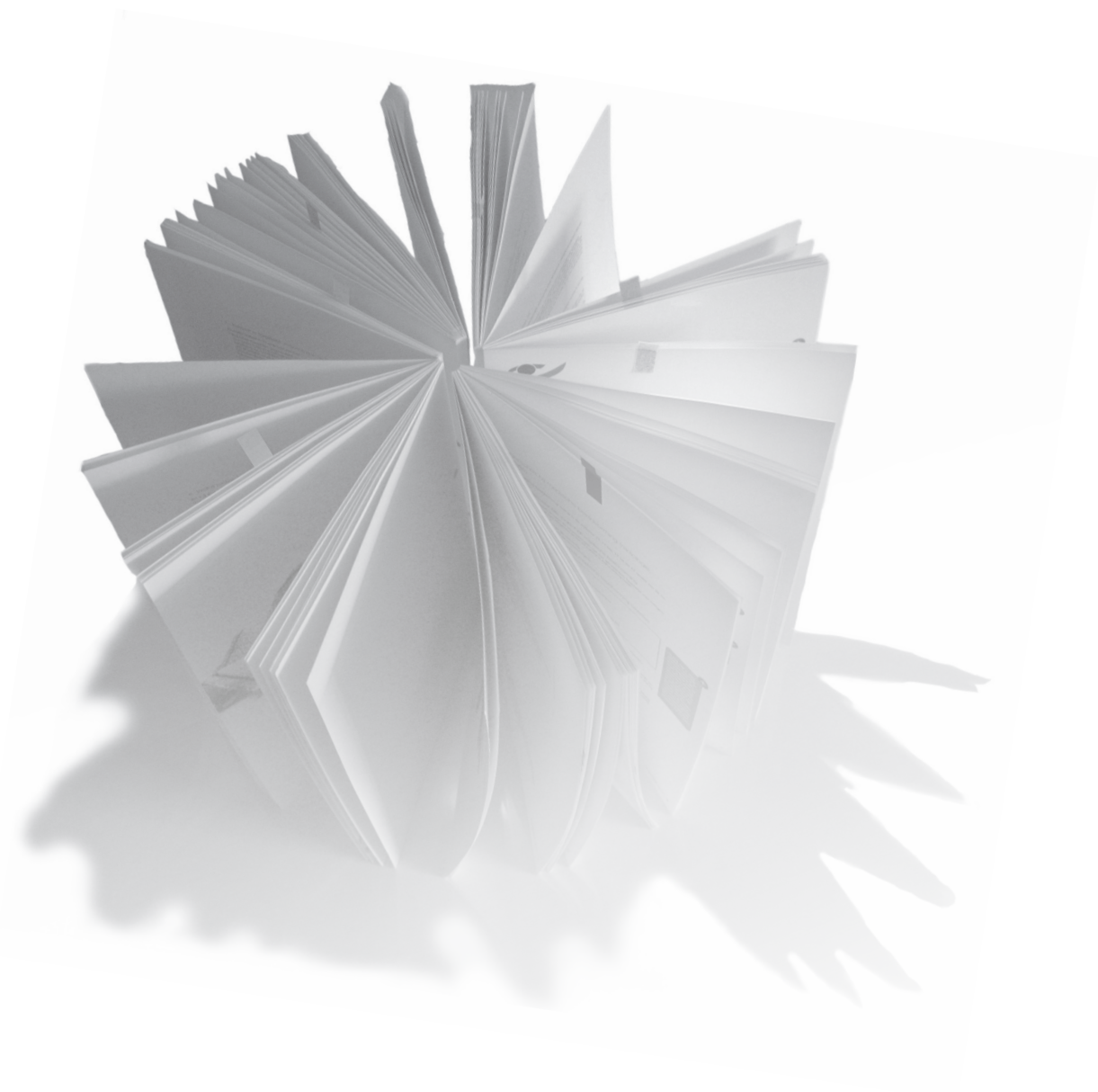


Omzendbrief V.I. nr. 2023/23 – 480/13 van 1 februari 2023.





5<sup>e</sup> Deel  
Basisgegevens



## I. Maximumfactuur - Dienstjaar 2023

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2023.

### a) berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2022:	123,03	
-----	=	----- = 1,0959
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2021:	112,26	

### b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2023

van	0,00	tot	12.186,41
van	12.186,42	tot	21.801,89
van	21.801,90	tot	33.516,33
van	33.516,34	tot	45.230,81
van	45.230,82	tot	56.457,17
vanaf	56.457,18		

II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2023

### Algemeen

Dienstjaar 2021		487,08	703,56	1.082,40	1.515,36	1.948,32
Dienstjaar 2022	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16
Dienstjaar 2023	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16

### Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2021	108,24
Dienstjaar 2022	112,62
Dienstjaar 2023	112,62

### III. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2023

Totaal van de persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht:

Dienstjaar 2022	506,79
Dienstjaar 2021	487,08



Omzendbrief V.I. nr. 2023/5 – 3998/59 van 11 januari 2023.

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

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.


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.

### Indexering van de grensbedragen

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

Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
Vanaf 1 augustus 2022	40.668,62	4.383,98
Vanaf 1 november 2022	41.482,80	4.471,78
Vanaf 1 december 2022	42.312,15	4.561,31
<b>Vanaf 1 januari 2023</b>	<b>42.312,15</b>	<b>4.682,19</b>

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71
2022	40.020,69	4.314,18

 Omzendbrief V.l. nr. 2023/6 – 270/94, 273/95, 274/96, 276/145, 2790/97, 2791/94, 2792/93, 3910/2057 en 83/5 van 11 januari 2023.

### III. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 januari 2023

Van toepassing vanaf 1 januari 2023.

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 17.291,03 en 3.201,04 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Op 1 januari 2023:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
25.291,73 EUR	4.682,19 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2023/7 – 3991/361 van 3 januari 2023.

## IV. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

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

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend.

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

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

*1 september 2008 indexering*

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

*1 september 2010 indexering*

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

*1 mei 2011 indexering*

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

*1 februari 2012 indexering*

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

*1 december 2012 indexering*

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

*1 juli 2015 indexering*

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

*1 juni 2016 indexering*

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

*1 juni 2017 indexering*

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

*1 september 2018 indexering*

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

*1 maart 2020 indexering*

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



*1 september 2021 indexering*

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

*1 januari 2022 indexering*

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 21 = 2.671,85 EUR

*1 maart 2022 indexering*

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 22 = 2.725,28 EUR

*1 mei 2022 indexering*

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 23 = 2.779,79 EUR

*1 augustus 2022 indexering*

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 24 = 2.835,39 EUR

*1 november 2022 indexering*

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 25 = 2.892,09 EUR

**1 december 2022 indexering**

**1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 26 = 2.949,93 EUR**

Waarde per trimester		
1 <sup>ste</sup> trimester 2008	$2.065,42 \cdot 3/3$	2.065,42 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.065,42 \cdot 1/3 + 2.106,73 \cdot 2/3$	2.092,96 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.106,73 \cdot 2/3 + 2.148,87 \cdot 1/3$	2.120,78 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2008	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.148,87 \cdot 2/3 + 2.191,85 \cdot 1/3$	2.163,20 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2010	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.191,85 \cdot 1/3 + 2.235,68 \cdot 2/3$	2.221,07 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	$2.235,68 \cdot 1/3 + 2.280,40 \cdot 2/3$	2.265,49 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2012	$2.280,40 \cdot 2/3 + 2.326,00 \cdot 1/3$	2.295,60 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2015	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2015	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2015	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2015	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2016	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2016	$2.372,52 \cdot 2/3 + 2.419,97 \cdot 1/3$	2.388,34 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2016	$2.419,97 \cdot 3/3$	2.419,97 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2016	$2.419,97 \cdot 3/3$	2.419,97 EUR

1 <sup>ste</sup> trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
<b>1<sup>ste</sup> trimester 2023</b>	<b>2.949,93*3/3</b>	<b>2.949,93 EUR</b>



Omzendbrief V.I. nr. 2023/80 – 248/85 van 23 maart 2023.



**Redactiecomité**

Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Charlotte Lefebre  
De h. P.-A. Briffeuil  
Mevr. Nuray Özdemir  
Mevr. Espérance Nahimana  
Mevr. Jolanda Gashi  
Mevr. Laureline André

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français

ISSN 0046-9726