

1^e Deel

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



1^{ste} trimester 2024

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.01.2024	15.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt met name het volgende ingevoerd:

- de organisatie van meerdere fysieke contacten door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team met het oog op de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid gedurende de periode van erkende primaire arbeidsongeschiktheid (uiterlijk gedurende de vierde maand primaire arbeidsongeschiktheid, gedurende de zevende maand primaire arbeidsongeschiktheid en gedurende de elfde maand primaire arbeidsongeschiktheid) en gedurende de voorlaatste maand van de periode van erkende invaliditeit. In dat kader wordt een evaluatie van de restcapaciteiten van de gerechtigde gepland, die eventueel resulteert in een verwijzing van de gerechtigde naar de terug-naar-werkcoördinator
- de nieuwe bevoegdheden van de artsen van de Dienst voor Uitkeringen, leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de organisatie van themacontroles in verband met het proces van de evaluatie van de geschiktheid of ongeschiktheid om te werken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.01.2024	18.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt met name het volgende ingevoerd:

- de organisatie van meerdere fysieke contacten door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team met het oog op de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid gedurende de periode van erkende primaire arbeidsongeschiktheid (uiterlijk gedurende de vierde maand primaire arbeidsongeschiktheid, gedurende de zevende maand primaire arbeidsongeschiktheid en gedurende de elfde maand primaire arbeidsongeschiktheid) en gedurende de voorlaatste maand van de periode van erkende invaliditeit. In dat kader wordt een evaluatie van de restcapaciteiten van de gerechtigde gepland, die eventueel resulteert in een verwijzing van de gerechtigde naar de terug-naar-werkcoördinator
- de nieuwe bevoegdheden van de artsen van de Dienst voor Uitkeringen, leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit en de organisatie van themacontroles in verband met het proces van de evaluatie van de geschiktheid of ongeschiktheid om te werken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.02.2024	21.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft
18.03.2024	21.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.03.2024	25.02.2024	Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 53, §1, 3 ^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Voor facturatie van de geneesmiddelen door de psychiatrische verzorgingstehuizen wordt de datum bedoeld in artikel 53, § 1, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vastgesteld op 1 juli 2024. Het psychiatrische verzorgingstehuis bezorgt het facturatiebestand via het elektronisch netwerk MyCareNet aan de meewerkende instelling van sociale zekerheid zoals bedoeld in artikel 2, 2°, b) van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.03.2024	21.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.03.2024	11.03.2024	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, betreffende het invoegen van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een afdeling VI/1 ingevoegd die de artikelen 46/1 tot en met 46/6, betreffende de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen bevat, luidende:

- het aantal en de manier waarop de verschillende categorieën van kandidaat-leden worden aangewezen
- de manier waarop de voorzitter wordt aangewezen
- de duur en de voorwaarden betreffende de uitoefening van het mandaat van de leden van de Commissie
- de uitoefening van het voorzitterschap van de Commissie
- de bijeenroeping van de Commissie
- de regels betreffende de stemmingen in de Commissie
- de functie van het secretariaat van de Commissie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 124, §3 wordt aangevuld met een lid, luidende: “Ook in afwijking op het eerste lid, wordt de voorwaarde tot samenwoning verondersteld te zijn behouden tussen een gerechtigde en zijn persoon ten laste voor een periode van maximaal twee kalenderkwartalen in geval van ambtshalve schrapping uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, die zowel de gerechtigde als zijn persoon ten laste betreft, onder dezelfde schrappingscode en op dezelfde datum. De voorwaarde van samenwoning wordt echter niet verondersteld te worden behouden als de ambtshalve schrapping het gevolg is van hun vertrek naar het buitenland of het verlies van hun verblijfsvergunning.”
- artikel 128^{ter} wordt aangevuld met een lid, luidende: “De hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, 13°, van de gecoördineerde wet gaat niet verloren voor personen die ambtshalve zijn geschrapt uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt. Deze uitzondering geldt echter niet voor personen die ambtshalve worden geschrapt als gevolg van hun vertrek naar het buitenland of als gevolg van het verlies van hun verblijfsvergunning.”
- in artikel 128^{quinquies} wordt paragraaf 2, opgeheven bij koninklijk besluit van 1 juli 2008, hersteld als volgt: “2. De hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, 15°, van de gecoördineerde wet gaat niet verloren voor personen die ambtshalve worden geschrapt uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt. Dezelfde uitzondering geldt voor personen die genoten van geneeskundige prestaties in een andere hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, terwijl ze voldeden aan de voorwaarden van de hoedanigheid, bedoeld in 15°. Deze uitzondering geldt echter niet voor personen die ambtshalve worden geschrapt als gevolg van hun vertrek naar het buitenland of als gevolg van het verlies van hun verblijfsvergunning.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 53, § 1, dertiende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de verplichte verificatie door verplegingsinrichtingen van de identiteit van de patiënt door lezing van een elektronisch identiteitsmiddel

Samenvatting van de wijzigingen

Dit besluit is van toepassing op verplegingsinrichtingen die opnames en ambulante verstrekkingen aanrekenen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De datum bedoeld in artikel 3, § 2, derde lid, van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, wordt vastgesteld op 1 april 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2024	29.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37bis, § 1, E, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de rangnummers “471870, 471914, 471936” ingevoegd tussen het rangnummer “471811” en het rangnummer “472076”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.01.2024	19.10.2023	Koninklijk besluit tot invoeging van een overgangsbepaling in het koninklijk besluit van 17 juni 2022 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, betreffende de wervelkolompathologieën

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit van 17 juni 2022 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, betreffende de wervelkolompathologieën, wordt een artikel 5/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 5/1. Overgangsbepaling

De verstrekkingen van artikel 14, n), van de nomenclatuur zijn toegankelijk voor de artsen-specialisten in de heelkunde, indien deze vóór 15 juli 2022 meer dan 75% van een voltijdse activiteit in de wervelkolomchirurgie hebben uitgeoefend en deel uitmaken van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.02.2024	19.10.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In II, 2° van artikel 14, h), § 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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 248975-248986, wordt vervangen
- de verstrekking en de toepassingsregel 248474-248485 worden ingevoegd na de toepassingsregel die volgt op de omschrijving van de verstrekking 248975-248986
- in de Nederlandse tekst wordt in de toepassingsregel na de verstrekking 248356-248360 het woord “het” ingevoegd tussen de woorden “in” en “betrokken”
- de verstrekking 248393-248404 en haar toepassingsregel worden geschrapt
- de toepassingsregel na de omschrijving van de verstrekking 248430-248441 wordt als volgt vervangen
- de verstrekking 248452-248463 en de eerste toepassingsregel die volgt, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2024	21.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 16 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” vervangen door het woord “arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” vervangen door het woord “arts-specialist”
- in paragraaf 6 worden de woorden “En dérogation du” vervangen door de woorden “Par dérogation au”
- het artikel wordt aangevuld met een paragraaf 7, luidende: “§ 7. In afwijking van § 5 kan bij de verstrekkingen 312410-312421 en 312432-312443 geen operatieve hulp aangerekend worden behalve indien deze verricht wordt door een arts-specialist in opleiding in de stomatologie.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.03.2024	21.02.2024	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 wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 14, k), I., § 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden in de bepalingen onder 1° “Behandelingen van fracturen en luxaties” de verstrekkingen 295050-295061 en 295072-295083 geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2024	25.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 3, § 1, C., en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3, § 1, C., I., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de betreffende waarde van de verstrekking 125090-125101 wordt vervangen door “100”;
 - => de betreffende waarde van de verstrekking 125112-125123 wordt vervangen door “100”;
 - => de verstrekking 125134-125145 wordt geschrapt.
- 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, wordt in de rubriek “Cumulregels” cumulregel 4 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.03.2024	25.02.2024	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

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, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 1/CHEMIE, onder 1/Bloed:
 - => wordt de verstrekking 540455-540466 vervangen;
 - => wordt na de verstrekking 540455-540466 de verstrekking 542990-543001 ingevoegd.
- in de rubriek “Cumulregels” wordt cumulregel 11 vervangen
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld.

Bij wijze van overgangsbepaling wordt, tijdens het kalenderjaar van inwerkingtreding, enkel rekening gehouden met het aantal verstrekkingen dat aangerekend werd na de datum van inwerkingtreding van dit besluit om het maximaal aantal aanrekenbare verstrekkingen per kalenderjaar, zoals bedoeld in de diagnoseregule 171, opgenomen in artikel 1, C., van dit besluit, te bepalen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2024	29.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20 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 paragraaf 1, b):
 - => wordt de omschrijving van de verstrekkingen 471715-471726; 471730-471741; 471796-471800 en 471811-471822 vervangen;
 - => wordt na de verstrekking 471730-471741 de verstrekking 471870-471881 ingevoegd;
 - => worden de verstrekking 471892-471903 en de toepassingsregel na de verstrekking 471796-471800 ingevoegd;
 - => de verstrekking 471914-471925; 471936-471940 en 471951-471962 worden ingevoegd na de verstrekking 471811-471822;
 - => de toepassingsregel na de verstrekking 471811-471822 wordt vervangen.
- in paragraaf 2, C., wordt de eerste connexiteitsregel geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2024	12.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 27 en 29 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 27 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1, onder het opschrift "Lumbostaat wegens aandoening van de lumbosacrale wervelkolom in tijk en metaal, naar maat" worden de verstrekkingen 604214-604225 en 604236-604240 geschrapt;
 - => in paragraaf 8, eerste lid, worden de woorden "604214-604225, 604236-604240," geschrapt.
- in artikel 29 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1, A, onder het opschrift "Hoofdgroep IV: Lumbosacrale orthese (L.S.O.)," worden de verstrekkingen 645352-645363 en 645374-645385 geschrapt;
 - => in paragraaf 4, 1^o, onder d), worden de woorden "645352-645363, 645374-645385," geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.03.2024	24.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in A.1., worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in 1^o doelgroep, wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 en 741613 vervangen door “6,00 en meer”;
 - => in 2^o doelgroep, wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 en 741974 vervangen door “3,75 tot en met 5,75”;
 - => in 3^o doelgroep, wordt de omschrijving van de verstrekkingen 742070, 742092, 742114, 742136, 742151, 742173, 742195, 742210, 742232 en 742254 vervangen door “4,25 tot en met 5,75”;
- in A., 3.1, eerste lid, worden de woorden “-/+ 7,00 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 6,00 dioptrieën”
- in A., 4.1, eerste lid, worden de woorden “-/+ 6,75 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 5,75 dioptrieën”
- in A., 4.1, vierde lid, worden de woorden “3,75 tot 6,75” vervangen door de woorden “3,75 à 5,75”
- in A, 5.1, worden de woorden “-/+ 6,75 dioptrieën” vervangen door de woorden “-/+ 5,75 dioptrieën”
- in C., 2.2.2, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid worden de bepalingen onder 4. vervangen als volgt: “4. ametropie van minstens -/+ 6,00 dioptrieën.”;
 - => in het derde lid worden de woorden “De ametropie van minstens -/+ 7,75 dioptrieën” vervangen door de woorden “De ametropie van minstens -/+ 6,00 dioptrieën”.

3. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
17.01.2024	07.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 27 januari 2022 tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt jaarlijks, met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten”, verhoogd met een welbepaald bedrag.

Die bijkomende administratiekosten worden verdeeld onder de landsbonden op basis van een verdeelsleutel vastgelegd door het koninklijk besluit van 27 januari 2022 tot vaststelling van de verdeelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” betreft.

Concreet wordt bepaald dat voor de verdeelsleutel van het jaar N de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen voor het jaar N-1 in aanmerking moeten worden genomen.

Er moet echter worden vastgesteld dat de cijfers betreffende de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen voor het jaar N-1 pas ten vroegste tegen het einde van januari van het jaar N door de verzekeringsinstellingen naar het RIZIV worden doorgestuurd. In dat kader kunnen bijvoorbeeld ook nog bepaalde correcties noodzakelijk zijn, waardoor het opstellen van de verdeelsleutel voor het jaar N de nodige vertraging oploopt.

Om dat probleem te verhelpen, wordt in het koninklijk besluit bepaald dat rekening zal worden gehouden met de gegevens van het vierde kalenderkwartaal van het tweede dienstjaar dat voorafgaat aan het desbetreffende dienstjaar en met de gegevens van het eerste, tweede en derde kalenderkwartaal van het dienstjaar dat voorafgaat aan het desbetreffende dienstjaar in het kader van die specifieke verdeelsleutel voor de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen. Via die wijziging kan een bijkomend kalenderkwartaal worden meegerekend bij het vaststellen van de verdeelsleutel.

Aangezien voor de verdeelsleutel van het dienstjaar 2023 al rekening is gehouden met de tijdens het dienstjaar 2022 ontvangen ingevulde vragenlijsten (dus ook met de tijdens het vierde kalenderkwartaal van 2022 ontvangen ingevulde vragenlijsten), wordt voorgesteld om voor het dienstjaar 2024 enkel de gedurende het eerste, tweede en derde kalenderkwartaal van het dienstjaar 2023 ontvangen ingevulde vragenlijsten in aanmerking te nemen (om te vermijden dat voor twee dienstjaren in het kader van de toepassing van de verdeelsleutel dezelfde gegevens worden gebruikt).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.01.2024	25.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen:

- de woorden “B 595” worden telkens vervangen door de woorden “B 700”
- de woorden “B 1488” worden telkens vervangen door de woorden “B 1750”
- de woorden “B 2975” worden telkens vervangen door de woorden “B 3500”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2024	18.01.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 maart 2023 tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt jaarlijks, met het oog op de voorbereiding en de uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” in het stelsel van de zelfstandigen, verhoogd met een welbepaald bedrag.

Die bijkomende administratiekosten worden verdeeld onder de landsbonden op basis van een verdeelsleutel die is vastgelegd in het koninklijk besluit van 12 maart 2023 tot vaststelling van de verdelingswijze en de toekenning van de administratiekosten onder de landsbonden wat de voorbereiding en uitvoering van de “Terug Naar Werk-trajecten” in de uitkeringsverzekering van de zelfstandigen en meewerkende echtgenoten betreft.

Concreet wordt bepaald dat voor de verdeelsleutel van het jaar N de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen voor het jaar N-1 in aanmerking moeten worden genomen.

Er moet echter worden vastgesteld dat de cijfers betreffende de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen voor het jaar N-1 pas ten vroegste tegen het einde van januari van het jaar N door de verzekeringsinstellingen naar het RIZIV worden doorgestuurd. In dat kader kunnen bijvoorbeeld ook nog bepaalde correcties noodzakelijk zijn, waardoor het opstellen van de verdeelsleutel voor het jaar N de nodige vertraging oploopt.

Om dat probleem te verhelpen, wordt in het ontwerp van koninklijk besluit bepaald dat rekening zal worden gehouden met de gegevens van het vierde kalenderkwartaal van het tweede dienstjaar dat voorafgaat aan het desbetreffende dienstjaar en met de gegevens van het eerste, tweede en derde kalenderkwartaal van het dienstjaar dat voorafgaat aan het desbetreffende dienstjaar in het kader van die specifieke verdeelsleutel voor de ontvangen ingevulde vragenlijsten en de ondertekende positieve engagementsverklaringen. Via die wijziging kan een bijkomend kalenderkwartaal worden meegerekend bij het vaststellen van de verdeelsleutel.

Aangezien de “Terug Naar Werk-trajecten” in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten pas vanaf 1 januari 2023 zijn ingevoerd, zullen voor het dienstjaar 2024 enkel de gedurende het eerste, tweede en derde kalenderkwartaal van het dienstjaar 2023 ontvangen ingevulde vragenlijsten in aanmerking worden genomen (de verzekeringsinstelling kan immers geen ingevulde vragenlijsten ontvangen hebben gedurende het vierde kalenderkwartaal van het dienstjaar 2022).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.02.2024	18.01.2024	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de tandheelkunde

Samenvatting van de wijzigingen

Aan de stagemeester in de tandheelkunde wordt een vergoeding gestort voor de billijke verloning van een stagiair, volgens het minimumbarema dat door de FOD Volksgezondheid is vastgesteld. Het toegekende bedrag voor kalenderjaar 2022 bedraagt maandelijks 1.085,78 EUR per stagiair die voltijds wordt begeleid. Voor kalenderjaar 2023 stijgt dit bedrag naar 1.174,17 EUR.

Vanaf premiejaar 2022 wordt overgeschakeld van betalingen per academiejaar naar een systeem van betalingen per kalenderjaar.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.02.2024	06.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten
28.02.2024	06.02.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten. - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 4 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het 1^e lid wordt de zin “De vergoeding wordt vastgesteld per begonnen kalendermaand effectieve stagebegeleiding.” vervangen als volgt: “De vergoeding wordt vastgelegd per volledige kalendermaand stagebegeleiding van een kandidaat met een volledige activiteitsgraad, gedurende welke de stagemeester optreedt als exclusieve stagebegeleider. De vergoeding wordt proportioneel herleid in zoverre niet aan deze parameters is voldaan. In het geval waarin een stagemeester een kandidaat niet gedurende een volledige kalendermaand heeft begeleid wordt de reductie toegepast op basis van het totaal aantal dagen.”;
 - => het tweede lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor het referentiejaar 2022 wordt dit bedrag vastgesteld op 598,85 EUR en voor referentiejaar 2023 op 647,60 EUR”;
 - => het derde lid wordt opgeheven.
- er wordt een artikel 4/1 ingevoegd
- artikel 5 wordt vervangen
- in artikel 7/1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => een paragraaf 3/1 wordt ingevoegd;
 - => in paragraaf 4 worden de woorden “en kwaliteitsindicatoren” ingevoegd tussen de woorden “een kwaliteitssysteem” en het woord “ontwikkeld”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2024	03.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 23^{ter}: Als de arbeidsongeschikte erkende zelfstandige gerechtigde een activiteit als werknemer zonder de toelating van de adviserend arts heeft hervat en vakantie heeft opgenomen in het kader van de hervatting van deze activiteit, kan de verzekeringsinstelling de uitkeringen blijven weigeren of terugvorderen ondanks de opheffing van het algemene anticumulatieverbod tussen uitkeringen en vakantiegeld (*vgl.* de wijziging van art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 zoals voorzien door het wetsontwerp houdende diverse dringende bepalingen inzake de uitkerings- en moederschapsverzekering dat ook de anticumulatieregeling tussen uitkeringen en vakantiegeld zoals bepaald in art. 103, § 1, 2^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 opheft)

- In artikel 24: De situatie kan zich voordoen dat wegens bepaalde redenen van organisatorische aard de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team één enkel fysiek contact organiseert tijdens de vierde maand van de periode van primaire ongeschiktheid in het kader van, enerzijds, de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid en, anderzijds, de evaluatie van de restcapaciteiten omdat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde de vragenlijst niet behoorlijk ingevuld heeft teruggestuurd.

In een dergelijke situatie wordt voorzien dat bij een niet geldig gerechtvaardigde afwezigheid op het fysieke contact de toekenning van de uitkeringen wordt stopgezet tot het ogenblik waarop de gerechtigde (opnieuw) aan de evaluatieverplichtingen voldoet (deze sanctie primeert op de sanctie die een vermindering van het dagbedrag van uitkeringen met 2,5 % inhoudt). Een gelijkaardige wijziging is in het stelsel van de werknemers in artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bepaald via de programmawet van 22 december 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2024	03.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit bepaalt de afschaffing van het huidige duale systeem inzake de toelating om het werk tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten in het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten:

- de toelating “artikel 23” met het oog op een volledige re-integratie: maximaal zes maanden (verlengbaar tot maximaal achttien maanden) en de toepassing van een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid
- de toelating “artikel 23bis” zonder de doelstelling van een volledige re-integratie of als de volledige re-integratie na het uitoefenen van een activiteit op grond van een toelating “artikel 23” mislukt is: geen tijdsbeperking en geen toepassing van een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid.

Er wordt meer concreet bepaald om de huidige toelating “artikel 23” op te heffen. De huidige toelating “artikel 23bis” blijft van toepassing, maar met een beperking in de tijd (“Elke toelating wordt toegekend en, in voorkomend geval, hernieuwd voor een beperkte duur die geen twee jaar overschrijdt”).

Verschillende overgangsmaatregelen zijn voorzien voor sommige arbeidsongeschikte erkende zelfstandige gerechtigden die al vóór de inwerkingtreding van de hervorming een toegelaten activiteit verrichten. Wat bijvoorbeeld de op het ogenblik van de inwerkingtreding van de hervorming nog lopende toelatingen “artikel 23” betreft, kunnen de betrokken gerechtigden hun activiteit blijven uitoefenen tot het einde van de lopende toelating die voor een maximale periode van zes maanden is verstrekt (met de toepassing van het wettelijke vermoeden van arbeidsongeschiktheid).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.03.2024	03.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit versoepelt de huidige strikte anticumulatieregeling tussen, enerzijds, de uitkeringen ten laste van het stelsel van de zelfstandigen en, anderzijds, een bepaalde bezoldiging of een verbrekingsvergoeding / ontslagcompensatievergoeding die naar aanleiding van een contractuele of statutaire tewerkstelling wordt genoten.

In plaats van een loutere weigering van de uitkering als een dergelijk voordeel wordt genoten, wordt een verschilregel ingevoerd. Het bedrag van de uitkering ten laste van het stelsel van de zelfstandigen wordt meer bepaald verminderd met:

- het bedrag van het loon, evenals de aanvulling bepaald door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of 13*bis* verschuldigd door de werkgever aan de gerechtigde tijdens de lopende tewerkstelling op grond van de van toepassing zijnde arbeidsreglementering, na de aanvang van de periode waarin het voor deze gerechtigde onmogelijk is om zijn werk te verrichten wegens arbeidsongeschiktheid
- het bedrag van de uitgestelde bezoldiging toegekend aan de tijdelijke leerkracht na het einde van de tewerkstelling, de vergoeding verschuldigd door de werkgever naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst en de ontslagcompensatievergoeding toegekend door de RVA.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.03.2024	21.02.2024	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen in 2022

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen, wordt voor het jaar 2022 vastgesteld op 26.564.288,81 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2024	03.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2011 tot uitvoering van artikel 154, zesde lid, 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 artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in § 2, eerste lid worden in punt a) de woorden “en opgenomen in de databank ‘accreditering’ van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna het Instituut) ingesteld onder artikel 122*quater*, § 5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van dezelfde wet” ingevoegd na de woorden “bovenbedoelde wet”;
 - => in § 2, eerste lid wordt punt b) vervangen als volgt: “b) de specifieke programma’s verzekeringsgeneeskunde uitgewerkt door de “Wetenschappelijke vereniging voor verzekeringsgeneeskunde”, de “Association scientifique de médecine d’assurance”, de “Europese vereniging voor verzekeringsgeneeskunde en sociale zekerheid”, of het “Instituut” of de specifieke programma’s georganiseerd in samenwerking met hen.”;
 - => § 3 wordt vervangen.
- in artikel 6 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => §§ 2 en 3 worden vervangen;
 - => er wordt een § 4, een § 5 en een § 6 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.03.2024	12.03.2024	Koninklijk besluit tot uitvoering van het hoofdstuk 2 van de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, wat betreft de toepassing van het verbod op ereloonsupplementen voor geneeskundige verzorging verleend door artsen aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Samenvatting van de wijzigingen

Dit besluit stelt het verbod in werking voor de aanrekening van ereloonsupplementen in de ambulante sector voor alle zorgverleners met uitzondering van de tandheeldkundigen.

Vanaf 1 januari 2025 geldt het verbod tot aanrekening van ereloonsupplementen voor de rechthebbenden bedoeld in de artikelen 8 en 14 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. Het gaat hier onder meer om rechthebbenden op een leefloon, de inkomensgarantie voor ouderen, het gewaarborgd inkomen voor bejaarden, een tegemoetkoming aan personen met een handicap, een toeslag voor kinderen met een handicap, wezen of niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, evenals hun gezinsleden die de verhoogde tegemoetkoming genieten. Overeenkomstig de reglementering wordt hen een automatisch recht toegekend op de verhoogde tegemoetkoming. Dit betekent dat hierbij geen inkomensonderzoek door het ziekenfonds moet worden uitgevoerd, aangezien het onderzoek naar de bestaansmiddelen reeds door de betrokken bevoegde overheden is gebeurd.

De tweede stap heeft betrekking op de rechthebbenden op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming dat wordt toegekend na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds (art. 18 van voornoemd K.B. van 15.01.2014). In deze situatie zal het verbod tot aanrekening van ereloonsupplementen ingaan na toepassing van de in 2025 uitgevoerde inkomenscontrole volgens de procedure vastgesteld in artikel 19 en 37 van voornoemd koninklijk besluit van 15 januari 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.03.2024	17.03.2024	Koninklijk besluit tot uitvoering van het hoofdstuk 2 van de wet van 29 november 2022 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, wat betreft de toepassing van het verbod op ereloonsupplementen voor geneeskundige verzorging verleend door tandheeldkundigen aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

Samenvatting van de wijzigingen

Dit besluit stelt het verbod voor de aanrekening van ereloonsupplementen in de ambulante sector, wat de tandheeldkundigen betreft, in werking.

Vanaf 1 januari 2025 geldt het verbod tot aanrekening van ereloonsupplementen voor de verstrekkingen van artikel 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 die sinds 2022 geherwaardeerd zijn of in de loop van 2024 geherwaardeerd zullen worden alsook de volledige rubriek "preventieve behandelingen".

Vanaf 1 juli 2026 zal het verbod tot aanrekening van ereloonsupplementen gelden voor alle verstrekkingen van artikel 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.03.2024	12.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische zolen, van de orthopedische schoenen en van sommige andere verstrekkingen inzake orthopedie
19.04.2024	12.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische zolen, van de orthopedische schoenen en van sommige andere verstrekkingen inzake orthopedie. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 november 2001 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van de orthopedische zolen, van de orthopedische schoenen en van sommige andere verstrekkingen inzake orthopedie, wordt aangevuld met een lid luidende:

“4° sommige andere verstrekkingen inzake bandagisterie in artikel 27, § 1, en orthopedie in artikel 29, § 1, van dezelfde bijlage.

Voor de verstrekking van artikel 27, § 1, opgenomen onder het nummer 604251-604262, wordt dat persoonlijk aandeel vastgesteld op 30,45 Y en voor de verstrekking van artikel 29, § 1, A. HOOFD - HALS - ROMP, opgenomen onder het nummer 645396-645400, dat persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 30,45 T.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2024	11.03.2024	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

De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen wordt opgeschort voor het jaar 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2024	11.03.2024	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

De koppeling aan het gezondheidsindexcijfer wordt opgeschort voor het jaar 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2024	11.03.2024	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

De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen wordt opgeschort voor het jaar 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2024	11.03.2024	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

De koppeling aan het indexcijfer der consumptieprijzen wordt opgeschort voor het jaar 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.03.2024	17.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de bepalingen van punt B.1. 3^{de} streepje van hoofdstuk I van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 worden opgeheven en vervangen door volgende bepalingen: “het voorschrift de risicogroep vermeldt waartoe de rechthebbende behoort, en, in voorkomend geval, of de rechthebbende recht heeft op 4 podologieverstrekkingen per jaar, overeenkomstig de bepalingen van punt B.3.”
- de bepalingen van punt B.2. 5^{de} streepje van hoofdstuk I van de bijlage bij hetzelfde besluit, worden opgeheven en vervangen door volgende bepalingen: “het voorschrift de risicogroep vermeldt waartoe de rechthebbende behoort, en, in voorkomend geval, of de rechthebbende recht heeft op 4 podologieverstrekkingen per jaar, overeenkomstig de bepalingen van punt B.3.”
- de bepalingen van punt B.3 van hoofdstuk I van de bijlage bij hetzelfde besluit worden opgeheven en vervangen
- de podologieverstrekkingen (794032 of 771153) die zijn verstrekt vóór de datum van inwerking-treding van dit besluit, maar tijdens hetzelfde kalenderjaar, moeten worden afgetrokken van het maximaantal podologieverstrekkingen dat op basis van dit besluit wordt vergoed
- in het eerste lid van hoofdstuk IV van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 wordt de zin “Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten, volgend op een individueel revalidatieprogramma en, voor wat het aspect fysieke hertraining betreft, zich richtend tot een groep van maximaal acht personen.” vervangen door de volgende zin: “Collectieve pluridisciplinaire revalidatiezitting met minimale duur van 60 minuten, volgend op een individueel revalidatieprogramma of volgend op een therapeutische percutane endo-vasculaire ingreep op de kransslagaders onder controle door medische beeldvorming die een daghospitalisatie heeft verantwoord en, voor wat het aspect fysieke hertraining betreft, zich richtend tot een groep van maximaal acht personen.”

- het tweede lid van hoofdstuk IV van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met de volgende zin: “Indien de patiënt in daghospitalisatie een therapeutische percutane endovasculaire ingreep op de kransslagaders onder controle door medische beeldvorming heeft ondergaan, dient de eerste evaluatie ten laatste te gebeuren op de vijftiende dag na de start van de cardiale revalidatie.”
- punt A van hoofdstuk IV van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met een lid, luidende: “De verstrekking 771212 - 771223 is eveneens vergoedbaar na een therapeutische percutane endovasculaire ingreep op de kransslagaders onder controle door medische beeldvorming die een daghospitalisatie heeft verantwoord en dit gedurende een periode van 6 maanden onmiddellijk na de daghospitalisatie”
- punt B van hoofdstuk IV van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met twee leden
- in punt C van hoofdstuk IV van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt de zin “De aanvraag om tegemoetkoming, opgemaakt op een formulier waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet onverwijld door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend geneesheer van zijn ziekenfonds, van zijn gewestelijke dienst of van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. “ vervangen door de volgende zin: “De aanvraag om tegemoetkoming, opgemaakt op een formulier waarvan het model is goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet onverwijld door de rechthebbende worden ingediend bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling.”
- in hoofdstuk IV van de bijlage bij hetzelfde besluit worden de woorden “een ergoloog gevormd inzake sociale en professionele integratie van gehandicapten” telkens vervangen door de woorden “een ergoloog gevormd inzake professionele integratie”
- in de Nederlandse tekst van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts”;
 - => het woord “geneesheren-directeurs” wordt telkens vervangen door het woord “artsen-directeurs”;
 - => het woord “geneesheer-specialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”.

4. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.01.2024	09.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.01.2024 - Editie 1	10.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2024	16.01.2024	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 wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II wordt het punt V.13 ingevoegd
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.01.2024	16.01.2024	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 wordt een specialiteit ingevoegd:

- in hoofdstuk IV van de 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 paragraaf 2680000
- in hoofdstuk I van de 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	29.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	09.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- vervangt de inschrijving van specialiteiten in § 3380300 en § 3380400
- schrapt specialiteiten in § 3380400.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2024 - Editie 2	12.02.2024	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
=> het punt IX.11 wordt toegevoegd, luidende: "Selectieve immunosuppressiva die gebruikt worden voor de behandeling van gegeneraliseerde Myasthenia gravis: A-159";
- in bijlage IV worden de als volgt opgestelde ATC codes toegevoegd: L04AA58 - EFGARTIGIMOD ALFA.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2024 - Editie 2	14.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I wordt de ATC-code van specialiteiten vervangen
- in bijlage IV wordt de ATC-code toegevoegd
- in bijlage IV wordt de ATC-code gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.02.2024	14.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.03.2024	12.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2024	11.03.2024	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 1918 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
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => Het punt VII.1.33 wordt toegevoegd, luidende: "Breed spectrum antibioticum voor gebruik bij vermoeden of bewezen carbapenem resistentie of infecties met andere multi-drug resistent organisme: B-382";
 - => Het punt XXIII.28 wordt toegevoegd, luidende: "Gentherapie met autologe CD34+ celverrijkte populatie getransduceerd met een lentivirale vector die codeert voor het humane aarylsulfatase A (ARSA)-gen voor de behandeling van metachromatische leucodystrofie (MLD): A-160".
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd
- in hoofdstuk IV van de bijlage I wordt in paragrafen 380100, 380200 en 380300 een specialiteit ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2024	13.03.2024	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 1918 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 wordt de inschrijving van specialiteiten in bijlage I vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2024	09.01.2024	Ministerieel besluit tot bepaling van kwaliteitsnormen voor sommige vergoedbare diagnostische en verzorgingsmiddelen ingeschreven in de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de kwaliteitsnormen vastgelegd waaraan de bloeddrukmeters, de bloedglucosemeters en de glucosecontrolestrips dienen te beantwoorden teneinde te kunnen worden opgenomen op de lijst.

Bloeddrukmeters die zijn opgenomen op de lijst dienen ten laatste op 31 december 2025 te beantwoorden aan de vastgestelde normen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.01.2024	10.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 1 worden middelen toegevoegd
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 worden middelen toegevoegd
- deel I, titel 1, hoofdstuk II van de bijlage wordt aangevuld met een afdeling 6
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 1 wordt een middel ingevoegd
- deel III, titel 2, van de bijlage wordt aangevuld met documenten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.02.2024	29.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2024 - Editie 2	02.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 worden middelen geschrapt
- in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst bij hetzelfde besluit worden in § 10000 bepalingen geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.03.2024	05.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 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 ministerieel besluit worden middelen toegevoegd in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.03.2024	07.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
12.06.2024	07.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 2 wordt een middel toegevoegd
- in de lijst deel I, titel 4, hoofdstuk II worden wijzigingen aangebracht en in punt b) worden bepalingen geschrapt
- de lijst deel I, titel 3, hoofdstuk IV van de bijlage wordt aangevuld met een § 33.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.01.2024	16.01.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.02.2024 - Editie 2	12.02.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten:

- in hoofdstuk II-B:
=> § 10006 wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.03.2024	11.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

5. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.01.2024	13.11.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier F-FORM-II-01 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.02.2024	18.09.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier F-Form-I-02 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de apothekers die werken in een voor het publiek opengestelde apotheek
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de orthopedische technologen in prothesiologie
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door logopedist
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de orthopedische technologen in bandagisterie en orthesiologie
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de vroedvrouwen
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de orthopedische technologen in schoentechnologie
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de verpleegkundigen
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de kinesitherapeuten
26.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de kinesitherapeuten. - Corrigendum
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de opticiens
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de audiciens
01.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de tandheelkundigen.

Samenvatting van de wijzigingen

Overeenkomstig de wet van 27 oktober 2021 die de zorgverleners verplicht om de tarieven van hun meest gangbare zorgverstrekkingen te afficheren, heeft het Verzekeringscomité van het RIZIV modelaffiches opgesteld (zonder prijs) voor de verschillende zorgberoepen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.03.2024	11.12.2023	Verordening tot vaststelling van de pseudocodes voor de aanvullende gegevens die door de tandheelkundigen aan de verzekeringsinstellingen moeten overgemaakt worden

Samenvatting van de wijzigingen

Met de lijst met pseudocodes treedt het koninklijk besluit van 28 juni 2023 betreffende de elektronische facturatie en transparantie van tandheelkundigen in werking.

Vanaf 1 september 2023 moet een tandarts, wanneer die elektronisch factureert, aan de verzekeringsinstellingen het bedrag meedelen van de supplementen die hij factureert voor zijn ambulante verstrekkingen die vergoedbaar zijn door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Hij moet ook andere aanvullende informatie bezorgen aan de verzekeringsinstellingen, uitsluitend in het kader van de elektronische facturatie. Om die andere gegevens te kunnen bezorgen, werden pseudocodes bepaald.

6. Interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

16.01.2024

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

INTERPRETATIEREGEL 45

Vraag

Welke verstrekkingen geldig tot 1 oktober 2023 moeten ook begrepen worden onder punt 2.2. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 voor het eerste cochleair implantaat ingeval van een contralateraal cochleair implantaat e onder punten 5.2.3., 5.2.4. en 5.2.5. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 bij vervanging van geluidsprocessor of implanteerbaar deel?

Antwoord:

1. Voor rechthebbenden met een ernstig bilateraal gehoorverlies, met een ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende bilaterale ossificatie of met auditieve neuropathie; voor het contralaterale oor onder punt 2.2. moeten voor een tegemoetkoming voor het eerste cochleair implantaat ook verstrekking 152935-152946, 152950-152961, 703813-703824, 703835-703846, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 of 180670-180681 begrepen worden naast de reeds in punt 2.2. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 vermelde verstrekkingen.
2. In geval van asymmetrisch bilateraal gehoorverlies moeten, wanneer het contralaterale oor verder is geëvolueerd naar een ernstig bilateraal gehoorverlies, voor de tegemoetkoming van het eerste cochleair implantaat ook de verstrekking 170811-170822 of 170833-170844 begrepen worden naast de reeds in punt 2.2. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 vermelde verstrekkingen.
3. Bij vervanging van de geluidsprocessor vóór de leeftijd van acht jaar moeten ook volgende verstrekkingen begrepen worden naast de reeds in punt 5.2.3. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 vermelde verstrekkingen:
 - de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 153016-153020 of 153053-153064 kan minimum drie jaar na de verstrekking 152935-152946, 152972-152983, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666, 180692-180703 of 703894-703905 toegekend worden.
4. Bij vervanging van de geluidsprocessor vanaf de achtste verjaardag moeten ook volgende verstrekkingen begrepen worden naast de reeds in punt 5.2.4. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 vermelde verstrekkingen:
 - de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 153031-153042 of 153075-153086 kan minimum drie jaar na de verstrekking 152935-152946, 152972-152983, 170811-170822, 180574-180585, 180611-180622, 180655-180666, 180692-180703 of 703894-703905 toegekend worden
 - de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 153031-153042 of 153075-153086 kan minimum vijf jaar na de verstrekking 152950-152961, 152994-153005, 170833-170844, 180596-180600, 180633-180644, 180670-180681, 180714-180725 of 703916-706920 toegekend worden.

5. Bij vervanging van de implanteerbare delen moeten ook volgende verstrekkingen begrepen worden naast de reeds in punt 5.2.5. van de vergoedingsvoorwaarde C-§01 vermelde verstrekkingen:

- de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 153090-153101 kan slechts tien jaar na de verstrekking 152935-152946, 152950-152961, 170811-170822, 170833-170844, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666, 180670-180681, 703813-703824, 703835-703846 of 683211-683222 toegekend worden
- de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor de verstrekking 153112-153123 kan slechts tien jaar na de verstrekking 152972-152983, 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703, 180714-180725, 703850-703861, 703872-703883 of 691913-691924 toegekend worden.

Interpretatieregel 45 heeft uitwerking met ingang van 1 oktober 2023.

Belgisch Staatsblad

31.01.2024

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met venetoclax als actief bestanddeel.

Vraag

In welke situatie mag, vanaf 1 februari 2024, een farmaceutische specialiteit op basis van venetoclax vergoed worden voor de behandeling van volwassen rechthebbenden met nog niet eerder behandelde chronische lymfatische leukemie in combinatie met de farmaceutische specialiteit op basis van ibrutinib?

Antwoord:

Indien een rechthebbende reeds geniet van een vergoeding voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit op basis van ibrutinib, mag een farmaceutische specialiteit met venetoclax als actief bestanddeel vergoed worden, indien deze laatste toegediend wordt voor de behandeling van een volwassen rechthebbende met nog niet eerder behandelde chronische lymfatische leukemie, en op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met venetoclax als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de patiënt de vergoeding voor de farmaceutische specialiteit op basis van ibrutinib geniet en voor zover deze wordt toegediend in combinatie met ibrutinib. De combinatiebehandeling met venetoclax (12 cycli) volgt na een eerdere monotherapie met ibrutinib (3 cycli).

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 februari 2024.

Belgisch Staatsblad

08.02.2024

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.**INTERPRETATIEREGEL 1**

Vraag:

“De nomenclatuur verwijst naar “stimulatie van het ruggenmerg” via de verstrekkingen 151012 - 151023; 151034 - 151045; 151056 - 151060; 151071 - 151082; 151093 - 151104; 151115 - 151126; 151130 - 151141; 151152 - 151163; 151174 - 151185; 151196 - 151200; 151211 - 151222; 151233 - 151244; 151255 - 151266; 171835 - 171846; 171850 - 171861; 171872 - 171883; 171894 - 171905; 151351 - 151362; 151432 - 151443.

Is, in dit kader, de dorsale wortel ganglion stimulatie (DRG Stimulation) een techniek die voldoet aan de voorwaarden van de Lijst?”

Antwoord:

“Nee, de dorsale wortel ganglion stimulatie (DRG Stimulation) is geen techniek die voldoet aan de voorwaarden van de Lijst via de verstrekkingen 151012 - 151023; 151034 - 151045; 151056 - 151060; 151071 - 151082; 151093 - 151104; 151115 - 151126; 151130 - 151141; 151152 - 151163; 151174 - 151185; 151196 - 151200; 151211 - 151222; 151233 - 151244; 151255 - 151266; 171835 - 171846; 171850 - 171861; 171872 - 171883; 171894 - 171905; 151351 - 151362; 151432 - 151443.”

INTERPRETATIEREGEL 2

Vraag:

“Kan een neurostimulator ingeplant in geval van CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) in aanmerking komen voor een terugbetaling van de verplichte verzekering via de verstrekkingen 151012 - 151023; 151034 - 151045; 151056 - 151060; 151071 - 151082; 151093 - 151104; 151115 - 151126; 151130 - 151141; 151152 - 151163; 151174 - 151185; 151196 - 151200; 151211 - 151222; 151233 - 151244; 151255 - 151266; 171835 - 171846; 171850 - 171861; 171872 - 171883; 171894 - 171905; 151351 - 151362; 151432 - 151443?”

Antwoord:

“Nee, een neurostimulator ingeplant in geval van CRPS (Complex Regional Pain Syndrom) kan niet in aanmerking komen voor een verzekeringstegemoetkoming via de verstrekkingen 151012 - 151023; 151034 - 151045; 151056 - 151060; 151071 - 151082; 151093 - 151104; 151115 - 151126; 151130 - 151141; 151152 - 151163; 151174 - 151185; 151196 - 151200; 151211 - 151222; 151233 - 151244; 151255 - 151266; 171835 - 171846; 171850 - 171861; 171872 - 171883; 171894 - 171905; 151351 - 151362; 151432 - 151443.”

INTERPRETATIEREGEL 4

Vraag:

“Mag verstrekking 162912-162923 aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekkingen 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 en 276511-276522?

162912-162923 Anti-adhesief dat specifiek is bestemd om te worden gebruikt bij handchirurgie (per stuk)

276452-276463 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale of interfalangeale articulatie

276474-276485 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van één straal

276496-276500 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van twee stralen

276511-276522 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van drie of meer stralen”

Antwoord:

“Ja, de verstrekking 162912-162923 mag aangerekend worden naar aanleiding van de verstrekkingen 276452-276763, 276474-276485, 276496-276500 en 276511-276522.

276452-276463 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale of interfalangeale articulatie

276474-276485 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van één straal

276496-276500 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van twee stralen

276511-276522 Heelkundige correctie van de retractie van de metacarpofalangeale en interfalangeale articulatie van drie of meer stralen.”

INTERPRETATIEREGEL 11

Vraag:

Welke procedure dient te worden gevolgd voor de aanvraag tot terugbetaling van een neurostimulator in geval van chronische kritieke niet-opereerbare ischemie van de onderste ledematen in geval van een voortijdige vervanging (verstrekkingen 171275-171286 of 171312-171323)?”

Antwoord:

In geval van een voortijdige vervanging is de procedure identiek aan deze van een gewone vervanging (G- § 09, 4.2). De reden van de voortijdige vervanging moet verplicht vermeld worden.”

INTERPRETATIEREGEL 18

Vraag:

“Kan er onder verstrekking 161475-161486 een tegemoetkoming bekomen worden voor de geleidekatheters (“guiding catheters”), de “guiding sheaths”, de wisselkatheters (“exchange catheters”), de micro voerdraden (“micro guidewires”), de remodeling katheter, de stents, het (“detachment device”), de “rotating hemostatic valves”, de Tuohy-Borst adapters en gewone stopkraantjes die tijdens een encefale of medullaire embolisatieprocedure gebruikt worden (verstrekking 589116-589120)?”

Antwoord:

Deze katheters en overige hulpmiddelen, met uitzondering van de Tuohy-Borst adapters en gewone stopkraantjes, kunnen via de verstrekking 161475-161486 aangerekend worden. Het gebruik van elk van de hulpmiddelen dient gemotiveerd te worden in het omstandig medisch verslag dat bij de aanvraag wordt gevoegd.”

INTERPRETATIEREGEL 41

Vraag:

“Kunnen kunststofligamenten aangerekend worden met de verstrekkingen 180891-180902 en 180913-180924?”

Antwoord:

“Neen”

De schrapping van interpretatieregels 1 en 2 treedt in werking op 1 december 2019.

De schrapping van interpretatieregels 4 en 11 treedt in werking op 1 april 2015.

De schrapping van interpretatieregels 18 treedt in werking op 1 oktober 2019.

De schrapping van interpretatieregels 41 treedt in werking op 1 december 2021.

Belgisch Staatsblad

29.03.2024

Interpretatieregels voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met obinutuzumab als actief bestanddeel.

Vraag:

In welke situatie mag een specialiteit met obinutuzumab als actief bestanddeel vergoed worden voor de preventie van ernstig of levensbedreigend cytokine-release syndroom geïnduceerd door intraveneuze toediening van Columvi (glofitamab) als onderdeel van de behandeling voor de indicatie van refractair of recidiverend diffuus grootcellig B-celmyeloom, na ten minste twee lijnen systemische therapie?

Antwoord:

Indien een rechthebbende reeds geniet van een vergoeding voor een behandeling met de farmaceutische specialiteit ColumviR, mag een farmaceutische specialiteit met obinutuzumab als actief bestanddeel vergoed worden, voor zover deze laatste wordt toegediend ter preventie van ColumviR (glofitamab) infusion-induced cytokine release syndrome, overeenkomstig de samenvatting van de productkenmerken (SKP) van glofitamab en op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met glofitamab als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de rechthebbende de vergoeding voor ColumviR geniet.

De voorgenoemde interpretatieregels treedt in werking op 1 april 2024.

Belgisch Staatsblad

29.03.2024

Interpretatieregels betreffende de vergoeding van de farmaceutische specialiteiten op basis van tocilizumab in combinatie met TecartusR, KymriahR, YescartaR of TecvayliR voor de behandeling van ernstige of levensbedreigende cytokine-release syndroom (CRS) geïnduceerd door de toediening van TecartusR, KymriahR, YescartaR of TecvayliR.

De interpretatieregels worden opgeheven.

Deze opheffing treedt in werking op 1 april 2024.

7. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	26.01.2024	Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen 2024-2025 - Notificatie punt 28

Samenvatting van de wijzigingen

Het Nationaal Akkoord Tandheelkundigen-Ziekenfondsen werd op 26 januari 2024 goedgekeurd door de Ministerraad.

Dit akkoord maakt het mogelijk om 142 miljoen EUR aan financiële middelen vrij te maken (ofwel een verhoging van bijna 10 % van het budget) om de volgende doelstellingen na te streven in overeenstemming met de principes van de “Quintuple Aim”:

- dit akkoord verbetert de zorg voor patiënten met bijzondere noden en behoudt een bijzondere aandacht op kankerpatiënten. Zo wordt het bijkomend honorarium voor personen met bijzondere noden verdubbeld tot 28,50 EUR en passen we de nomenclatuur aan zodat alle preventieve verstrekkingen in aanmerking komen voor het bijkomend honorarium. Het verbeteren van de gezondheidstoestand van personen die lijden aan chronische ziekten blijft een aandachtspunt
- het verbeteren van de zorgkwaliteit door een Globaal Tandheelkundig Dossier in te voeren waarbij zowel de zorgverlener als de patiënt zich verbinden tot een langdurige therapeutische relatie om een betere follow-up van de patiënt te garanderen
- een efficiënt gebruik van middelen mogelijk maken door de implementatie van verschillende initiatieven zoals de elektronische facturatie en de transparantie van de aan patiënten gefactuurde bedragen
- het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg aan de hand van maatregelen zoals het uitbreiden van de leeftijdsgrens voor subgingivale reiniging en het parodontaal mondonderzoek tot 65 jaar, het afschaffen van de leeftijdsgrens van 9 jaar voor het tweede forfait van een vroege orthodontische behandeling
- sinds 1 januari 2018 werden verschillende maximumtarieven ingevoerd die bovenop de vastgestelde honoraria gevraagd kunnen worden bij bepaalde verstrekkingen. Het NATZ 2022-2023 heeft de eerste stappen gezet in de richting van een integratie van deze maximumtarieven in de nomenclatuur (conserverende zorg en extracties). Met dit nieuw akkoord integreren we de maximumtarieven voor uitneembare prothesen en de digitale panoramische radiografieën. Hierdoor stijgt het honorarium voor uitneembare prothesen en digitale panoramische radiografieën met ongeveer 30% en stijgt ook de terugbetaling voor de patiënt. Daarnaast blijven er nog enkele maximumtarieven van kracht voor tandzorg met specifieke materialen of in specifieke situaties
- verschillende honoraria werden geherwaardeerd, waaronder een verdubbeling voor de subgingivale reiniging, een herwaardering van de extracties met 20 EUR, een herwaardering van de twee forfaits van een vroege orthodontische behandeling tot 450 EUR, alsook een lineaire indexatie van de honoraria met 6,05 % (met uitzondering van de geherwaardeerde verstrekkingen in 2024 naar aanleiding van de beslissingen van de Algemene Raad of de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen)
- de commissie engageert zich om tijdens de looptijd van het akkoord de nomenclatuur van de tandheelkundige verstrekkingen grondig te herzien, met bijzondere aandacht voor de verstrekkingen orthodontie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	26.01.2024	Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen 2024-2025 - Notificatie punt 27

Samenvatting van de wijzigingen

Het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen werd op 26 januari 2024 goedgekeurd door de Ministerraad.

Het akkoord maakt het onder meer mogelijk om de verstrekkingen van huisartsen en artsen-specialisten te herwaarderen. De honoraria voor raadplegingen, bezoeken en verplaatsingskosten worden op 1 januari 2024 immers met 6,05 % geïndexeerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	26.01.2024	Overeenkomst M/24 tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen - Notificatie punt 29

Samenvatting van de wijzigingen

Deze overeenkomst omvat de volgende krachtlijnen:

- herwaardering, vanaf 1 februari 2024, van de honoraria van verschillende verstrekkingen waaronder de verstrekkingen met een globale gemiddelde duur van 30 minuten, de verstrekking “consultatief kinesitherapeutisch onderzoek” en de verstrekking “schriftelijk verslag”
- er wordt geïnvesteerd om ervoor te zorgen dat de honoraria voor huisbezoeken 3 EUR hoger liggen dan de honoraria voor gelijkwaardige verstrekkingen in de praktijkkamer
- de premie voor kwaliteitspromotie voor het jaar 2024 wordt verhoogd naar 2.550 EUR. Voor het jaar 2025 zal de premie bijkomend verhoogd worden overeenkomstig de indexaanpassing voor 2025.

De Overeenkomstencommissie engageert zich om een plan van aanpak met timing uit te werken zodanig dat aan de overeenkomstencommissie de voortgang van de reflecties ten laatste op 30 juni 2024 wordt voorgelegd.

Die reflecties hebben betrekking op:

- in overleg met andere sectoren:
 - => de modaliteiten voor een verplichte registratie van alle aangerekende bedragen voor de zorgverstrekkers;
 - => de harmonisering van de verplaatsingskosten;
 - => de toekenning van het palliatief forfait en het daaraan verbonden behoud van het palliatief statuut;
 - => een grotere transparantie over de werking van de medische huizen en meer bepaald de financiering van de kinesitherapeutische zorg binnen dit forfaitair systeem.
- binnen de sector van de kinesithérapie:
 - => appropriate care maatregelen die streven naar kwaliteitsvolle kinesithérapie met doelmatige inzet van de middelen;
 - => een gerichte opvolging van het kwaliteitsvol en adequaat inzetten van de middelen van de ziekteverzekering;
 - => het zo snel mogelijk uitwerken van een concreet voorstel voor het project “frailty” en de groepssessies;
 - => het verder voeren van het debat omtrent de herijking van de remgelden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	26.01.2024	Wijzigingsclausule bij de nationale overeenkomst tussen de vroedvrouwen en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

De wijzigingsclausule bevat de volgende krachtlijnen:

- toevoeging van een voorwoord aan de overeenkomst: het toevoegen van een voorwoord aan de overeenkomst maakt het mogelijk om een reeks engagementen, waaronder een éénmalige verlenging van de conventiepremie, te formaliseren die voortkomen uit overleg tussen vertegenwoordigers van beroepsorganisaties en de Minister van sociale zaken, gevolgd door overleg met verzekeringsinstellingen. Deze engagementen, evenals de invoering van overleg met de zorgverleners en de sector van de ziekenhuizen en werkzaamheden met betrekking tot een nieuwe financiering van de sector, bieden nieuwe perspectieven voor vroedvrouwen.
- een selectieve indexering van de honoraria op 1 januari 2024 voor bepaalde verstrekkingen: de selectieve indexering maakt het mogelijk om de honoraria voor de postnatale zorg na de vijfde dag postpartum die zijn verleend in de thuisomgeving te herwaarderen, gelet op het belang van de ondersteuning thuis van de bevallen vrouw tijdens die periode.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.02.2024	19.01.2024	Overeenkomst R/24 tussen de logopedisten en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

In de overeenkomst R/24 worden de tarieven bepaald die de geconventioneerde logopedisten mogen aanrekenen, wat de patiënten dus zekerheid biedt.

De krachtlijnen van de overeenkomst 2024-2025 zijn:

- verhoging van de honoraria met 17,11 % vanaf 1 januari 2024, behalve voor de evolutiebilans aangezien een ontwerp voor de afschaffing van deze verstrekking in voorbereiding is
- administratieve vereenvoudiging van de aanvraagprocedure:
 - => Om deze te vereenvoudigen, zal de Commissie aan de bevoegde organen een voorstel voorleggen met het oog op het verplichte gebruik van een formulier voor de aanvraag van een tegemoetkoming. De Commissie bepaalt naargelang van de stoornis of het standaardformulier of een specifiek formulier moet worden gebruikt.
 - => De Commissie vraagt aan de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid om het koninklijk besluit van 20 oktober 1994 te wijzigen zodat een bilan uitgevoerd kan worden door een logopedist zonder voorschrift van een arts en op deze manier de logopedisten te responsabiliseren inzake het uitvoeren van een bilan.
 - => De Commissie engageert zich om de modaliteiten van een kwalitatief dossier vast te leggen in de nomenclatuur.
 - => De Commissie zal een voorstel doen voor de vereenvoudiging van de getuigschriften voor verstrekte hulp om deze duidelijker en transparanter te maken.
- hervorming van de nomenclatuur:
 - => Afschaffing van het evolutiebilan dat vervangen wordt door een andere vorm van evaluatie.
 - => De verlengingen zullen worden uitgevoerd via een eenvoudig en gestandaardiseerd systeem van notificatieverzending voor een periode van twee opeenvolgende jaren.

=> Herziening van de maximale behandelingsduur om een flexibeler gebruik van de zittingen-containers in de tijd mogelijk te maken.

=> Herziening van de toelatingsvoorwaarden voor bepaalde stoornissen.

De werkgroep die werd opgericht om voorstellen voor te leggen tot hervorming van de nomenclatuur op basis van “evidence based practice”-criteria zet de werkzaamheden verder. Die wil zich toeleggen op de volgende onderwerpen:

- de herziening van de omschrijvingen voor bepaalde stoornissen, waaronder: taalontwikkelingsstoornissen, dysfasie, stoornissen verworven na radiotherapeutische of chirurgische interventie, dysglossieën
- de mogelijkheid tot vroegtijdige tussenkomst voor bepaalde stoornissen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.02.2024 - Editie 2	26.01.2024	Wijzigingsclausule Y/2018 ^{octies} bij de nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen Wijzigingsclausule T/2018 ^{octies} bij de nationale overeenkomst tussen de orthopedisten en de verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

In de wijzigingsclausules worden op 1 januari 2024 de waarden van de vermenigvuldigingsfactor Y en T vastgelegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.02.2024	26.01.2024	Derde Wijzigingsclausule bij de Overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen

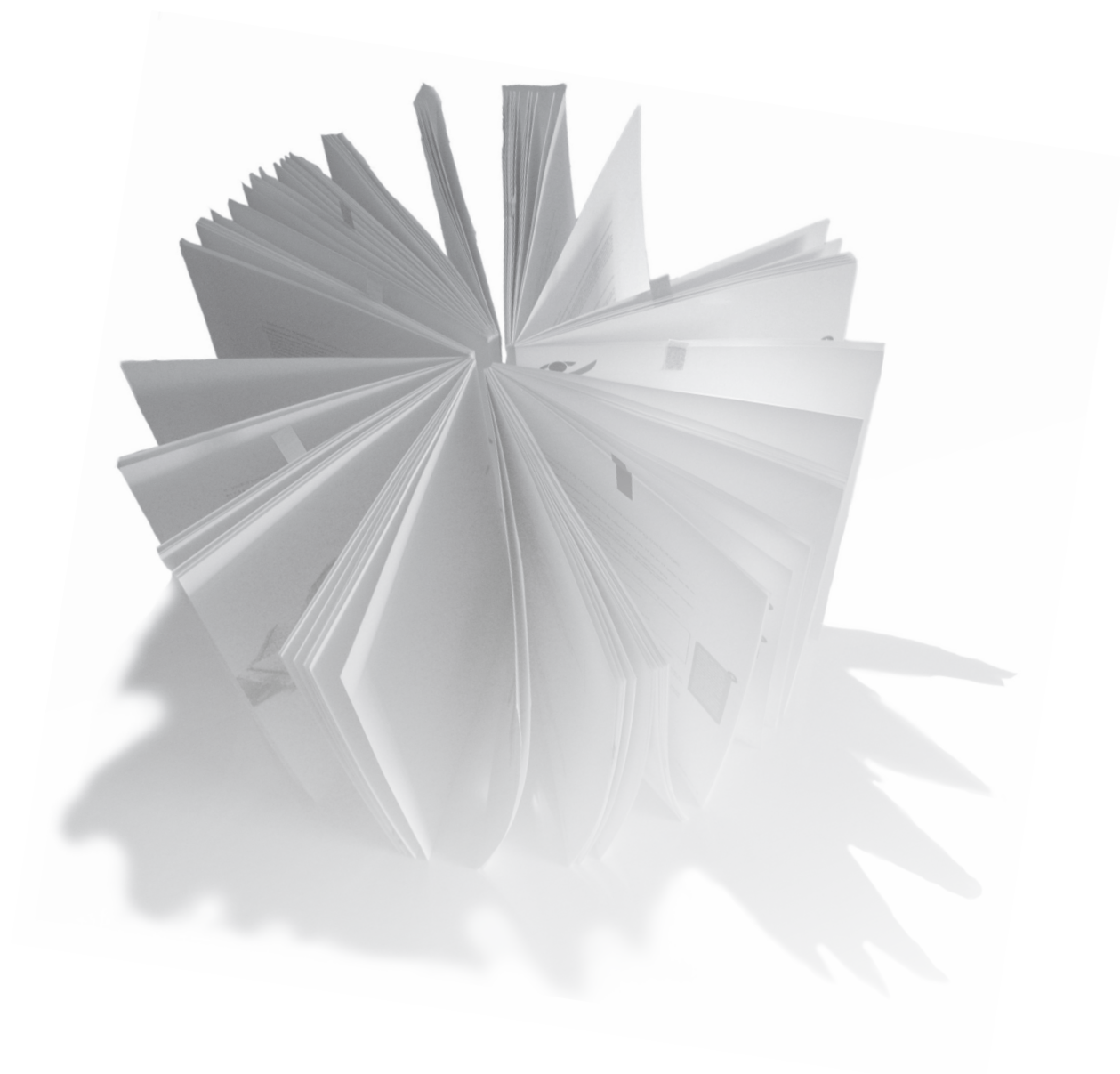
Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de eerste wijzigingsclausule bij de overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen wordt verlengd van 1 februari 2024 tot 31 augustus 2024
- artikel 3 van de eerste wijzigingsclausule bij de overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen, ondertekend op 16 december 2022, betreffende het afbouwprogramma voor benzodiazepines en aanverwante producten (Z-drugs), wordt vervangen als volgt: “Deze overeenkomst treedt in werking op 1 februari 2023 en na 31 augustus 2024 kan geen nieuwe overeenkomst meer worden gesloten tussen een patiënt, een apotheker en een arts.”

2^e Deel

Rechtspraak



Rechtbank van eerste aanleg Antwerpen, afdeling Antwerpen, 7 februari 2024

"In deze zaak stelde de patiënt in hoofdorde een vordering in ten aanzien van de verzekeraar van de betrokken zorgverlener op grond van een contractuele aansprakelijkheid, als gevolg van de uitvoering van een rugoperatie bij de patiënt met schade als gevolg. Het FMO werd in ondergeschikte orde aangesproken op grond van de artikelen inzake een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (MOZA) zoals voorzien in de Wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg. Ook werd om de aanstelling van een arts-gerechtsdeskundige verzocht door de patiënt.

De rechtbank heeft geoordeeld dat er geen enkele reden is om het tegensprekelijk tot stand gekomen deskundigenverslag ter zijde te schuiven en een nieuwe expertise te organiseren.

Verder is de rechter van mening dat er in hoofde van de zorgverlener geen fout in causaal verband met de schade te verwijten valt.

Daarnaast heeft de rechtbank met betrekking tot de MOZA geoordeeld dat er omtrent de vermijdbaarheid van de schade in het geval van deze patiënt geen andere behandelingstechniek bestond. In het kader van de voorzienbaarheid heeft de rechtbank aangegeven dat de incidentiegraden wijzen op frequent voorkomende complicaties. Ook in het licht van het kwalitatief voorzienbaarheids criterium heeft de rechtbank vastgesteld dat de eindtoestand van de patiënt in verhouding staat tot elk van de complicaties die zich na de initiële ingreep hebben voorgedaan. Er is geen sprake van abnormale schade in de zin van de wet. Er wordt dus geen medisch ongeval zonder aansprakelijkheid vastgesteld door de rechtbank.

De rechtbank heeft derhalve de vorderingen integraal als ongegrond afgewezen."

...t./RIZIV

A.R. nr. 22/3383/A

...

1. VORDERINGEN:

1. ... vordert:

a. de veroordeling van in hoofdorde ... (hierna afgekort als ... en in ondergeschikte orde het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (hierna afgekort als het RIZIV) tot betaling van een provisionele schadevergoeding van 1,00 EUR, meer de kosten van het geding;

b. de aanstelling als deskundige van een orthopedisch chirurg die aan een universitair ziekenhuis is verbonden teneinde – in essentie – haar te onderzoeken en medisch advies te geven (1) over de vraag of zij lege artis door orthopedisch chirurg ... werd behandeld en (2) over de vraag of het schadegeval vermijdbaar en/of onvoorzienbaar was, meer bepaald omdat er nog één of meerdere andere en minder risicovolle behandelingen mogelijk waren en/of omdat haar eindtoestand vooraf kon worden verwacht gezien haar initiële toestand en de objectief voorspelbare evolutie ervan; in elk geval, ook haar letsels ten gevolge van haar foutieve behandeling/het schadegeval te beschrijven en aanvullend medisch advies te geven over haar desbetreffende schade.

2. ... concludeert tot de afwijzing van die vordering als ongegrond en de veroordeling van ... tot betaling van de kosten van het geding.

3. Het RIZIV concludeert eveneens tot de afwijzing van die vordering als ongegrond en de veroordeling van ... tot betaling van de kosten van het geding.

2. FEITEN:

1. Op ... 2014 is ... voor het eerst op consultatie gegaan bij orthopedisch chirurg ... in het
... is de verzekerde van

... was toen al een 10-tal jaar in behandeling in het ... wegens lage rugpijn, waarvoor zij uitsluitend conservatief behandeld was geworden, doch die pijn bleef maar toenemen en was nu in die mate ernstig dat zij nu op zoek was naar een heelkundige oplossing.

Ongeveer 4 jaar voordien, op ... 2009, was zij trouwens reeds haar werk verloren omwille van veralgemeende artroseklachten, onder andere ter hoogte van de knieën en de rug, en sindsdien had zij nooit meer gewerkt.

Op ... 2014 heeft ... dan een CT van de lumbale wervelzuil van ... laten nemen en heeft zij vastgesteld dat ... leed aan een destructieve facetartrose L4-L5 met degeneratieve pseudo anterolisthese graad 1 van L4 ten opzichte van L5 en bulging en pseudobulging van de discus aldaar.

Op ... 2014 heeft ... daarom een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum bij ... uitgevoerd.

Tijdens die ingreep is echter de door haar gebruikte schroevendraaier op een gegeven ogenblik losgeschoten, hetgeen een scheur in de distale durazak van haar patiënte heeft veroorzaakt. Die scheur werd uiteraard onmiddellijk gehecht, doch na de operatie had ... ernstige hoofdpijn en deze moest vermoedelijk aan dat tijdelijk duralek worden toegeschreven.

Het postoperatief verloop was alvast zeer moeilijk omwille van – onder meer – langdurig braken als reactie op de medicatie en (daardoor (?)) een moeilijke pijncontrole.

Op ... 2014 mocht ... uiteindelijk toch naar huis gaan en werd enkel nog een controleraadpleging op een 2-tal weken in het vooruitzicht gesteld.

Op ... 2014, dit is nog voor het verstrijken van die twee weken, werd zij evenwel opnieuw opgenomen omdat zij wederom zeer hevige hoofdpijn had ontwikkeld.

Ditmaal werd zij door een neuroloog gezien.

Deze heeft dan na zijn onderzoek geen nieuw duralek weerhouden maar wel een nervus occipitalis neuralgie bilateraal, waarvoor hij medicatie en een infiltratie heeft voorgeschreven.

De klachten van ... bleven echter aanhouden, reden waarom er op ... 2014 nogmaals een CT van haar lumbale wervelzuil werd genomen.

Hierbij werd het volgende ontdekt:

- een grote spoelvormige retrospinale onderhuidse vochtcollectie tussen L2 en L5, dat mogelijks een duralek uitmaakte
- een afrukkingsfractuur achteraan en bovenaan doorheen het wervelcorpus L2 met doorloop op de arcus posterior net boven de pediculaire schroeven en cave instabiliteit

- een doorboring van de cortex met paravertebrale uitpuiling door de linkerschroef doorheen de pedikel van L5.

Spoedig daarna, op ... 2014, is ... dan ook tot een revisieoperatie overgegaan.

Zij heeft toen effectief een nieuwe durascheur moeten hechten, alsook de schroeven ter hoogte van L2 moeten verwijderen en de fusie naar T12 moeten uitbreiden.

Na die tweede ingreep was ... aanvankelijk veel beter, doch geleidelijk aan is zij toch terug meer lage rugpijn beginnen krijgen + ditmaal ook uitstralende pijn ter hoogte van haar beide benen. Ook de hoofdpijn is teruggekomen.

Op ... 2014 is zij dan ook opnieuw op consultatie gegaan bij

Deze heeft toen wederom aan een recidiverend duralek gedacht en bijgevolg opnieuw een NMR en een EMG aangevraagd.

Daarop heeft ... evenwel afgehaakt en is zij elders ten rade gegaan: in eerste instantie was dat in het ...; in tweede instantie in een multidisciplinair pijncentrum.

2. Samengevat werd in de loop van de daaropvolgende 3 jaar nog het volgende vastgesteld en behandeld:

- in oktober – december 2014: een zeer belangrijke liquorcyste en meerdere duralekken, met recidive wat de liquorcollectie betreft
- in februari – juni 2015: een bilaterale loslating van de schroeven op T12 waarvoor verwijdering van de losse schroeven en uitbreiding van de constructie naar T10
- in december 2015 – maart 2016: verder wegens aanhoudende lage rugpijn, eerst een proef neurostimulator en daarna een definitieve neurostimulator
- in juli – augustus 2016: verder wegens aanhoudende lage rugpijn, eerst een proef neurostimulator en daarna een definitieve neurostimulator
- in december 2016 – april 2017: wegens thoracale rugpijn, eerst een facetinfiltratie thoracaal bilateraal, daarna een radiofrequent behandeling thoracaal links en uiteindelijk een proefblock ter hoogte van de mediale takken thoracaal
- in mei – juli 2017: loslating van de schroeven op T10 met revisie en uitbreiding van de constructie vanaf T12 naar T6.

3. Inmiddels had ... via haar mutualiteit, de procedure voor het Fonds voor Medische Ongevallen (hierna afgekort als het FMO) in de schoot van het RIZIV opgestart en had het FMO de volgende deskundigen aangesteld:

- prof. dr.: geneesheer-specialist voor neurochirurgie met bijzondere beroepstitel intensieve zorgen en master in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertises; (wellicht werd deze persoon vooral voor het deel ten gronde ingeschakeld)
- dr.: geneesheer-specialist in de verzekeringsgeneeskunde en medische expertise. (wellicht werd zij ingezet om vooral de pen te houden).

Dit heeft dan alvast tot een tegensprekelijke expertise geleid, met een voor- en een eindverslag, en op ... 2021 tot het volgend advies van het FMO:

- wat een eventueel medisch ongeval met aansprakelijkheid (of MOMA) betreft:

" ...

° met betrekking tot de diagnose- en indicatiestelling:

Net zoals voor andere medische handelingen wordt een beweerde diagnosefout beoordeeld aan de hand van het zorgvuldigheidscriterium. Het stellen van een verkeerde diagnose is maar foutief wanneer een normaal zorgvuldig en vooruitziend arts in dezelfde discipline en geplaats in dezelfde omstandigheden zich niet zou hebben vergist. Het stellen van een verkeerde diagnose is dus slechts foutief wanneer de arts niet de nodige middelen en zorgvuldigheid heeft aangewend om de ziekte te onderkennen.

Elke therapie kent doorgaans voor- en nadelen. Indien eenzelfde aandoening op verschillende manieren kan worden behandeld, heeft de arts, binnen de grenzen van de zorgvuldigheidsnorm, een zekere keuze- of behandelingsvrijheid. Zolang de arts kiest voor een behandeling die wetenschappelijk verantwoord en aanvaard is, kan hem geen fout worden verweten.

In dit concrete geval consulteerde mevrouw ... omwille van progressief toenemende en invaliderende rugpijn, welke geen beterschap vertoonde met conservatieve behandeling. Op basis van een CT van de lumbale wervelzuil en een RX full spine kwam dr. ... tot de diagnose van destructieve facetartrose L4L5 met pseudo anteolisthese graad 1 van L4 ten opzichte van L5 en forse facetartrose L3L4 en L5S1 bilateraal. Op deze basis stelde dr. ... de indicatie voor een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum.

Uit het deskundigenverslag blijkt dat de gestelde diagnose correct was.

Wat de indicatie tot de ingreep betreft is er een richtlijn van 2017 welke stelt dat een lumbale artrodese bij chronische lage rugpijn NIET wordt aangeboden tenzij:

- na falen van de niet-chirurgische aanpak
- na evaluatie via multidisciplinaire consultatie.

De indicatie tot de ingreep moet evenwel beoordeeld worden in het tijds kader van de feiten, zijnde 2014, en niet in functie van in 2017 tussengekomen richtlijnen. Niettemin stellen de experts vast dat de voorwaarden in deze (niet van toepassing zijnde) richtlijnen grotendeels overeen komen met de situatie van mevrouw ... nl. vermoedelijk multidisciplinair beleid in ... en uitbehandeld met een conservatief beleid.

Daarnaast getuigt het uitvoeren van de RX full spine preoperatief teneinde de sagittale balans in kaart te brengen van een "long term" visie, wat de deskundigen aanzien als een teken van kundigheid.

Dr. ... kan derhalve geen fout in de diagnose- en indicatiestelling verweten worden.

° met betrekking tot de uitvoering van de ingreep

Het fonds stelt voorts vast dat dr. ... geen medisch-technische fout verweten kan worden bij de uitvoering van de decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum op ... 2014.

Uit het deskundigenverslag van dr. ... en prof. dr. ... blijkt dat deze ingreep volgens de regels van de kunst werd uitgevoerd. Dat er zich een complicatie voordoet, betekent niet noodzakelijk dat er een fout werd begaan.

In elk specifiek geval dient er nagegaan te worden of de schade het gevolg is van een complicatie dan wel van een fout van de zorgverlener.

Op een arts rust een inspanningsverbintenis om aan de patiënt de best mogelijke zorgen toe te dienen. Uit het loutere feit dat een ingreep gepaard gaat met een complicatie, in dit geval een duralek, loslating van pedikelschroeven, stressfracturen en een failed Back Surgery Syndrome (FBSS), kan niet automatisch een fout of onzorgvuldig handelen van de uitvoerende arts afgeleid worden.

Het peroperatoir optreden van een scheur in de dura is een gekende, goed beschreven en frequent voorkomende complicatie bij spinale chirurgie. De deskundigen ramen de risicofrequentie van een dergelijke complicatie op 1 % tot 17 %.

“Loosening” of loslatingen van pedikelschroeven na thoracolumbale spinale chirurgie zijn in de literatuur beschreven met een incidentie van 1 % tot 15 % bij niet osteoporotische patiënten.

Daarnaast zijn stressfracturen van de pedikels ter hoogte van de “adjacent levels” eveneens gekend, doch zeldzamer.

Tenslotte is lage rugpijn met of zonder beenpijn ondanks heeldkunde gekend met een cumulatieve incidentie per chirurgische ingreep. Algemeen wordt dit geschat op een 10 % tot 40 % per chirurgische ingreep.

Het Fonds komt samen met dr. ... en prof. dr. ... tot het besluit dat er geen aanwijzingen voorliggen van enig onzorgvuldig handelen op medisch-technisch gebied bij de uitvoering van de ingreep van ... 2014.

° met betrekking tot de nazorg

De verbintenissen van de arts nemen in principe geen einde na de uitvoering van een ingreep of behandeling. De arts behoort zijn diensten te verlenen zolang de gezondheidstoestand van de patiënt dit vergt en zolang de patiënt daarin toestemt. De verplichtingen van de arts strekken zich derhalve ook uit tot de nazorg. Deze verplichtingen kunnen onderverdeeld worden in enerzijds een algemene toezichtverplichting en anderzijds een informatie- en begeleidingsverplichting.

In dit concrete geval werd mevrouw ... drie weken na de uitvoering van een uitgebreide decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum uitgevoerd door dr. ... terug opgenomen in het ... met acute hoofdpijn. Hiervoor voerde dr. ... een revisie uit op ... 2014, met hechten van een nieuwe durascheur, verwijderen van schroeven en uitbreiden van de fusie. Na de ingreep was er geen hoofdpijn meer.

Een 3-tal maanden later consulteerde mevrouw ... opnieuw omwille van toenemende lage rugpijn met uitstraling naar de benen en heropgetreden hoofdpijn. Er was een vermoeden van een recidief duralek waarvoor een MRI en een EMG gepland werden, maar mevrouw ... koos er voor om dr. ... niet langer te consulteren.

Mevrouw ... opteerde ervoor om verder in het behandeld te worden. Hier werd zij in november 2014 heeldkundig behandeld voor duralekken en in juni 2015 volgde een verwijdering van losse schroeven met uitbreiding van de osteosynthese tot Th10. In juli 2017 volgde dan, omwille van loslating van de schroeven ter hoogte van Th10, opnieuw een revisie met uitbreiding van de spondylodese vanaf Th12 naar Th6.

Het Fonds merkt op dat mevrouw ... voor wat betreft de nazorg op eigen initiatief andere zorgverleners raadpleegde. Er kan, wat deze verdere nazorg betreft, aldus geen fout of onzorgvuldigheid in hoofde van dr. ... weerhouden worden.

Het Fonds besluit dat in dit concrete geval er noch in hoofde van dr. ... noch in hoofde van de andere behandelende artsen een fout of onzorgvuldigheid kan worden weerhouden bij de nazorg van mevrouw

....

...”;

- wat een eventueel medisch ongeval zonder aansprakelijkheid (of MOZA) betreft:

“ ...

° Betreffende de huidige stand van de wetenschap

De schade is abnormaal voor de patiënt wanneer zij, rekening houdende met de huidige stand van de wetenschap, alsook het hoogste niveau ervan, had kunnen vermeden worden.

In dit verband onderzoekt het Fonds wat de stand van de wetenschap was op het moment van de zorgverlening en of er een andere therapeutische techniek bestond die:

- *in dit specifieke geval toepasbaar was*
- *met een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid niet tot dezelfde complicatie(s) of een complicatie(s) met een vergelijkbare of grotere ernst zou hebben geleid*
- *en die dezelfde of een vergelijkbare succesratio heeft als de in dit geval toegepaste behandelingsmethode.*

In dit concrete geval was de decompressie met anterieure en posterieure fusie van L2 naar het sacrum de aangewezen behandelingsmethode ten tijde van de voorliggende omstandigheden.

Er zijn immers geen aanwijzingen dat er ten tijde van de ingreep en rekening houdend met de hoogste stand van de wetenschap alternatieve behandelingstechnieken voor handen waren, die voldoen aan bovenstaande criteria. Wegens uitputting van de conservatoire behandelingsopties was heekunde de enige resterende behandeling.

De complicatie, met name het peroperator opgetreden duralek en alle navolgende complicaties, zijn inherent verbonden aan een dergelijke complexe heekundige ingreep. Als zodanig kunnen deze complicaties niet altijd worden vermeden. Dit blijkt eveneens uit het deskundigenverslag van dr. ... en prof. dr.

Het Fonds is van oordeel dat de schade zich eender waar en bij eender welke zorgverstrekker en patiënt had kunnen manifesteren.

Alle omstandigheden in aanmerking genomen, is het Fonds van oordeel dat de schade zich redelijkerwijze bij iedere zorgverstrekker en patiënt had kunnen voordoen, zodat overeenkomstig het vermijdbaarheidscriterium er geen sprake is van abnormale schade in de zin van de Wet.

Op basis van het bovenstaande komt het Fonds tot het besluit dat er aan dit criterium, het vermijdbaarheidscriterium, niet is voldaan.

° Betreffende de huidige toestand van de patiënt en zijn objectief voorzienbare evolutie

Het criterium van de abnormale schade dient geanalyseerd te worden in het licht van de toestand van de patiënt en de objectief te verwachten evolutie ervan.

In dit opzicht is het tevens aangewezen om te refereren naar de manier waarop de schade zich concreet heeft voorgedaan en in het bijzonder de omvang van de schade.

Vervolgens is het raadzaam om na te gaan of de schade die zich effectief heeft voorgedaan, overeenkomt met wat men normaliter zou kunnen verwachten inzake dit type van complicatie.

In de parlementaire stukken wordt verduidelijkt dat de Wet enkel tot doel heeft de “onvoorspelbare” gevolgen van een gezondheidsverstrekking te vergoeden.

Om het abnormale karakter van de schade te onderzoeken, moet dus met name rekening gehouden worden met de gegevens uit de medische literatuur en met de gezondheidstoestand van de patiënt.

De schade zal als abnormaal worden beschouwd indien:

- deze het gevolg is van een complicatie die niet redelijkerwijze te voorzien was (voorzienbaarheids-criterium)
- of wanneer deze het gevolg is van een redelijkerwijze te verwachten en aldus voorzienbare complicatie, maar de gevolgen onevenredig zijn met wat normaliter bij een dergelijke complicatie te verwachten valt:
er hebben zich aldus excessen of vreemde schadesprongen voorgedaan die geen verband houden met de gezondheidstoestand van de patiënt (proportionaliteitscriterium).

Een onvoorspelbare complicatie is een complicatie die niet in de medische literatuur wordt beschreven of een complicatie die wel wordt beschreven, maar waarvan de kans dat ze optreedt uitzonderlijk is.

In dit concrete geval is het Fonds van oordeel dat de door mevrouw ... geleden schade voorzienbaar was in het licht van haar gezondheidstoestand en de vermoede evolutie daarvan.

Uit het expertiseverslag blijkt immers dat de schade, meer bepaald multipale ingrepen met aanhoudende invaliderende rugpijn waarvoor pijntherapie, het gevolg is van gekende, voorzienbare complicaties, inherent aan de uitgevoerde ingreep. In de medische literatuur wordt aan de diverse complicaties volgende incidentiegraden toegekend:

- een scheur in de dura met duralek: gekende complicatie met een incidentie van 1 % tot 17 %
- loslating van pedikelschroeven: gekende complicatie met een incidentie van 1 % tot 15 %
- stressfracturen van de pedikels: gekende complicatie, zonder vermelde frequenties. Als risico verhoogde factoren spelen hier de kleine pedikels en het roken van mevrouw ... mee
- FBSS: gekende complicatie met een incidentie van 10 % tot 40 % per chirurgische ingreep.

Verder houdt het Fonds rekening met het rookgedrag van mevrouw ... als specifieke risicoverhogende factor bij spinale chirurgie, waardoor de kans op het repetitief optreden van verwikkelingen ernstig is toegenomen.

Alhoewel het verloop van de complicaties met het repetitief optreden van verwikkelingen eerder uitzonderlijk is, werd in deze casus de kans op loslating van de pedikelschroeven en het verder verloop van verwikkelingen immers nadelig beïnvloed door het rookgedrag van mevrouw Zoals de experts aanhalen maakt roken een belangrijke risicoverhogende factor uit bij spinale chirurgie: 'Alleen non-union' als mogelijke complicatie van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie is te beperkt. De gevolgen van tabagisme in het helingsproces zijn van even groot belang. Een groter infectiegevaar, tragere en beperkte heling (zowel inwendig als ook uitwendig), verhoogde discus degeneratie en verminderde botkwaliteit zijn factoren die "adjacent level" pathologie in de hand werken.'

Indien de patiënt een aantal specifieke kenmerken vertoont die het risico op complicaties verhogen, dan maakt dit het optreden van complicaties vanzelfsprekend meer voorzienbaar.

Daarnaast is de schade die zich heeft voorgedaan anatomisch gerelateerd aan de behandelde zone. Bij de beoordeling van het abnormale karakter van de schade houdt het Fonds zoals gezegd rekening met een totaalbeeld en dus met alle feitelijke omstandigheden. Daarom is de anatomische relatie van de schade met de behandelde regio één van de criteria die het Fonds in acht neemt bij de beoordeling van het tweede abnormaliteitscriterium.

Het kan immers voorvallen dat de schade zich niet voordoet op de plaats waar ingegrepen werd, maar wel elders. In dit geval ligt een element voor dat wijst in de richting van abnormale schade, zonder dat de schade alleen op basis hiervan abnormaal is.

In het tegenovergestelde geval dat de schade zich wel heeft voorgedaan op de plaats waar ingegrepen werd, zoals hier, ligt eerder een indicator van niet-abnormale schade. In dit geval ging het om duralekken, stressfracturen, loslating van pedikelschroeven en een FBSS. Al deze complicaties staan rechtstreeks in verband met de uitgevoerde ingrepen en manifesteerden zich ter hoogte van de geopereerde plaats.

Bovendien is de schade die mevrouw ... concreet heeft geleden niet onevenredig of disproportioneel in vergelijking met de schade die gewoonlijk door complicatie van dezelfde aard wordt veroorzaakt, zodat de schade niet als abnormaal kan worden beschouwd.

Indien een complicatie voorzienbaar is, dan zijn de normaal te verwachten gevolgen van de complicatie met andere woorden meteen ook voorzienbaar.

Het Fonds meent dat de schade zoals ze zich bij mevrouw ... voordeed, in verhouding is tot de gebruikelijke gevolgen van de ondergane complicaties.

In dit geval deed zich peroperatief een duralek voor dat onmiddellijk overhecht werd. Nadien deden zich recidief duralekken, schroefloslatingen en stressfracturen voor waarvoor telkens een heringreep werd uitgevoerd. Uiteindelijk evolueerde de toestand naar een FBSS.

De eindtoestand van FBSS met restpijn, is een normaal gevolg van de multipale rugingrepen. Er mag ook niet over het hoofd gezien worden dat mevrouw ... voor de ingreep reeds beperkt was door veralgemeende artrose en rugklachten. Deze voorafbestaande problematiek was zelfs van die aard dat mevrouw ... reeds in 2009 ontslagen werd om medische redenen.

Het Fonds komt dan ook tot de vaststelling dat er geen abnormale schade voorligt op basis van het voorzienbaarheids criterium.

Alle omstandigheden in aanmerking genomen, is het Fonds van oordeel dat de schade die zich bij mevrouw ... heeft voorgedaan redelijkerwijze voorzienbaar was.

... ”

Het besluit van het FMO was met andere woorden dat er noch sprake was van een MOZA, noch van een MOMA, en dat ... bijgevolg noch een verordening kon laten gelden op ... noch op het RIZIV.

4. Anderhalf jaar nadien, op ... 2022, is ... tot dagvaarding van ... en het RIZIV overgegaan voor onderhavige rechtbank, onder meer op basis van de afwijkende mening van de door haar inmiddels bijkomend ingeschakelde raadsarts prof. dr.

3. BEOORDELING

1. Rechtsgronden:

... richt zich tot ... op grond van de contractuele aansprakelijkheid van ... en op grond van artikel 150 van de wet van 4 april 2014 betreffende de verzekeringen. Zij richt zich tot het RIZIV op grond van de artikelen 2.1°, 2.4°, 2.7°, 4.1° en 5.1° van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

... betwist de fouten die aan ... worden verweten, het oorzakelijk verband van die beweerde fouten met de aangevoerde schade en de omvang van bedoelde schade.

Het RIZIV wijst erop dat zij slechts in ondergeschikte orde wordt aangesproken en dat zij dus niet bij een deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOMA mag worden betrokken. Zij betwist verder de noodzaak om een deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOZA te bevelen, het voorhanden zijn van een MOZA en haar gehoudenheid tot het rolrecht.

2. Fouten die aan ... worden verweten; oorzakelijk verband van die beweerde fouten met de aangevoerde schade; deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOMA:

a. In het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, leest de rechtbank het volgende:

- op bladzijde 4 met betrekking tot wat ... tijdens de consultatie van ... 2014 heeft genoteerd:

“Patiënte is gekend met polyartrose sinds een 10-tal jaar. De rugpijnklachten nemen de laatste tijd echt progressief toe, in die mate dat zij nog zeer moeilijk kan staan en wandelen. Zij heeft ook recidiverende blokkages die haar het leven onmogelijk maken. Zij zou gezien zijn in het ... waar men haar gezegd heeft (sic) dat zij met deze klachten maar moet leren leven.

...

Aangezien conservatieve therapie bij patiënte vroeger geen enkele baat gebracht heeft, denken we dat zij inderdaad in aanmerking komt voor een operatieve ingreep. Alvorens deze door te voeren, vroegen we eerst nieuwe radiografische evaluatie aan, met RX LWZ en full spine om de sagitale balans te bepalen. We zien patiënte nadien ter controle terug.”;

- op bladzijde 18 met betrekking tot de reden waarom ... zich tot het FMO heeft gewend:

“Patiënte verwacht via de adviesaanvraag erkenning te krijgen. Ze is van mening dat er tijdens de eerste ingreep uitgevoerd door dr. ... een fout is gebeurd. Het is op aanraden van de ombudsman van het ziekenhuis in ... dat zij de adviesaanvraag gedaan heeft.

Mevrouw ... (sic) zegt er wel op gewezen te zijn dat roken het herstel na een osteosynthese in de rug zeer nadelig beïnvloedt. Ze slaagde er echter niet in te stoppen met roken.”;

- op bladzijde 23 met betrekking tot de informatie die ... en/of één van haar medewerkers voorafgaandelijk aan ... heeft gegeven:

“Patiënte stelt dat de assistente (verpleegkundige) van dr. ... een beschrijving gaf van de ingreep en dat ze een document heeft ondertekend.

Volgens patiënte is echter de uitleg niet duidelijk genoeg geweest. Meer bepaald werden de risico's als verwaarloosbaar voorgesteld.

Dr. ... betwist dat de informatie onvoldoende was.

Patiënte was er ook niet van op de hoogte over hoeveel wervels de ingreep zou plaats hebben. Ze stelt echter dat zelfs indien de risico's beter omschreven waren geweest ze toch zou ingestemd hebben met de ingreep aangezien ze tevreden was dat dr. ... tot een ingreep wilde overgaan.”;

- op bladzijde 26 met betrekking tot het rookgedrag van ...:

“... Hierin dient toch opgemerkt te worden dat er een verhoogd risico was door het rookgedrag van patiënte nl. 1 pakje/dag. ...”.

Dit zijn allemaal feitelijke gegevens die na de mededeling van het deskundigenverslag geenszins door ... werden betwist, bijvoorbeeld omdat de deskundigen haar verkeerd zouden hebben begrepen of, erger nog, omdat zij zaken zouden hebben genoteerd die zijzelf nooit zou hebben gezegd.

Op die feitelijke gegevens kan ... dan ook niet meer terugkomen vermits dit zou betekenen dat zij via haar raadslieden tegen de stukken van het dossier zou pleiten, hetgeen ‘not done’ is en zo nodig genadeloos door het Hof van Cassatie zou worden afgestraft.

De concrete situatie was derhalve (1°) dat ... er al zeer slecht aan toe was wanneer zij voor het eerst op consultatie is gegaan bij ... (2°) dat zij op dat ogenblik in haar eigen ogen reeds volledig conservatief was uitbehandeld en daarom uitsluitend nog heil zag in een heelkundige behandeling, waarvoor zij bijgevolg ook zeker wilde gaan, (3°) dat er wel discussie is blijven bestaan tussen haarzelf en ... over de vraag of zij voldoende werd ingelicht omtrent de mogelijke risico's die aan de ingreep waren verbonden en zelfs omtrent de omvang die ingreep en (4°) dat er haar hoe dan ook was meegedeeld dat haar stevig rookgedrag een navenant negatieve weerslag op haar genezingsproces zou kunnen hebben.

b. Uit het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, blijkt dat het onderzoek volledig tegensprekelijk is gebeurd, dat ... zich hierbij door een ervaren raadsgeneesheer heeft laten bijstaan en dat de deskundigen rekening hebben gehouden met hun opmerkingen maar ze – anno 2014 – gemotiveerd hebben verworpen.

Voor de deskundigen waren daarom zowel de diagnose als de ingreep, de uitvoering ervan en de nazorg correct en dus verantwoord, met dien verstande dat mogelijkerwijze de algemene multidisciplinariteit niet maximaal benut was geworden en dat er zich peroperatief een complicatie had voorgedaan (met name het losschieten van de schroevendraaier en het aldus veroorzaken van een duralek) waarvoor evenwel onmiddellijk het nodige werd gedaan.

Thans moet de rechtbank echter in de verslagen van prof. dr. ... lezen dat dit allemaal verkeerd is: ... zou het zo goed als van A tot Z foutief hebben aangepakt en de deskundigen, waaronder prof. dr. ..., een collega neurochirurg, zouden dit allemaal met de mantel der liefde hebben bedekt.

Gelet op het voorgaande en op de argumenten over en weer van de partijen, ziet de rechtbank het als volgt:

- wat de geïnformeerde toestemming en mogelijkerwijze de verdere conservatieve multidisciplinaire aanpak betreft:

Het is niet geloofwaardig dat ... de operatie en de eraan verbonden risico's onvoldoende met ... zou hebben overlopen en/of zou hebben laten overlopen vermits ... destijds reeds in een zeer slechte toestand verkeerde en die operatie op zich ook zeer ingrijpend was.

Het is evenmin geloofwaardig dat ... na een lijdensweg van reeds een 10-tal jaar en na het verlies van haar werk (precies omwille van een veralgemeende artrose aan haar knieën en rug), dit niet zelf zou hebben ingezien, reden temeer dat ... en/of één van haar medewerkers er haar uitdrukkelijk op hebben gewezen dat haar rookgedrag (van niet minder dan 1 pakje sigaretten per dag) haar genezingsproces gevoelig zou kunnen ondermijnen.

Het is hoe dan ook aan ... om aan te tonen dat ... de op haar rustende informatieplicht heeft genegeerd, iets waar zij dus niet in slaagt, en niet aan ... om aan te tonen dat zij die informatieplicht wél is nagekomen. (zie in die zin – waarbij de rechtbank zich aansluit: Cass., 31.03.2022, A.R. C.20.0384.N; Cass. 18.06.2020, A.R. C.19.0343.N; Cass. 11.01.2019, A.R. C.18.0210.N)

Bovendien ontbreekt het oorzakelijk verband tussen die beweerde inbreuk op de informatieplicht in hoofde van ... en de schade waarover ... zich in voorliggend geding beklaagt.

... geloofde immers helemaal niet meer in een verdere conservatieve multidisciplinaire aanpak en ging integendeel resoluut voor een operatie, ook al waren er daar per definitie risico's aan verbonden, zoals bij elke operatie en zeker in haar specifieke geval.

Het valt de rechtbank overigens op dat ... geen enkele toelichting verschaft over de conservatieve behandelingen die zij de eerste 10 jaar van haar degeneratief proces heeft genoten en/of ondergaan, hetzij in het ..., hetzij elders, terwijl het natuurlijk wel zij is die daar een overzicht van zou kunnen geven en dit ook het eerste punt van haar aanval op ... uitmaakt.

De insinuatie dat er die eerste 10 jaar eigenlijk niets of toch niet veel zou zijn gebeurd, kan alleszins niet worden aangenomen aangezien niemand gedurende een dergelijk lange periode blijft rondlopen met een steeds meer invaliderende rugpijn, zonder zich naar best vermogen te laten onderzoeken en behandelen.

De rechtbank is er dan ook van overtuigd dat ... zich wel degelijk heeft gedragen naar de toepasselijke richtlijnen inzake de voorafgaande conservatieve multidisciplinaire aanpak vooraleer tot een operatie over te gaan, zoals die in 2014 reeds enige tijd zouden hebben bestaan of in elk geval in 2017 tot stand zijn gekomen.

- wat de diagnose, de ingreep, de uitvoering ervan en de nazorg betreft:

Op de derde bladzijde van zijn verslag van ... 2023 heeft prof dr. ... het volgende geschreven:

“ ...

Mijn dagelijkse praktijk bestaat uit analyse, en indien mogelijk, herstel van foutief uitgevoerde ingrepen ter hoogte van de wervelkolom. Dit is jammer genoeg in België dagelijkse praktijk.

Maar het is niet omdat de meeste rugchirurgen nog steeds niet de reeds in 2011 voorgestelde richtlijnen au sérieux nemen, dat ze daarom goed handelen.

De slechte reputatie van de rugchirurgie is voor een groot deel te wijten aan de foute fixatie van de lendenwervels met de daaraan verbonden complicaties.

Ik kan niet anders dan vaststellen dat, ondanks veelvuldige medische literatuur, tal van congressen, tal van workshops (die ik zelf organiseer op EURpees niveau), de meeste chirurgen zich weinig of niets aantrekken van deze guidelines. Het is niet omdat de meeste chirurgen een fixatie uitvoeren zonder rekening te houden met de instructies om het beter te doen, dat we dit moeten accepteren als 'lege artis'.

... ”.

De rechtbank leidt daaruit af dat er in 2014 twee scholen inzake rugchirurgie bestonden en dat dit tot op heden nog altijd zo is:

- volgens de ene school moet dan de operatie die op ... 2014 bij ... werd uitgevoerd het label 'lege artis' of 'conform de regels van de medische kunde' krijgen, zeker in 2014 (dit is de school waartoe ... en prof. dr. ... behoren)
- volgens de andere is dit daarentegen geenszins het geval, ook niet in 2014 (dit is de school waartoe prof. dr. ... zich rekent).

Zo niet kan men inderdaad niet begrijpen waarom ... die operatie hoe dan ook heeft uitgevoerd en waarom prof. dr. ... daar helemaal geen graten in ziet terwijl prof. dr. ... die operatie vrijwel volledig met de grond gelijk maakt.

Bij gebrek aan eigen medische vorming kan de rechtbank evenwel geen standpunt over een scholenstrijd innemen.

De rechtbank kan echter wel vaststellen dat het deskundigenonderzoek hier op een volkomen normale manier is verlopen en dat – zoals gebruikelijk – de ene visie het uiteindelijk boven de andere heeft gehaald, hetgeen ook als dusdanig werd gemotiveerd en in het hierboven geciteerde advies van het FMO werd overgenomen.

In die omstandigheden is er geen reden om het tegensprekelijk tot stand gekomen advies van de deskundigen, met betrekking tot het eventueel voorhanden zijn van een MOMA, ter zijde te schuiven.

De rechtbank weerhoudt dus geen fout in de diagnose, noch in de ingreep, noch in de uitvoering ervan, noch in de nazorg, zelfs rekening houdende met het geheel van de complicaties die zich per en vooral postoperatief hebben voorgedaan.

Hierbij wenst de rechtbank wel nog het volgende op te merken:

- de zeer stellige overtuiging van prof. dr. ... dat het rookgedrag van ... geen enkele rol heeft gespeeld bij de postoperatieve complicaties die zich hebben voorgedaan, is voor de rechtbank bijzonder verrassend want in strijd met wat zij daar weliswaar dikwijls in het algemeen – steeds opnieuw over leest en hoort, zowel beroepshalve als erbuiten
- een zogezegde ‘slechte reputatie van de rugchirurgie’, of van een deel ervan, is de rechtbank werkelijk niet bekend.

3. Deskundigenonderzoek met betrekking tot een eventuele MOZA; voorhanden zijn van een MOZA:

a. In het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, leest de rechtbank op de bladzijden 33 en 34 dat de blijvende persoonlijke ongeschiktheid van ... op 40 % wordt geraamd, waarvan 5 % voorafbestaand en 35 % ten gevolge van de ingreep van 7 april 2014.

De enige discussie die daaromtrent tussen de partijen bestaat, is over de vraag of die 35 %, in het kader van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, als een normaal dan wel als een abnormaal gevolg van de ingreep van ... 2014 moet worden beschouwd.

Bedoelde wet hanteert ter zake 2 criteria:

- het vermijdbaarheidscriterium: dit is in voorliggend geval de vraag of, volgens de hoogste stand van de medische wetenschap in 2014, de schade van ... kon worden vermeden; (alleen wat *kon* worden vermeden en *niet* werd vermeden, wordt vergoed)
- het voorzienbaarheids criterium: dit is in voorliggend geval de vraag of, gelet op de algemene medische toestand van ... in 2014 en de objectief voorspelbare evolutie van die toestand, haar schade en de omvang ervan konden worden voorzien. (alleen wat *niet kon* worden voorzien en zich *toch* heeft voorgedaan, wordt vergoed).

b. Normaal/abnormaal karakter van de schade van ... getoetst aan het vermijdbaarheidscriterium:

Partijen zijn het expliciet eens dat de in aanmerking te nemen parameters de volgende zijn: bestond er destijds een andere behandelingstechniek, was die *in casu* toepasbaar, zou deze niet met een aan de zekerheid grenzende waarschijnlijkheid tot dezelfde complicatie of een complicatie met een vergelijkbare of grotere ernst leiden en had zij ook dezelfde of een vergelijkbare succesratio als de *in casu* toegepaste techniek?

... beantwoordt deze 4 vragen positief; de deskundigen van het FMO negatief.

De rechtbank heeft hierboven reeds uiteengezet waarom zij van oordeel is dat het verslag van de deskundigen, en het daarop geënte advies van het FMO, niet ter zijde mogen worden geschoven.

Zij neemt dan ook niet aan dat er in het geval van ... nog een andere behandelingstechniek bestond (en dat ... derhalve ten onrechte tot de operatie in kwestie zou zijn overgegaan, zoals zij het *in concreto* heeft gedaan).

De conservatieve multidisciplinaire aanpak was integendeel reeds achter de rug en dit was ook de reden waarom ... zich – meer dan vermoedelijk ten einde raad zijnde – tot ... heeft gewend.

c. Normaal/abnormaal karakter van de schade van ... getoetst aan het voorzienbaarheids criterium:

Partijen zijn het impliciet eens dat de in aanmerking te nemen parameters enerzijds kwantitatief en anderzijds kwalitatief zijn: wat is de frequentie van de complicaties die zich hebben voorgedaan, zowel apart als in hun geheel bekeken, en wat is de schade die daar in beginsel uit voortvloeit?

Ook hier worden die parameters gevoelig verschillend door ... en de deskundigen van het FMO ingevuld.

- Wat de kwantitatieve parameters betreft, leest de rechtbank in het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid, het volgende:

* op bladzijden 25 en 26:

“ ...

De opgetreden schade in dit specifiek geval nl. de duralekken, loslatingen schroeven en de uiteindelijke toestand van failed back surgery zijn een gekende complicatie van rugingrepen. Het ongewild openen van de dura is een gekende complicatie bij spinale chirurgie met een gerapporteerde incidentie van 1 % tot 17 % naargelang de literatuur. Stressfracturen van de pedikels ter hoogte van de “adjacent levels” zijn eveneens gekend, doch zijn zeldzamer. “Loosening” of loslatingen van pedikelschroeven na thoracolumbale spinale chirurgie is eveneens beschreven in de literatuur met een incidentie van 1 tot 15 % bij niet osteoporotische patiënten. Lage rugpijn met of zonder beenpijn ondanks heeldkunde is gekend met een cumulatieve incidentie per chirurgische ingreep. Algemeen wordt dit geschat op een 10 tot 40 % per chirurgische ingreep.

De cascade aan en repetitief optreden van verwikkelingen en de uiteindelijke osteosynthese van Th6 tot sacraal in dit specifiek geval zijn echter uitzonderlijk.

Hierin dient toch opgemerkt te worden dat er een verhoogd risico was door het rookgedrag van patiënte namelijk 1 pakje/dag. Het is algemeen aangenomen dat roken voornamelijk het musculoskeletale systeem en de wervelzuil in het bijzonder aantast. Er is daarom ook een duidelijke link tussen complicaties na een lumbale fusie en roken. De meest gekende complicatie is de lagere fusio ratio.

... ”,

* op bladzijde 38:

“ ...

Het minimaliseren van tabagisme binnen de spinale chirurgie is een veel voorkomende, doch volstrekt problematische houding anno 2020. Bij een literatuuronderzoek van de termen “smoking” AND “spinal surgery” zijn er op 1 september 2020 op Pubmed.gov 114 artikels beschikbaar. Het overzichtsartikel van Berman et Al. schept een duidelijk beeld over de gevolgen van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie. Alleen “non-union” als mogelijke complicatie van tabagisme in relatie tot spinale chirurgie is te beperkt. De gevolgen van tabagisme in het helingsproces zijn van even groot belang. Een groter infectiegevaar, tragere en beperktere heling (zowel inwendig als ook uitwendig), verhoogde discus degeneratie en verminderde botkwaliteit zijn factoren die “adjacent level” pathologie in de hand werken.

... ”.

... trekt de hierboven vermelde percentages in twijfel maar verwijst hierbij niet naar andere eventueel bestaande medische studies dan deze die door de deskundigen werden gehanteerd. Dergelijk verweer kan de rechtbank niet overtuigen.

Zij betwist ook met klem, op grond van de verslagen van prof. dr. ... de invloed van haar rookgedrag op het geheel van de complicaties die zich postoperatief hebben voorgedaan, doch ook dit kan de rechtbank niet aannemen vermits dit fundamenteel in strijd is met wat dienaangaande alom bekend is.

De complicaties die zich bij ... hebben voorgedaan, waren bijgevolg voorzienbaar, in de zin van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg, en dus niet abnormaal.

- Wat de kwalitatieve parameters betreft, leest de rechtbank ten slotte op de bladzijden 33 en 34 van het deskundigenverslag dat tot het hierboven geciteerde advies van het FMO heeft geleid dat ... een bijkomende blijvende persoonlijke ongeschiktheid van 35 % heeft opgelopen.

Ook dit lijkt de rechtbank normaal te zijn, in de zin van voormelde wet, hetgeen trouwens ook het standpunt van prof. dr. ... is.

Op de derde bladzijde van zijn verslag van ... 2021 heeft hij inderdaad het volgende geschreven:

“ ...

De zeer penibele eindtoestand van mevrouw ... staat wel degelijk in verhouding tot elk van de complicaties die zich na de initiële ingreep hebben voorgedaan.

... ”

In die omstandigheden kan dus ook geen MOZA worden weerhouden, tenminste niet in die zin dat deze tot een recht op vergoeding vanwege het FMO zou leiden.

OM DEZE REDENEN,

DE RECHTBANK,

Rechtdoende **OP TEGENSPRAAK.**

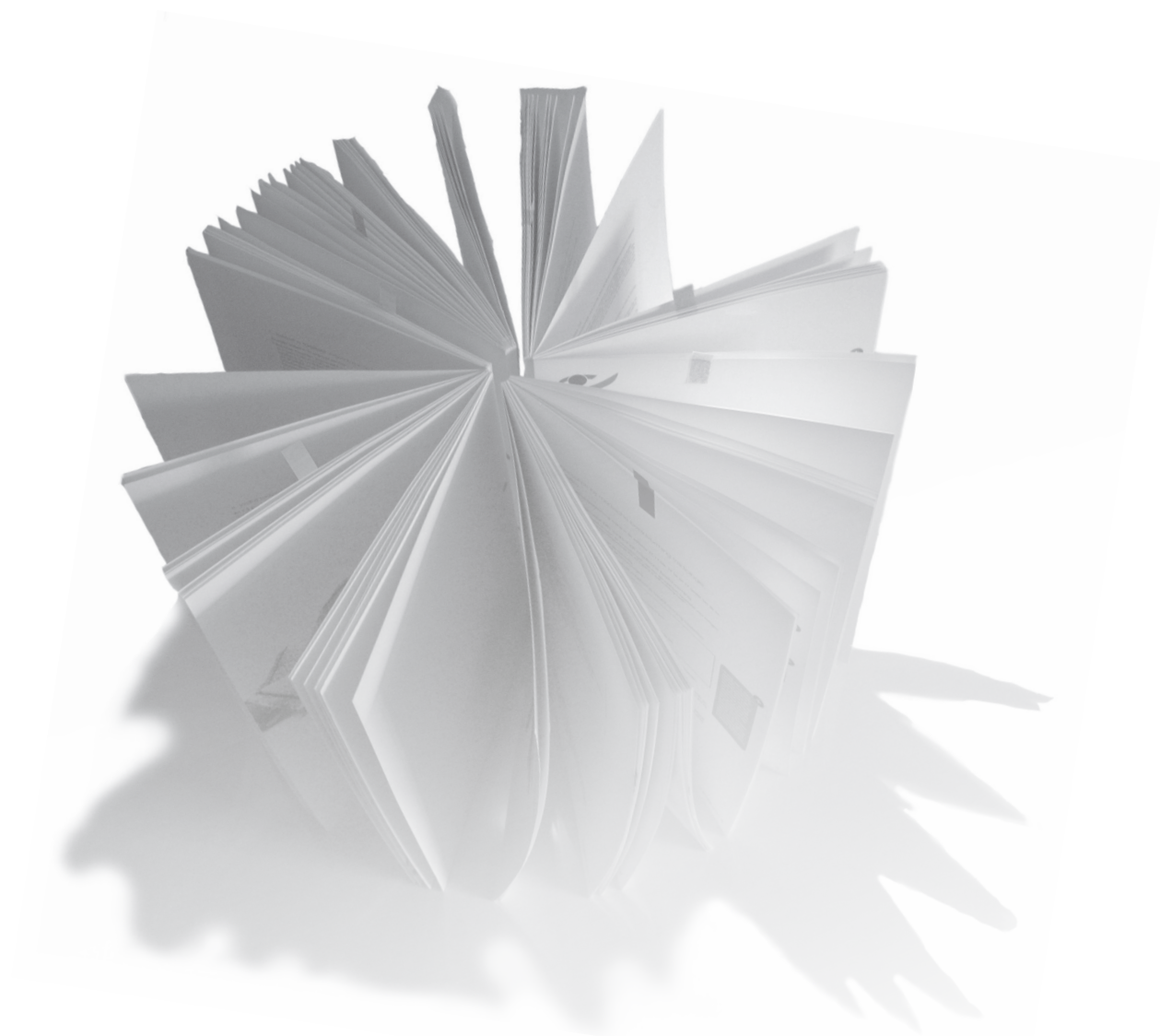
Alle verdere en strijdige middelen verwerpend.

Verklaart de vordering van ... tegen ... en het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ontvankelijk maar ongegrond.

...

3^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



Combinatie invaliditeitsuitkering en activiteit als zelfstandige in bijberoep.

Art. 230, § 1 *ter*, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 – Regel van progressieve cumulatie – Overschrijding van de inkomensgrens – Gevolgen

Vraag nr. 2303, gesteld op 4 september 2023, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer VERHERSTRAETEN, volksvertegenwoordiger¹

De regering streeft ernaar om de werkzaamheidsgraad in België te verhogen. Het regeerakkoord stelt onder meer: “Hoe hoger de werkzaamheidsgraad, hoe sterker onze sociale zekerheid. Een kwaliteitsvolle job is de beste sociale bescherming en een belangrijke bron van emancipatie. De regering zal werken belonen, de meest kwetsbare groepen op weg naar werk begeleiden en streeft tegen 2030 een werkzaamheidsgraad van tenminste 80 % na”.

In bepaalde situaties worden mensen echter afgeremd om aan het werk te gaan. Concreet zou ik u de situatie willen voorleggen waarbij een persoon die een invaliditeitsuitkering ontvangt, een inkomensverlies zou hebben wanneer hij of zij in bijberoep aan de slag gaat.

Wanneer een persoon een invaliditeitsuitkering ontvangt en toegelaten werk als zelfstandige (bijv. in bijberoep) onderneemt, daalt de uitkering gedurende de eerste drie jaar met 10 %. Inzake belastingen geldt een bijzondere belastingvermindering voor wie een vervangingsinkomen ontvangt. Deze belastingvermindering daalt echter bij een stijging van het inkomen. Vanaf een gezamenlijk belastbaar inkomen van 18.290 EUR (AJ24) start de afbouw van de belastingvermindering.

De combinatie van deze twee maatregelen zorgt ervoor dat wie een invaliditeitsuitkering ontvangt en in een bijberoep gaat werken, binnen een bepaalde inkomensvork, een inkomensverlies verkrijgt. Het gaat daarbij om personen die tussen ongeveer 3.000 en 11.000 EUR per jaar zouden bijverdienen in bijberoep. De personen in deze situatie worden dus ontmoedigd om te gaan werken.

1. Erkent u de beschreven problematiek?
2. Welke wijzigingen zouden een oplossing kunnen bieden voor de beschreven situatie?
3. Welke initiatieven zal u ter zake nemen?

1. Bulletin nr. 130, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 189.

Antwoord

Wat de aspecten van de uitkeringsverzekering in uw vraag betreft, kan ik u meedelen dat wanneer de verzekerde die arbeidsongeschikt is erkend in het stelsel van de werknemers een activiteit als zelfstandige (in bijberoep) met de toelating van de adviserend arts hervat, de volgende trapsgewijze cumulatieregel van toepassing is die drie fases omvat (*cf.* art. 230, §1^{ter} van het K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994):

- fase 1: de eerste zes maanden van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts: de gerechtigde behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen
- fase 2: vanaf de eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts tot en met 31 december van het derde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de toegelaten activiteit is aangevat: het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt forfaitair met 10% verminderd
- fase 3: vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de toegelaten activiteit is aangevat: in deze fase speelt het werkelijke bedrag van de uit de toegelaten activiteit behaalde beroepsinkomsten een rol. Het betreft telkens het netto-belastbaar inkomen dat uit de toegelaten activiteit voortvloeit en dat in aanmerking werd genomen door het Bestuur der Directe Belastingen voor de vaststelling van de aanslag van het desbetreffende jaar. Het brutobedrag van de beroepsinkomsten moet bijgevolg worden verminderd met de beroepskosten en, in voorkomend geval, de beroepsverliezen.

De verzekeringsinstelling vergelijkt namelijk het bedrag van de beroepsinkomsten verworven tijdens het eerste volledige kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat met een welbepaalde inkomensgrens (zo geldt voor 2023 het bedrag van 22.184,19 EUR). Bij een overschrijding van deze inkomstendrempel past de verzekeringsinstelling, al naargelang het geval, een procentuele vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen of een schorsing van de toekenning van de uitkeringen toe.

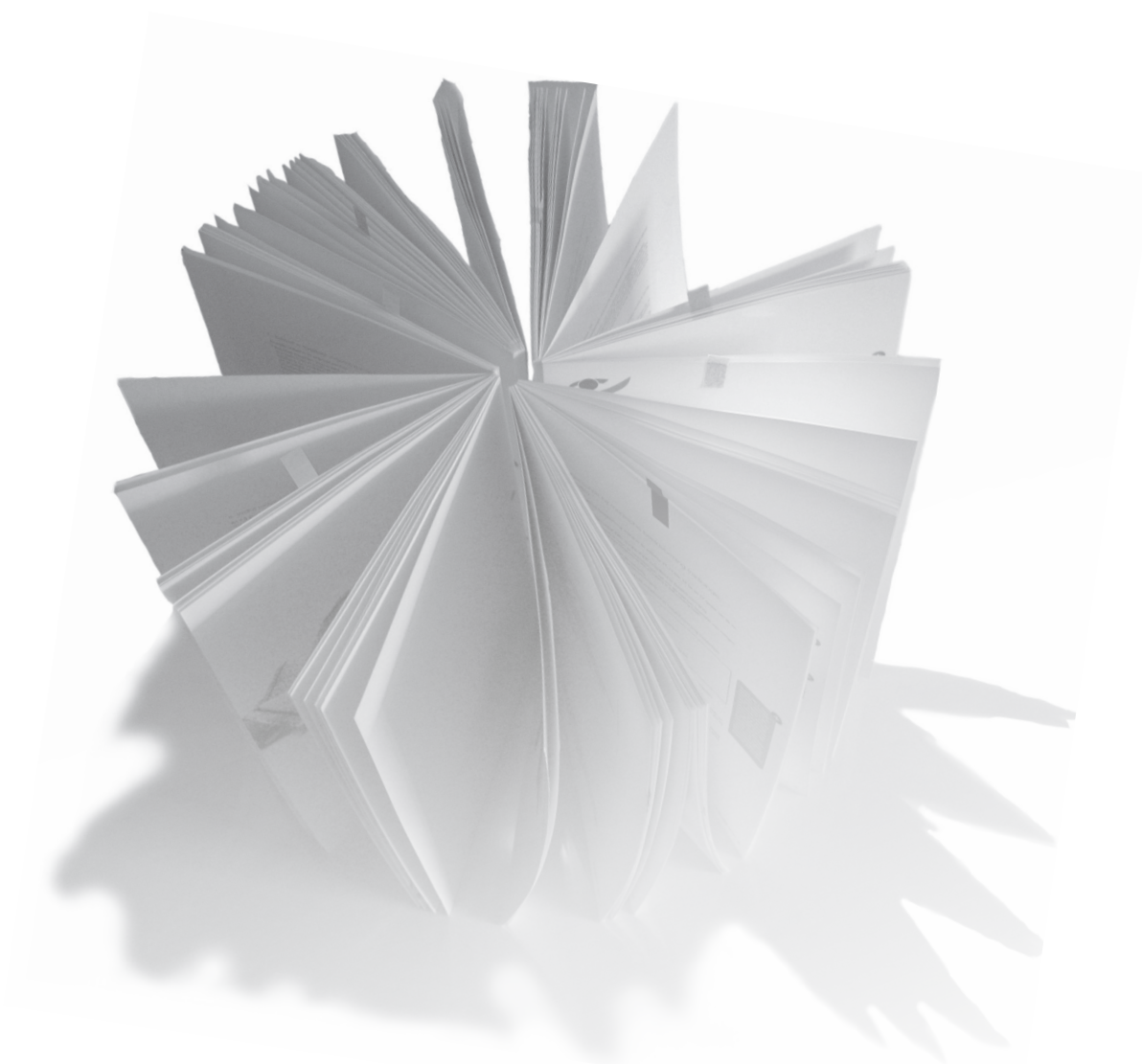
Er kunnen zich drie mogelijke situaties voordoen:

- situatie 1: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag niet: het bedrag van de uitkeringen moet niet worden verminderd
- situatie 2: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minstens 15 %: de verzekeringsinstelling schorst de toekenning van de uitkeringen gedurende het hele kalenderjaar
- situatie 3: het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minder dan 15 %: de verzekeringsinstelling vermindert het bedrag van de uitkeringen tijdens het hele kalenderjaar met een percentage dat overeenstemt met het percentage waarmee het drempelbedrag is overschreden.

Vervolgens wordt elk jaar opnieuw dezelfde verificatie verricht in functie van de drie jaar geleden verworven inkomsten uit de toegelaten activiteit.

De overige aspecten van uw vraag (belastingvermindering) betreffen fiscale aspecten waarvoor mijn collega, de minister van Financiën bevoegd is.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verzekerden die uit het Rijksregister worden geschrapt: gevolgen voor de hoedanigheden van gerechtigde resident, gerechtigde met een handicap en persoon ten laste

Van toepassing vanaf 1 januari 2024.

1. Problematiek

Het komt voor dat bepaalde verzekerden om louter administratieve redenen tijdelijk ambtshalve uit het Rijksregister worden geschrapt (soms zonder hun medeweten), zonder het Belgische grondgebied te hebben verlaten en zonder dat ze niet langer het recht of de toelating hebben om hier te verblijven.

Dit kan niettemin leiden tot onbedoelde gevolgen voor hun recht op geneeskundige verzorging, dat voor bepaalde hoedanigheden van rechthebbenden bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen is gebaseerd op deze inschrijving in het Rijksregister.

Daarom wordt de reglementering met betrekking tot de hoedanigheden van gerechtigde resident, van gerechtigde mindervalide en van persoon ten laste versoepeld om deze impact te verminderen, zodat deze hoedanigheden niet verloren gaan bij korte periodes van schrapping.

Personen ten laste, gerechtigden mindervaliden en gerechtigden residenten die ambtshalve geschrapt worden ingevolge hun vertrek naar het buitenland of ingevolge het verlies van hun verblijfsvergunning, worden dus niet beoogd.

Het zal dus gaan om ambtshalve schrappingen op basis van code 99991¹, met uitzondering van de ambtshalve schrappingen voor het buitenland.

2. Hoedanigheid van gerechtigde resident

2.1. Reglementaire aanpassingen

Er werd een paragraaf 2 toegevoegd aan artikel 128^{quinquies} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die als volgt luidt:

“§ 2. De hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, 15°, van de gecoördineerde wet gaat niet verloren voor personen die ambtshalve worden geschrapt uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt. Dezelfde uitzondering geldt voor personen die genoten van geneeskundige prestaties in een andere hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, terwijl ze voldeden aan de voorwaarden van de hoedanigheid, bedoeld in 15°. Deze uitzondering geldt echter niet voor personen die ambtshalve worden geschrapt als gevolg van hun vertrek naar het buitenland of als gevolg van het verlies van hun verblijfsvergunning.”

1. 99991: Ambtshalve schrapping

Een persoon wordt ambtshalve uit het RR geschrapt na een ononderbroken en niet-aangegeven afwezigheid van meer dan 6 maanden. De persoon wordt enkel geschrapt wanneer de verblijfplaats niet bekend is. Concreet gaat het om gevallen waarin een persoon van verblijfplaats verandert (in België of in het buitenland) zonder het gemeentebestuur op de hoogte te brengen. Die schrapping wordt uitgesproken door het college van burgemeester en schepenen.

2.2. Toepassing in de praktijk

2.2.1. REEDS EFFECTIEVE HOEDANIGHEID VAN RESIDENT

De hoedanigheid van resident berust vrijwel uitsluitend op deze inschrijving in het Rijksregister, om een zekere duurzaamheid van de band met België aan te tonen. De ambtshalve schrapping uit het Rijksregister betekent echter niet dat deze band wordt verbroken.

De nieuwe uitzondering zorgt ervoor dat recent geschrapte personen die reeds als resident waren ingeschreven, hun hoedanigheid niet verliezen. De bijdragen als resident blijven verschuldigd.

Deze uitzondering wordt echter alleen aanvaard op voorwaarde dat de verzekerde na maximaal twee kalenderkwartalen van schrapping opnieuw in het Rijksregister wordt ingeschreven, dus op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt.

Het is dus op het moment van de verlenging van het recht dat het ziekenfonds de uitzondering zal moeten toepassen.

Voorbeeld 1:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024. Hij wordt dus slechts gedurende twee kalenderkwartalen geschrapt - het 2^e en 3^e kwartaal - en blijft binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

De bijdrage van resident is verschuldigd voor deze kwartalen, aangezien hij op een volstrekt normale manier de hoedanigheid van resident behoudt.

Voorbeeld 2:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 januari 2025. Hij wordt gedurende drie kalenderkwartalen geschrapt - het 2^e, 3^e en 4^e kwartaal van 2024. Aangezien hij langer dan twee kalenderkwartalen wordt geschrapt, omdat hij gedurende drie kalenderkwartalen wordt geschrapt, valt hij niet binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

In dat geval verliest hij zijn hoedanigheid van resident voor alle kalenderkwartalen van schrapping. Aangezien de bijdrage enkel verschuldigd is voor de kwartalen waarin de verzekerde effectief de hoedanigheid van resident heeft (1^e kwartaal 2024), moet de aanvullende bijdrage worden betaald om het verschil aan te vullen.

Voorbeeld 3:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt gedurende het hele jaar 2024, van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2024. Aangezien hij langer dan twee kalenderkwartalen wordt geschrapt (hij wordt gedurende vier kwartalen geschrapt), valt hij niet binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

Dat referentiejaar kan worden geregulariseerd via de betaling van de volledige aanvullende bijdrage indien de enige mogelijke hoedanigheid die van resident was, en de periode niet kon worden gelijkgesteld of geïmmuniseerd krachtens artikel 290.

Voorbeeld 4:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 2 januari 2024 tot 30 december 2024. Hij wordt dus slechts gedurende twee kalenderkwartalen geschrapt - het 2^e en 3^e kwartaal - en blijft binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

De bijdrage van resident is verschuldigd voor deze kwartalen, aangezien hij op een volstrekt normale manier de hoedanigheid van resident behoudt.

**Voorbeeld 5:**

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 31 december 2022 tot 2 april 2023, en vervolgens van 30 juni 2023 tot 1 oktober 2023. Hij wordt gedurende het 1^e en 3^e kalenderkwartaal geschrapt. Aangezien hij niet gedurende drie opeenvolgende kwartalen wordt geschrapt, blijft hij binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

De bijdrage van resident is verschuldigd voor deze kwartalen, aangezien hij op een volstrekt normale manier de hoedanigheid van resident behoudt.

**Voorbeeld 6:**

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 22 augustus 2022 tot 30 augustus 2023. Hij wordt gedurende drie kalenderkwartalen geschrapt - het 4^e kwartaal 2022, en het 1^e en 2^e kwartaal van 2023. Aangezien hij langer dan twee kalenderkwartalen wordt geschrapt, omdat hij gedurende drie kalenderkwartalen geschrapt wordt, valt hij niet binnen de termijn om de uitzondering te genieten. De voorwaarde betreffende de duur van de schrapping kan immers op twee verschillende jaren van toepassing zijn.

In dat geval verliest hij zijn hoedanigheid van resident voor alle kalenderkwartalen van schrapping. Aangezien de bijdrage slechts verschuldigd is voor de kwartalen waarin de verzekerde effectief de hoedanigheid van resident heeft (1^e, 2^e en 3^e kwartaal 2022 en vervolgens het 3^e en 4^e kwartaal 2023), moet de aanvullende bijdrage worden betaald om het verschil aan te vullen, respectievelijk voor de verlengingsjaren 2024 en 2025.

**Voorbeeld 7:**

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024 op basis van code 99997 (verlies van verblijfsrecht). Hoewel hij slechts gedurende twee kalenderkwartalen wordt geschrapt - het 2^e en 3^e kwartaal (hij blijft dus binnen de termijn om de uitzondering te genieten), kan de uitzondering niet op hem worden toegepast omdat hij wordt geschrapt wegens verlies van verblijfsrecht.

2.2.2. VOORAFBESTAANDE, MAAR NIET-EFFECTIEVE HOEDANIGHEID VAN RESIDENT

Dezelfde uitzondering geldt voor de personen die voldoen aan de voorwaarden betreffende de hoedanigheid van resident, maar die een andere hoedanigheid hebben laten gelden. Wat belangrijk is, is dat de hoedanigheid van resident al bestond vóór de schrapping, zelfs als dit niet de hoedanigheid was die in aanmerking werd genomen voor de inschrijving bij het ziekenfonds.

**Voorbeeld 8:**

Een werkloze verliest zijn recht op werkloosheid en dus zijn hoedanigheid van werkloze op 1 april 2024. Hij wordt ook geschrapt uit het Rijksregister wegens een administratieve nalatigheid van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024.

Hij kan zich tijdens zijn schrapping als resident inschrijven, wetende dat hij slechts gedurende twee kalenderkwartalen wordt geschrapt - het 2^e en 3^e kwartaal - en hij binnen de termijn blijft om de uitzondering te genieten.

Zijn inschrijving zal uitwerking krijgen op 1 april 2024 en de bijdrage van resident is vanaf deze datum verschuldigd.

3. Hoedanigheid van gerechtigde mindervalide

3.1. Reglementaire aanpassingen

Een tweede lid wordt toegevoegd aan artikel 128^{ter} van het voormelde koninklijk besluit, en luidt als volgt:

“De hoedanigheid van gerechtigde van artikel 32, eerste lid, 13°, van de gecoördineerde wet gaat niet verloren voor personen die ambtshalve zijn geschrapt uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt. Deze uitzondering geldt echter niet voor personen die ambtshalve worden geschrapt als gevolg van hun vertrek naar het buitenland of als gevolg van het verlies van hun verblijfsvergunning.”

3.2. Toepassing in de praktijk

Ook de hoedanigheid van gerechtigde mindervalide berust gedeeltelijk op deze inschrijving in het Rijksregister.

Voor gerechtigden mindervaliden moet daarom dezelfde uitzondering worden toegepast als voor gerechtigden residenten, om dezelfde redenen.

De nieuwe uitzondering zorgt ervoor dat recent geschrapte personen die reeds als gerechtigde mindervalide waren ingeschreven, hun hoedanigheid niet verliezen.

Deze uitzondering wordt echter alleen aanvaard op voorwaarde dat de verzekerde na maximaal twee kalenderkwartalen van schrapping opnieuw in het Rijksregister wordt ingeschreven, dus op voorwaarde dat de duur van de schrapping niet drie kalenderkwartalen bereikt.

Het is dus op het moment van de verlenging van het recht dat het ziekenfonds de uitzondering zal moeten toepassen.



Voorbeeld 9:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024. Hij wordt dus slechts gedurende twee kalenderkwartalen geschrapt - het 2^e en 3^e kwartaal - en blijft binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

Er is geen aanvullende bijdrage verschuldigd voor deze kwartalen, aangezien hij de kosteloze hoedanigheid van gerechtigde mindervalide op een volstrekt normale manier behoudt.



Voorbeeld 10:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 januari 2025. Hij wordt gedurende drie kalenderkwartalen geschrapt - het 2^e, 3^e en 4^e kwartaal van 2024. Aangezien hij langer dan twee kalenderkwartalen wordt geschrapt, omdat hij gedurende drie kalenderkwartalen wordt geschrapt, valt hij niet binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

In dat geval verliest hij zijn hoedanigheid van gerechtigde mindervalide voor alle kalenderkwartalen van schrapping. Aangezien het recht enkel kosteloos is voor de kwartalen waarin de verzekerde effectief de hoedanigheid van gerechtigde mindervalide heeft (1^e kwartaal 2024), moet de aanvullende bijdrage worden betaald om het verschil aan te vullen.

4. Hoedanigheid van persoon ten laste

4.1. Reglementaire aanpassingen

Er werd een derde lid toegevoegd aan artikel 124, § 3 van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996.

“§ 3. Het bewijs van de samenwoningsvereiste bedoeld in § 2, volgt uit de informatie die is bedoeld in artikel 3, eerste lid, 5°, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, die bij het Rijksregister is verkregen.

[...]

Ook in afwijking op het eerste lid, wordt de voorwaarde tot samenwoning verondersteld te zijn behouden tussen een gerechtigde en zijn persoon ten laste voor een periode van maximaal twee kalenderkwartalen in geval van ambtshalve schrapping uit het Rijksregister van de natuurlijke personen, die zowel de gerechtigde als zijn persoon ten laste betreft, onder dezelfde schrappingscode en op dezelfde datum. De voorwaarde van samenwoning wordt echter niet verondersteld te worden behouden als de ambtshalve schrapping het gevolg is van hun vertrek naar het buitenland of het verlies van hun verblijfsvergunning.”

4.2. Toepassing in de praktijk

De hoedanigheid van PTL berust tot op zekere hoogte op de inschrijving in het Rijksregister, niet door de inschrijving op zich, maar om een bepaalde band met de gerechtigde aan te tonen, die met name blijkt uit de samenwoning. Kiezen voor het Rijksregister heeft het voordeel dat dit bewijs gemakkelijker wordt en dat de toegangspoorten in het kader van de verplichte verzekering worden gereguleerd.

De nieuwe uitzondering houdt in dat een ambtshalve schrapping die zowel de gerechtigde als zijn of haar persoon ten laste betreft, om dezelfde reden en op hetzelfde moment (dezelfde schrappingscode in het Rijksregister), niet wordt beschouwd als een niet-naleving van de samenwoningsverplichting.

Als ze tegelijkertijd worden geschrapt, betekent dit immers niet dat er geen band meer is tussen beide personen. We gaan dus in dezelfde richting als de uitzonderingen op de samenwoningsvereiste die momenteel voor de PTL's bestaat, die allemaal gebaseerd zijn op het feit dat er nog steeds een band is tussen de PTL en zijn of haar gerechtigde. Als de schrapping alleen betrekking heeft op de persoon ten laste, of alleen op de gerechtigde, moet in dat geval worden aangenomen dat er niet langer is voldaan aan de samenwoningsvereiste.

Dit geldt enkel voor personen ten laste die al in deze hoedanigheid waren ingeschreven (en niet voor personen die zich willen inschrijven, voor wie de samenwoningsvereiste onontbeerlijk blijft).

Het is echter niet toegestaan dat deze situatie in de loop der tijd blijft bestaan: als dus na twee kalenderkwartalen blijkt dat de samenwoning volgens de gegevens van het Rijksregister nog steeds niet is hersteld, wordt na deze twee kwartalen geacht dat er niet langer aan deze voorwaarde is voldaan.



Voorbeeld 11:

De gerechtigde en zijn of haar PTL zijn op hetzelfde adres in het Rijksregister ingeschreven, maar worden beiden ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 20 september 2024, op basis van dezelfde schrappingscode (99991). Ze worden niet langer dan twee kalenderkwartalen geschrapt, aangezien ze pas tijdens het 2e volledige kalenderkwartaal worden geschrapt.

Bijgevolg blijft de samenwoningsvereiste voor het behoud van de hoedanigheid van PTL gerespecteerd.

 Voorbeeld 12:

De gerechtigde en zijn of haar PTL zijn op hetzelfde adres in het Rijksregister ingeschreven, maar worden beiden ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024, op basis van dezelfde schrappingscode (99991). Ze worden langer dan twee kalenderkwartalen geschrapt, aangezien ze tijdens het 2^e en 3^e volledige kalenderkwartaal worden geschrapt, en de samenwoning pas 15 dagen later wordt hersteld, tijdens het 4^e kwartaal.

De PTL geniet dus enkel de uitzondering tot en met 30 september 2024 en “verliest” zijn of haar hoedanigheid van PTL vanaf 1 oktober 2024 (op die datum gaat hij of zij over naar een “behoud van recht”), omdat de samenwoningsvereiste op die datum niet langer als vervuld wordt beschouwd.

Zijn of haar hoedanigheid kan pas op 16 oktober 2024 worden hersteld. Als de hoedanigheid als PTL echter niet kan worden verlengd, zal er geen aanvullende bijdrage verschuldigd zijn voor deze periode, aangezien de periode van behoud van recht als PTL in aanmerking zal worden genomen om het recht te verlengen.

 Voorbeeld 13:

De gerechtigde en zijn PTL zijn op hetzelfde adres in het Rijksregister ingeschreven, maar enkel de PTL wordt ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 20 september 2024. Hoewel de PTL niet langer dan twee kalenderkwartalen wordt geschrapt, aangezien hij of zij pas geschrapt wordt tijdens het 2^e volledige kalenderkwartaal, kan hij of zij de uitzondering niet genieten, want enkel de PTL wordt geschrapt, en niet zijn of haar gerechtigde.

Hij of zij “verliest” dus zijn of haar hoedanigheid van PTL vanaf 15 maart 2024 (op die datum gaat hij of zij over naar een “behoud van recht”), omdat de samenwoningsvereiste op die datum niet langer als vervuld wordt beschouwd.

Zijn of haar hoedanigheid kan pas op 21 september 2024 worden hersteld. Als de hoedanigheid als PTL echter niet kan worden verlengd, zal er geen aanvullende bijdrage verschuldigd zijn voor deze periode, aangezien de periode van behoud van recht als PTL in aanmerking zal worden genomen om het recht te verlengen.

 Voorbeeld 14:

De gerechtigde en zijn PTL zijn op hetzelfde adres in het Rijksregister ingeschreven, maar worden beiden ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 20 september 2024, op basis van dezelfde schrappingscode (99997). Hoewel ze niet langer dan twee kalenderkwartalen worden geschrapt, aangezien ze pas geschrapt worden tijdens het 2^e volledige kalenderkwartaal, kan de uitzondering niet op de PTL worden toegepast, want ze zijn geschrapt wegens verlies van verblijfsrecht.

Hij of zij “verliest” dus zijn of haar hoedanigheid van PTL vanaf 15 maart 2024 (op die datum gaat hij of zij over naar een “behoud van recht”), omdat de samenwoningsvereiste op die datum niet langer als vervuld wordt beschouwd.

Zijn of haar hoedanigheid kan pas op 21 september 2024 worden hersteld. Als de hoedanigheid als PTL echter niet kan worden verlengd, zal er geen aanvullende bijdrage verschuldigd zijn voor deze periode, aangezien de periode van behoud van recht als PTL in aanmerking zal worden genomen om het recht te verlengen.

4.3. Impact op het recht op de verhoogde tegemoetkoming?

Deze nieuwe uitzondering voor PTL's die ambtshalve worden geschrapt, heeft geen impact op de toepassing van de regels betreffende de verhoogde tegemoetkoming, want in de omzendbrief “Reglementering betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming”, meer bepaald onder het punt 4.11.9., “Quid bij ambtshalve afvoering?” zijn we ervan uitgegaan dat wanneer alle gezinsleden op hetzelfde moment en om dezelfde reden ambtshalve worden geschrapt, het niet gaat om een wijziging van de gezinssamenstelling.



Voorbeeld 15:

Een gezin bestaat uit X en zijn of haar partner Y. Ze genieten de VT. X en Y worden beiden ambtshalve geschrapt van 15 maart 2024 tot 15 oktober 2024, op basis van dezelfde schrappingscode (99991). Ze worden langer dan twee kalenderkwartalen geschrapt, aangezien ze tijdens het 2^e en 3^e kalenderkwartaal van 2024 worden geschrapt, en de samenwoning pas 15 dagen later wordt hersteld, tijdens het 4^e kwartaal.

De PTL geniet dus enkel de uitzondering tot en met 30 september 2024 en “verliest” zijn of haar hoedanigheid van PTL vanaf 1 oktober 2024 (op die datum gaat hij of zij over naar een “behoud van recht”), omdat de samenwoningsvereiste op die datum niet langer als vervuld wordt beschouwd.

Het VT-gezin dat bestaat uit X en Y is op 1 oktober 2024 echter niet gewijzigd, aangezien het krachtens punt 4.11.9. van de omzendbrief VT niet gaat om een wijziging van de gezinssamenstelling.

5. Inwerkingtreding

De omzendbrief treedt in werking op 1 januari 2024 voor de verlenging van het recht op geneeskundige verzorging op basis van het referentiejaar 2022.

Voor PTL's is de maatregel, gelet op de aard van de hoedanigheid van PTL, van toepassing vanaf het rechtsjaar 2024.

Dit betekent dat de ambtshalve schrappingen als volgt worden meegeteld:

- voor gerechtigden residenten/mindervaliden: vanaf 1 januari 2022, dus tussen 1 januari 2022 en 30 juni 2022, wordt de voorwaarde betreffende de *duur* van de schrapping als vervuld beschouwd voor alle gerechtigden residenten/mindervaliden, voor zover ze opnieuw zijn ingeschreven in het Rijksregister tijdens het 3^e kwartaal 2022 (alle andere voorwaarden blijven dus van toepassing: ambtshalve schrapping, niet naar aanleiding van een vertrek naar het buitenland of een verlies van de verblijfsvergunning, en reeds effectieve of vooraf bestaande hoedanigheid van gerechtigde resident).



Voorbeeld 16:

De verzekerde is ingeschreven in het Rijksregister, maar wordt ambtshalve geschrapt van 15 september 2021 tot 15 september 2022. Aangezien de periode van schrapping vóór 1 januari 2022 (vóór de inwerkingtreding) niet meetelt, wordt de verzekerde dus slechts gedurende twee kalenderkwartalen geschrapt - het 1^e en het 2^e kwartaal - en blijft hij of zij binnen de termijn om de uitzondering te genieten.

De bijdrage van resident is verschuldigd voor deze kwartalen, aangezien hij op een volstrekt normale manier de hoedanigheid van resident behoudt.

- Voor PTL's: vanaf 1 januari 2024, want als de PTL in 2023 wordt geschrapt, verliest hij of zij onmiddellijk de hoedanigheid van PTL (en gaat hij of zij over naar de periode van behoud van recht), aangezien de maatregel nog niet in werking is getreden in 2023.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/78 – 2110/9 van 18 maart 2024.

II. Werkverwijdering van zwangere werknemers, bevallen werknemers en werknemers die het kind borstvoeding geven

Inleiding

Sinds 1 januari 2010 wordt de vergoeding voor alle gevallen van werkverwijdering van de zwangere werknemers krachtens de bepalingen van artikel 30 van de Economische Herstelwet van 27 maart 2009 ten laste genomen in het kader van de moederschapsverzekering voor de werknemers, ongeacht of de oorzaak van die maatregel een beroepsziekerisico is.

I. Recht op moederschapsuitkeringen wegens werkverwijdering en berekening van de moederschapsuitkeringen

A. Werknemers in de privésector

1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

1.1 Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de zwangere werknemer

De zwangere werknemer die volledig van het werk is verwijderd, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219bis, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Deze uitkering wordt vastgesteld op **78,237 %** van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (met andere woorden het begrensde gemiddeld dagloon).

Deze uitkering wordt toegekend tot *de week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum*. Vanaf de week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat (begin van de voorbevallingsrust), komt de vergoeding voor de moederschapsrust altijd in de plaats van de vergoeding in geval van werkverwijdering.

De werknemer heeft echter altijd de mogelijkheid om te vragen om de voorbevallingsrust te doen aanvatten ten vroegste vanaf de zesde week voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum of vanaf de achtste week als de geboorte van een meerling wordt voorzien.

De maatregel van werkverwijdering eindigt dus altijd uiterlijk één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum.

Overeenkomstig artikel 39, tweede lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 mag de werknemer immers geen arbeid verrichten vanaf de zevende dag die de vermoedelijke datum van de bevalling voorafgaat. Gelet op dit arbeidsverbod is het specifieke risico van blootstelling aan agentia, procédés of arbeidsomstandigheden dat de door de werkgever genomen maatregel van moederschapsbescherming rechtvaardigt, dus niet langer aanwezig.

Om het ziekenfonds in staat te stellen de uitbetaling van de uitkering wegens werkverwijdering in elk geval stop te zetten vanaf de week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, wordt aan de zwangere werkneemster gevraagd om via een attest van de behandelend arts de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen en aan te duiden of de geboorte van een meerling wordt voorzien. Dat attest moet worden gehecht aan het attest van de werkgever waarin de aard van de maatregel van moederschapsbescherming die ten aanzien van de werkneemster is genomen, wordt toegevoegd.

1.2. Volledige werkverwijdering (schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst) van de werkneemster die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft

De werkneemster die bevallen is of het kind borstvoeding geeft en die volledig van het werk is verwijderd, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219bis, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Deze uitkering wordt vastgesteld op **60 %** van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (met andere woorden het begrensde gemiddeld dagloon).

De betrokkene heeft slechts recht op een moederschapsuitkering gedurende een periode van vijf maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2. UITOEFENING VAN AANGEPAST WERK MET LOONVERLIES OF VOORTZETTING VAN EEN ACTIVITEIT TIJDENS EEN PERIODE VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING ('GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING')

2.1. Uitoefening door de zwangere werkneemster van aangepast werk met loonverlies

De zwangere werkneemster die aangepast werk met loonverlies uitoefent, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag overeenkomstig artikel 219ter, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt bepaald. Indien de werkneemster het aangepaste werk tijdens de facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

Deze werkneemster geniet een uitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld op **60 %** van het verschil, tussen,

- enerzijds, het niet begrensde gemiddeld dagloon¹, dat zij verdiende vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden of vóór de verandering van de arbeidsplaats en
- anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat zij ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats.

Dat verschil wordt slechts in aanmerking genomen tot beloop van het maximumbedrag vastgesteld krachtens artikel 87, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (= de "ZIV-loongrens").



Opgelet! Het gaat om twee brutobedragen.

Onder het in aanmerking te nemen **beroepsinkomen** moet worden verstaan:

- de bezoldigingen en andere voordelen die kunnen in aanmerking genomen worden om het gederfde loon, bedoeld in artikel 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te bepalen²
- het gewaarborgd loon tweede week en de vergoeding bedoeld in de collectieve arbeidsovereenkomsten nr. 12bis en nr. 13bis
- elke uitkering, vergoeding of rente die het verlies van dat inkomen compenseert.

1. Het gederfde loon bedoeld in art. 113, derde lid, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 zonder echter de toepassing van het maximumbedrag bedoeld in art. 87, eerste lid, van deze gecoördineerde wet (= de 'ZIV-loongrens').

2. Algemeen gesteld gaat het meer bepaald om alle bedragen of voordelen waarop de werkneemster ter uitvoering van haar arbeidsovereenkomst aanspraak kan maken en waarop inhoudingen voor de sociale zekerheid verschuldigd zijn, met uitsluiting van het bijkomend vakantiegeld en de eindejaarspremie en de andere premies en gelijkaardige voordelen die worden toegekend onafhankelijk van het aantal effectief gewerkte dagen tijdens het kwartaal van hun aangifte aan de inrichting van de sociale zekerheidsbijdragen (K.B. van 10.06.2001 tot vaststelling van een uniform begrip 'gemiddeld dagloon' ...).

Om het dagbedrag van dat beroepsinkomen vast te stellen, deelt het ziekenfonds het wekelijkse, maandelijks, driemaandelijks of jaarlijkse bedrag door respectievelijk 6, 26, 78 of 312.



Voorbeeld:

Een werknemer X oefent sinds 1 april 2024 een aangepaste activiteit met loonverlies uit. Voor de aanpassing van de arbeidsomstandigheden kon zij aanspraak maken op een forfaitair maandloon van 5.000 EUR. Gedurende de gedeeltelijke werkverwijdering bedraagt haar forfaitair maandloon 2.000 EUR tijdens de maand april 2024.

- Vaststelling van het gederfde loon voor de aanpassing van de arbeidsomstandigheden:
 $5.000 \text{ EUR} / 26 = 192,3077 \text{ EUR}$ (ZIV-loongrens is **niet** van toepassing)
- Vaststelling van het in werkdagen omgezette beroepsinkomen na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden:
 $2.000 \text{ EUR} / 26 = 76,9231 \text{ EUR}$
- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
 $60 \% (192,3077 \text{ EUR} - 76,9231 \text{ EUR} < \text{ZIV-loongrens}) = \mathbf{69,2308 \text{ EUR}}$

Het ziekenfonds kent deze werknemer X tijdens de maand april 2024 moederschapsuitkeringen toe waarvan het dagbedrag 69,23 EUR is en die zij cumuleert met haar bezoldiging uit de aangepaste activiteit.

Als het om een maandelijks bedrag gaat, past het ziekenfonds de **deler 26** toe. Het ziekenfonds vermindert deze deler 26 niet naar rato van het aantal vergoedbare dagen die gedekt zijn door vakantiegeld dat (voor de bedienden) de werkgever uitbetaalt, aangezien het enkel vakantiegeld overeenstemt met het loon van de werknemer.

Van die regel wordt onder andere in de volgende situaties afgeweken:

- 1) De werknemer begint een aangepaste activiteit met loonverlies in de loop van een maand. In dat geval wordt de deler 26 verminderd met het aantal vergoedbare dagen van die maand waarop de betrokkene nog geen aangepaste activiteit verricht. Als de werknemer de activiteit bijvoorbeeld op 18 juli 2024 begint, moet het inkomen van de maand juli 2024 worden gedeeld door 11 ($26 - 15 = 11$); de vermindering met 15 dagen stemt overeen met het aantal vergoedbare dagen in de periode van 1 juli 2024 tot en met 17 juli 2024.
- 2) De werknemer zet de aangepaste activiteit met loonverlies in de loop van de maand stop, bijvoorbeeld omdat zij de moederschapsrust aanvat, haar normale werk hervat of de arbeidsovereenkomst wordt beëindigd. Het ziekenfonds vermindert de deler 26 dan met het aantal vergoedbare dagen van de periode waarin de werknemer geen aangepaste activiteit uitoefent.



Opmerking: als de aangepaste werkzaamheid (met loonverlies) eindigt met de uitbetaling van een verbrekingsvergoeding en deze vergoeding is berekend op basis van het loon van de aangepaste activiteit, wordt de deler 26 niet verminderd voor de maand waarin de overeenkomst is verbroken, maar voor de maand waarin de door de verbrekingsvergoeding gedekte periode eindigt.

- 3) In de loop van de maand neemt een arbeidster één of meerdere dagen vakantie. Aangezien het bedrag van het enkel vakantiegeld door een vakantiekas of door de Rijksdienst voor Jaarlijkse Vakantie (RJV) wordt uitbetaald, wordt het niet door de werkgever meegedeeld. Het ziekenfonds vermindert dan de deler 26 met het aantal dagen dat gedekt is door het vakantiegeld dat door een vakantiekas of door de RJV wordt uitbetaald (uitgedrukt in een zesdagenweekregeling).

2.2. Zwangere werkneemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en slechts voor één of meerdere, maar niet voor al die activiteiten van het werk is verwijderd

De zwangere werkneemster die meerdere activiteiten in loondienst uitoefent en voor wie de schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid slechts betrekking heeft op één of meerdere, maar niet op al die activiteiten, heeft recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt bepaald overeenkomstig de bepalingen van artikel 219^{ter}, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Indien de werkneemster haar activiteit tijdens het tijdvak van facultatieve voorbevallingsrust blijft uitoefenen, wordt die uitkering toegekend (uiterlijk) tot de week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat.

De uitkering bedraagt **60 %** van het gederfde loon bedoeld in artikel 113, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 uit de activiteit waarvan de gerechtigde is verwijderd (meer bepaald het begrensde gemiddeld dagloon).



Voorbeeld:

Een werkneemster Y is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten (werkgever A (forfaitaire bezoldiging van 2.000 EUR per maand) en werkgever B (forfaitaire bezoldiging van 850 EUR per maand)). Bij werkgever A wordt zij vanaf 1 april 2024 volledig van het werk verwijderd.

- Vaststelling van het gederfde loon bij werkgever A:
2.000 EUR / 26 = 76,9231 EUR (< ZIV-loongrens)
- Berekening van de moederschapsuitkering wegens gedeeltelijke werkverwijdering:
60 % van 76,9231 EUR = **46,1539 EUR**

Het ziekenfonds kent deze werkneemster Y tijdens de maand april 2024 een moederschapsuitkering toe waarvan het dagbedrag 46,15 EUR is en die zij cumuleert met haar bezoldiging bij werkgever B.

2.3. Werkneemster die is bevallen of die haar kind borstvoeding geeft – uitoefening van aangepast werk met loonverlies of voortzetting van een activiteit in de loop van een periode van moederschapsbescherming

Het ziekenfonds berekent de moederschapsuitkering, al naargelang van het geval, op basis van artikel 219^{ter}, §1 of §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (*cf. supra*, 2.1. en 2.2.)

3. ZWANGERE WERKNEEMSTER DIE TIJDENS DE PERIODE VAN MOEDERSCHAPS-BESCHERMING DE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT DIE ZIJ ONMIDDELLIJK VÓÓR HET BEGIN VAN DIE PERIODE UITOEFENDE, VOORTZET (ART. 219^{TER}, §5 VAN HET K.B. VAN 03.07.1996)



Voorafgaande opmerking: wat de toepassing van artikel 219^{ter}, §5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 betreft, dient er ook te worden verwezen naar de Omzendbrief V.I. nr. 2022/86 van 14 maart 2022.

3.1. Zwangere werkneemster die volledig van haar activiteit in loondienst is verwijderd

Tot de week die aan de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat, heeft de werkneemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag is vastgesteld op **78,237 %** van het gederfd loon als bedoeld in artikel 113, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (art. 219^{bis}, §1 van het K.B. van 03.07.1996).

Die uitkering wordt met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219^{ter}, §5, vierde lid van het bovenvermeld koninklijk besluit.

3.2. Zwangere werknemster die gedeeltelijk van haar activiteit in loondienst is verwijderd

In dat geval heeft de werknemster recht op een moederschapsuitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van artikel 219^{ter} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Die uitkering wordt met 10 % verminderd, overeenkomstig artikel 219^{ter}, §5, vierde lid van het bovenvermeld koninklijk besluit.

B. Werknemsters in de overheidssector

1. CONTRACTUELE WERKNEMSTERS TEWERKGESTELD IN DE PROVINCIALE EN PLAATSELIJKE OVERHEIDSDIENSTEN

De bepalingen onder punt A voor de werknemers van de privésector zijn eveneens van toepassing op de contractuele werknemers in de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten.

De moederschapsverzekering voor werknemers komt niet tussen ten gunste van de statutaire werknemers (het zijn de overheidsdiensten die hun statutair personeel in geval van werkverwijdering vergoeden).

2. ANDERE CONTRACTUELE WERKNEMSTERS IN DE OVERHEIDSECTOR

Krachtens de bepalingen van de wet van 3 juli 1967 betreffende de preventie van of de schadevergoeding voor arbeidsongevallen, voor ongevallen op de weg naar en van het werk en voor beroepsziekten in de overheidssector neemt de werkgever de vergoeding van deze werknemers ten laste, wanneer de oorzaak van de maatregel van werkverwijdering een beroepsziekerisico is.

Artikel 3^{bis}, derde lid van de voormelde wet van 3 juli 1967 bepaalt dat “onder voorbehoud van de toepassing van een meer gunstige wets- of verordeningsbepaling, de personeelsleden op wie deze wet van toepassing werd verklaard, het voordeel van de bepalingen genieten die door de wetgeving op de schadevergoeding voor beroepsziekten zijn vastgesteld gedurende de periode van tijdelijke volledige ongeschiktheid, wanneer zij, door een beroepsziekte bedreigd of aangetast, tijdelijk hun ambt stopzetten en niet voor andere opdrachten zijn kunnen ingezet worden. *Voor de zwangere werknemster wordt de toepassing van de bepalingen die in geval van tijdelijke volledige ongeschiktheid bepaald zijn, beperkt tot de periode tussen het begin van de zwangerschap en het begin van de zes weken die aan de vermoedelijke datum van de bevalling voorafgaan of van de acht weken wanneer een meerlinggeboorte is voorzien*”.

Wat de situatie **vanaf het begin van de zes weken (acht weken als het gaat om een meerling) voorafgaandelijk de vermoedelijke bevallingsdatum** betreft, kan de betrokkene aanspraak maken op een moederschapsuitkering wegens het nemen van een maatregel van werkverwijdering verbonden met een beroepsziekerisico en dit met een naleving van de administratieve procedure die in het kader van de moederschapsverzekering van toepassing is (*cf.* ook het punt C. hieronder) – het bezorgen van het door de werkgever in te vullen aanvraagformulier en het formulier voor de gezondheidsbeoordeling aan het ziekenfonds (en uiteraard op voorwaarde dat de werkgever de werknemster niet langer vergoedt in het kader van de besliste maatregel van werkverwijdering).

C. Formulieren in te vullen door de werkgever en de preventieadviseur-arbeidsarts

Met het oog op de toekenning van een moederschapsuitkering aan de zwangere of bevallen werknemster of de werknemster die borstvoeding geeft en die in het kader van de arbeidswet van 16 maart 1971 het voorwerp uitmaakt van een maatregel van moederschapsbescherming, moet de werkgever een attest (*cf. bijlage 1*) invullen, waaraan het door de preventieadviseur-arbeidsarts ingevulde formulier voor de gezondheidsbeoordeling (met zijn advies over de te nemen maatregel van moederschapsbescherming) moet worden gehecht, **behalve als de verzekeringsinstelling al in het bezit is van het voornoemde formulier dat de noodzaak van een verwijdering tijdens de pre- en postnatale periode attesteert en dat is bezorgd door de werknemster in het kader van de vraag tot vergoeding van haar prenatale verwijdering.**

In geval van **één enkel medisch onderzoek** dat een verwijdering in de prenatale en postnatale periode vaststelt, moet de werkgever steeds een attest (*cf. bijlage 1*) invullen met het oog op de vergoeding van de prenatale werkverwijdering *of* de postnatale werkverwijdering.

Dit attest moet dus tweemaal worden ingevuld door de werkgever in het kader van de aanvraag tot vergoeding van de prenatale werkverwijdering en in het kader van de aanvraag tot vergoeding van de postnatale werkverwijdering, maar het formulier voor de gezondheidsbeoordeling moet enkel bij dit attest worden gevoegd in het kader van de aanvraag tot vergoeding die wordt ingediend naar aanleiding van de prenatale werkverwijdering.



Opmerkingen:

- het is ook mogelijk dat, in het kader van één enkel medisch onderzoek dat de noodzaak van een werkverwijdering in de prenatale en postnatale periode vermeldt, de verzekeringsinstelling uiteindelijk enkel moet tussenkomen tijdens de postnatale periode omdat de werknemster geen loonverlies heeft geleden in de prenatale periode. In deze situatie zal de werknemster ook het formulier voor de gezondheidsbeoordeling (dat de verzekeringsinstelling niet zal hebben ontvangen in de prenatale periode, aangezien ze in deze periode geen vergoeding heeft moeten betalen) moeten toevoegen bij het attest van de werkgever in het kader van haar aanvraag tot vergoeding van de postnatale werkverwijdering
- ten slotte is het mogelijk dat het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts enkel de noodzaak attesteert om de werknemster tijdens de postnatale periode te verwijderen. In dit geval zullen het attest van de werkgever en het formulier voor de gezondheidsbeoordeling beide worden bezorgd in het kader van de aanvraag tot vergoeding van de postnatale werkverwijdering.

Via een attest van de behandelend arts dat bij het attest van de werkgever moet worden gevoegd, wordt de zwangere werknemster bovendien uitgenodigd om de volgende gegevens mee te delen opdat haar ziekenfonds de aan haar verschuldigde moederschapsuitkering correct kan berekenen:

- de vermoedelijke bevallingsdatum
- of al dan niet de geboorte van een meerling wordt voorzien.

Bij gedeeltelijke werkverwijdering van de werknemster ('aangepaste activiteit met loonverlies') vult de werkgever maandelijks een elektronisch inkomstenattest (ZIMA 002) in om haar ziekenfonds toe te laten haar moederschapsuitkeringen te berekenen ten belope van het loonverlies dat voortvloeit uit de aanpassing van haar arbeidsomstandigheden (*cf. supra, I.A.2.1*).



Opmerking: als een elektronische aangifte niet mogelijk is, vult de werkgever het papieren formulier in (*cf. bijlage 3*).

D. De onthaalmoeders

Sinds 1 januari 2010 worden de onthaalmoeders die het voorwerp uitmaken van een maatregel van volledige werkverwijdering, door hun ziekenfonds vergoed (vóór die datum werden zij door het FBZ, inmiddels FEDRIS geworden, ten laste genomen).

Het gemiddelde dagloon waarop de moederschapsuitkering wegens werkverwijdering (en moederschapsrust) wordt berekend, stemt overeen met 1/26^e van het bedrag van het gewaarborgd gemiddeld minimummaandinkomen dat wordt vermenigvuldigd met een breuk waarvan de teller gelijk is aan het aantal opvangplaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen op het ogenblik dat de maatregel van moederschapsbescherming een aanvang neemt, en waarvan de noemer gelijk is aan het maximale aantal opvangplaatsen die kunnen worden erkend op basis van de voor de bevoegde Gemeenschap geldende reglementering (vgl. art. 45, §3 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Er wordt dus rekening gehouden met de *theoretische opvangcapaciteit* (het aantal plaatsen waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen) en niet met het aantal plaatsen waarvoor tussen de onthaalmoeder en de ouders een overeenkomst is afgesloten.



Opmerking:

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

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

Concreet betekent dit dat de onthaalmoeder aanspraak kan maken op een moederschapsuitkering (in geval van volledige werkverwijdering) die wordt berekend op basis van het bovenvermelde gemiddelde dagloon:

- ten belope van **78,237 %** voor de periode van (volledige) werkverwijdering tijdens de zwangerschap tot de week die voorafgaat aan de vermoedelijke bevallingsdatum
- ten belope van **82 %** tijdens de eerste dertig dagen van de moederschapsrust en ten belope van **75 %** vanaf de 31^e dag van die periode
- ten belope van **60 %** in het geval van werkverwijdering na de bevalling.

Formulier in te vullen met het oog op de vergoeding van de onthaalmoeders

Een specifiek attest moet worden ingevuld door de erkende onthaaldienst (cf. bijlage 2).

Op dit attest, dat door de onthaalmoeder aan haar ziekenfonds moet worden bezorgd, moet de erkende onthaaldienst de genomen maatregel van werkverwijdering, evenals de begin- en einddatum van die maatregel vermelden. De onthaaldienst moet eveneens het aantal opvangplaatsen aangeven waarvoor de onthaalmoeder een erkenning heeft verkregen, evenals het maximale aantal opvangplaatsen dat door de bevoegde Gemeenschap kan worden erkend bij het begin van de periode van moederschapsbescherming (*steeds maximum 4 (cf. supra)*).

De zwangere onthaalmoeder wordt gevraagd de vermoedelijke bevallingsdatum mee te delen (en of al dan niet de geboorte van een meerling wordt verwacht) via een attest van de behandelend arts dat aan het attest van de erkende onthaaldienst moet worden gehecht.

De overige voor de vergoeding noodzakelijke gegevens worden op het inlichtingenblad meege-deeld.

II. Bijzondere situaties

A. Bevoegdheid van de adviserend arts inzake werkverwijdering

Als de adviserend arts meent dat de voorwaarden van de werkverwijdering (maatregel beslist door de werkgever na advies van de preventieadviseur-arbeidsarts) niet zijn vervuld, kan hij contact opnemen met de preventieadviseur-arbeidsarts om de eventuele twijfels uit de weg te ruimen. Dit type van controle zou echter moeten worden voorbehouden voor de gevallen waarin er twijfel bestaat over de gegrondheid van de maatregel van werkverwijdering.

B. Werkverwijdering en activiteit toegelaten door de adviserend arts met toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

B.1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

In de hypothese waarin een werkgever een werkneemster volledig verwijdt in het kader van een deeltijdse activiteit waarvoor zij met toepassing van artikel 100, §2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de toelating van de adviserend arts heeft gehad, zal de betrokkene wegens werkverwijdering worden vergoed (schorsing van de periode van arbeidsongeschiktheid met toepassing van art. 87, vijfde lid of art. 93, derde lid van de voormelde gecoördineerde wet).

Deze moederschapsuitkering zal worden berekend op basis van het gederfde loon dat de werkneemster ontving vóór de aanvang van haar arbeidsongeschiktheid met toepassing van artikel 45, §4 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 (en dit, ongeacht de werkneemster het werk in het kader van het voormelde art. 100, §2 hervat bij haar oude werkgever, dan wel bij een nieuwe werkgever).

Indien de onthaalmoeder in het kader van de toegelaten activiteit volledig van het werk wordt verwijderd, wordt de moederschapsuitkering echter berekend overeenkomstig de bepalingen van artikel 45, §3 van de voormelde Verordening (in aanmerking nemen van de theoretische opvangcapaciteit in het kader van de moederschapsverzekering).

Er dient te worden opgemerkt dat het loon dat door de werkgever aan de werkneemster verschuldigd is in het kader van het medisch onderzoek tot bepaling van de noodzaak van een werkverwijdering (art. 42, §2, van de arbeidswet van 16.03.1971, art. I.4-11, §1, van de Codex over het welzijn op het werk en art. 27, §1, eerste lid, 2^o van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten) principieel wordt berekend op het loon dat voortvloeit uit de toegelaten activiteit.

In de hypothese waarin de werkgever, op basis van het advies van de preventieadviseur-arbeidsarts, heeft bepaald dat de maatregel van werkverwijdering aanvat op de dag van het medisch onderzoek zelf, moet in het kader van de moederschapsverzekering worden beschouwd dat de maatregel in de praktijk aanvat daags na de datum waarop dit medisch onderzoek heeft plaatsgevonden. Voor de dag waarop het medisch onderzoek heeft plaatsgevonden, blijft de betrokkene vergoed in het kader van de toegelaten activiteit en de cumulatieregel bedoeld in artikel 230, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 blijft dus van toepassing (de dag van het medisch onderzoek is dus een dag van arbeidsongeschiktheid in het kader van de uitkeringsverzekering).

B.2. GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING

In het kader van de moederschapsverzekering kunnen zich twee 'types van gedeeltelijke werkverwijdering' (met een vermindering van het totale arbeidsvolume) voordoen :

- in de hypothese waarin een werkgever een werkneemster gedeeltelijk verwijdt (aanpassing van het arbeidsvolume) in het kader van haar enige deeltijdse activiteit waarvoor zij de toelating van de adviserend arts met toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft ontvangen, zal de betrokkene vergoed blijven in het kader van de arbeidsongeschiktheid (met niettemin een aanpassing van de tewerkstellingsbreuk die in het kader van art. 230, § 1 van het K.B. van 03.07.1996 in aanmerking moet worden genomen).

- in de hypothese waarin een werknemers volledig is verwijderd in het kader van één van haar deeltijdse activiteiten waarvoor zij de toelating van de adviserend arts met toepassing van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 heeft ontvangen, zal de betrokkene vergoed blijven in het kader van de arbeidsongeschiktheid (met niettemin een aanpassing van de tewerkstellingsbreuk die in het kader van art. 230, §1 van het K.B. van 03.07.1996 in aanmerking moet worden genomen).

In de twee voormelde hypothesen moet worden aangenomen dat de uitoefening van de toegelaten activiteit primeert op de maatregel van werkverwijdering (aanpassing van het arbeidsvolume van deze toegelaten activiteit).

C. Werkverwijdering en activiteit toegelaten door de adviserend arts met toepassing van (art. 23 of) artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971

C.1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

Als een arbeidsongeschikt erkend zelfstandige de uitoefening van een toegelaten activiteit als werknemers hervat in het kader van artikel 23 of artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en volledig wordt verwijderd in het kader van deze loontrekkende activiteit, zal zij uitkeringen wegens volledige werkverwijdering kunnen genieten die zijn berekend op het loon dat voortvloeit uit deze toegelaten activiteit (toepassing van art. 219bis van het K.B. van 03.07.1996), op voorwaarde dat zij de vereiste wachttijd van zes maanden in het kader van het stelsel van werknemers heeft vervuld (in het tegenovergestelde geval zal de betrokken werknemers worden beschouwd in volledige arbeidsongeschiktheid in het kader van het stelsel van de zelfstandigen).

In deze situatie zal de uitkering wegens werkverwijdering kunnen worden gecumuleerd met de arbeidsongeschiktheidsuitkering en dit binnen de grenzen van artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (voortzetting van de cumulatieregel "art. 28bis").



Voorbeeld:

Een arbeidsongeschikt erkende zelfstandige oefent vanaf 1 augustus 2023 een toegelaten activiteit als werknemers uit op grond van artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (20u/week – 1.600 EUR bruto/maand). Na een medisch onderzoek dat op 29 maart 2024 heeft plaatsgevonden, wordt zij volledig in het kader van deze loontrekkende activiteit verwijderd vanaf 1 april 2024.

Bepaling van de uitkering wegens volledige werkverwijdering (art. 219bis, § 1 van het K.B. van 03.07.1996):

- gederfd loon : 1.600 EUR / 26 = 61,5385 EUR
- uitkering wegens volledige werkverwijdering : 78,237 % van 61,5385 EUR = 48,1459 EUR = 48,15 EUR

Vaststelling van de arbeidsongeschiktheidsuitkering (art. 28bis, §2 van het K.B. van 20.07.1971):

De uitkeringen worden verminderd met 10 % zodra het tijdvak dat is gedekt door de in artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bedoelde toelating van de adviserend arts, een duur van zes maanden bereikt.

De betrokkene heeft de hoedanigheid van samenwonende gerechtigde en kan dus aanspraak maken op een forfaitaire arbeidsongeschiktheidsuitkering van 46,4452 EUR die met 10 % wordt verminderd: 41,80 EUR (voortzetting van de cumulatieregel "art. 28bis").

Voor de dagen van volledige werkverwijdering in het kader van de uitvoering van de toegelaten activiteit, kan zij de uitkeringen wegens volledige werkverwijdering (stelsel voor werknemers) met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (stelsel van de zelfstandigen) cumuleren. Bijvoorbeeld, voor dinsdag 2 april 2024 ontvangt zij een uitkering wegens volledige werkverwijdering van 48,15 EUR **en** een arbeidsongeschiktheidsuitkering van 41,80 EUR.

C.2. GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING

Zoals in geval van de uitoefening van een toegelaten activiteit in het stelsel van de werknemers moet er worden aangenomen dat de uitoefening van de toegelaten activiteit primeert op de maatregel van werkverwijdering. Artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 blijft van toepassing.

D. Situatie van de werkneemster op wie onmiddellijk een maatregel van moederschapsbescherming moet worden toegepast omdat ze dreigt te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld (art. X.5-7 van de codex over het welzijn op het werk)

De maatregel van moederschapsbescherming wordt door de werkgever genomen, op advies van de preventieadviseur-arbeidsarts en wordt vermeld op het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat aan het einde van het medisch onderzoek wordt ingevuld.

De bedoelde hypothese heeft betrekking op de situatie waarin de werkgever onmiddellijk is overgegaan tot de werkverwijdering van de werkneemster, omdat zij dreigde te worden blootgesteld aan een risico waaraan zij niet mag worden blootgesteld, terwijl het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts nog niet heeft plaatsgevonden.

In de meeste gevallen zal de betrokken werkgever reeds een algemene risico-evaluatie hebben uitgevoerd overeenkomstig artikel 41 van de arbeidswet van 16 maart 1971, en dat in samenwerking met de preventieadviseur-arbeidsarts (en de Dienst voor Preventie en Bescherming op het Werk).

Wanneer de werkneemster op wie één van de bepalingen van de artikelen 42 tot 43*bis* van de arbeidswet van 16 maart 1971 van toepassing is, aan een medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts wordt onderworpen (gezondheidstoezicht, zoals dat is vastgesteld in titel IV van boek I van de Codex over het welzijn op het werk), heeft de algemene risico-evaluatie reeds plaatsgevonden. In de meeste gevallen zal de preventieadviseur-arbeidsarts het formulier voor de gezondheidsbeoordeling invullen; dat formulier dient ter verantwoording van de door de werkgever besliste schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of de vrijstelling van arbeid, als bedoeld in de artikelen 42, §1, eerste lid, 3^o en 43, §1, tweede lid, 2^o van de arbeidswet van 16 maart 1971.

In dit geval gaat de maatregel van werkverwijdering in vanaf de onmiddellijke verwijdering van de risicopost en moet de werkgever het loon niet betalen tot de datum waarop het medisch onderzoek plaatsvindt. Dat medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts moet echter zo vlug mogelijk worden uitgevoerd.

De Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg heeft deze werkwijze goedgekeurd en heeft verduidelijkt dat dit onderzoek niet alleen zo snel mogelijk moet plaatsvinden, maar ook dat de werkgever die een werkneemster van haar arbeidspost verwijdert (wegens haar blootstelling aan een risico waarvan de blootstelling is verboden en dat voorkomt in de Bijlage X.5-2 van de Codex over het welzijn op het werk), overleg moet plegen met de preventieadviseur-arbeidsarts (indien nodig telefonisch) om de meest aangepaste maatregel te nemen om de blootstelling van de werkneemster aan het vastgestelde risico te vermijden en eventueel de bevestiging te krijgen dat wel degelijk een beslissing tot werkverwijdering moet worden genomen.

Het is dus het ziekenfonds dat de uitkering voor werkverwijdering moet uitbetalen vanaf de datum waarop de werkgever is overgegaan tot de onmiddellijke verwijdering van de zwangere werkneemster en dat zodra het ziekenfonds het attest van de werkgever en het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat tijdens het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts wordt ingevuld, heeft ontvangen (behalve voor de dag waarop het medisch onderzoek van de werkneemster door de preventieadviseur-arbeidsarts heeft plaatsgehad; die dag wordt immers beschouwd als een arbeidsdag waarvoor de werkgever het normale loon verschuldigd is overeenkomstig art. 42, §2 van de arbeidswet van 16.03.1971 en art. I.4-11, §1, van de Codex over het welzijn op het werk).

Aangezien die documenten in principe binnen de vastgestelde termijn voor de uitbetaling van de moederschapsuitkeringen worden verzonden, zouden er zich geen problemen moeten voordoen.

E. Arbeidsongeschiktheid, gevolgd door een werkverwijdering

E.1. SITUATIE VAN DE ZWANGERE WERKNEEMSTER WAARVOOR DE WERKGEVER, OP BASIS VAN HET ADVIES VAN DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSARTS, HEEFT BESLIST OM EEN MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING TE NEMEN DIE INGAAT OP EEN DATUM IN DE TOEKOMST. DE WERKNEEMSTER WORDT ARBEIDSONGESCHIKT VÓÓR DE VASTGESTELDE INGANGSDATUM VAN DE MAATREGEL VAN WERKVERWIJDERING

In deze situatie is de maatregel van werkverwijdering al beslist door de werkgever na het medisch onderzoek door de preventieadviseur-arbeidsarts (de datum waarop de maatregel van moederschapsbescherming ingaat, bevindt zich in de toekomst en de betrokkene is ondertussen arbeidsongeschikt geworden).

In deze hypothese gaat de maatregel van werkverwijdering in op de door de preventieadviseur-arbeidsarts vastgestelde aanvangsdatum, ook al is de werkneemster op die datum nog arbeidsongeschikt.

Ook al is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen (*behalve* voor de onthaalmoeders - zie art. 45, §4, tweede lid van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997), toch moet het ziekenfonds een nieuwe aanvraag tot het invullen van een inlichtingenblad naar de werkgever opsturen aangezien bepaalde bijkomende inlichtingen vereist zijn (bijvoorbeeld: aangezien de arbeidsovereenkomst om een andere reden wordt geschorst, begint een nieuwe termijn te lopen voor de bezoldiging van de wettelijke feestdagen die ten laste van de werkgever vallen).

Ten slotte dient te worden opgemerkt dat de in de artikelen 114 en 114^{bis} van de gecoördineerde wet bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die in de loop van een tijdvak van arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid of invaliditeit) vallen, het laatstgenoemde tijdvak schorsen (art. 87, vijfde lid en art. 93, derde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). De tijdvakken van moederschapsbescherming worden dus niet in aanmerking genomen om de datum vast te stellen waarop de invaliditeitsperiode ingaat.

E.2. MEDISCH ONDERZOEK UITGEVOERD DOOR DE PREVENTIEADVISEUR-ARBEIDSARTS TIJDENS EEN TIJDVAK VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DAT ONMIDDELLIJK VOORAFGAAT AAN DE PERIODE VAN WERKVERWIJDERING

Overeenkomstig artikel I.4-11, §1 van de Codex over het welzijn op het werk mag de arbeidsarts geen medisch onderzoek uitvoeren tijdens een periode van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst. Dat onderzoek mag slechts worden verricht als de uitvoering van de arbeidsovereenkomst niet langer wegens ongeschiktheid is geschorst.

Er moet dus van worden uitgegaan dat het medisch onderzoek na de arbeidsongeschiktheid heeft plaatsgevonden, namelijk op de eerste dag van de maatregel van werkverwijdering, en dat deze dag door de werkgever is bezoldigd aangezien de dag van het medisch onderzoek als een werkdag wordt beschouwd waarvoor de werkgever het normale loon is verschuldigd (voornoemd art. I.4-11 en art. 42, §2 van de arbeidswet van 16.03.1971). De moederschapsuitkering moet dus voor die dag worden geweigerd.

De maatregel van werkverwijdering mag in principe pas na het einde van de arbeidsongeschiktheid ingaan, aangezien de arbeidsovereenkomst vóór die datum reeds om een andere reden was geschorst, namelijk wegens arbeidsongeschiktheid.

In deze situatie kunnen de moederschapsuitkeringen worden toegekend vanaf de aanvangsdatum van de maatregel van moederschapsbescherming zoals vermeld op het door de werkgever ingevulde attest (met uitzondering van de eerste dag van werkverwijdering die wordt geacht te zijn bezoldigd door de werkgever (dag waarop het medisch onderzoek moest plaatsvinden)).

Voor de berekening van de moederschapsuitkering is het loon dat bij het begin van de werkverwijdering in aanmerking moet worden genomen, het loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in aanmerking is genomen overeenkomstig artikel 45, §4 van de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 (behalve voor de onthaalmoeders voor wie de moederschapsuitkering wordt berekend overeenkomstig de bepalingen van art. 45, §3 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

In geval van één enkel medisch onderzoek dat de werkverwijdering tijdens de prenatale **en** postnatale periode attesteert, kunnen de moederschapsuitkeringen worden toegekend vanaf de datum waarop de maatregel van moederschapsbescherming vermeld op het door de werkgever ingevulde attest begint, met uitzondering van de eerste dag van prenatale werkverwijdering die geacht wordt te zijn betaald door de werkgever (de dag waarop het medisch onderzoek zou hebben moeten plaatsvinden). **De vergoeding voor de periode van postnatale werkverwijdering kan beginnen op de eerste dag van de in dit kader vergoedbare periode, aangezien een tweede medisch onderzoek niet nodig is.**

F. Volledige werkverwijdering en vroegtijdige of laattijdige bevalling

F.1. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING EN VROEGTIJDIGE BEVALLING

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

F.2. VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING EN LAATTIJDIGE BEVALLING

Wanneer het gaat om een volledige werkverwijdering en de betrokkene bevalt later dan de vermoedelijke bevallingsdatum, kan het ziekenfonds een uitkering voor de werkverwijdering toekennen ten belope van 78,237% tot uiterlijk het begin van de week voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum. Gedurende de eerste 30 dagen van de daaropvolgende periode (moederschapsrust) zal de gerechtigde aanspraak kunnen maken op een percentage van 82% en vervolgens vanaf de 31^{ste} dag op een percentage van 75 %.

Er gebeurt dus *geen* regularisatie van de vergoeding van de volledige werkverwijdering en de moederschapsrust in functie van de werkelijke bevallingsdatum (meer bepaald een vergoeding tot een week voorafgaandelijk de werkelijke bevallingsdatum). Overeenkomstig artikel 39, tweede lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 mag de werkneemster immers geen arbeid verrichten vanaf de zevende dag die de vermoedelijke datum van de bevalling voorafgaat. Gelet op dit arbeidsverbod is het specifieke risico van blootstelling aan agentia, procédés of arbeidsomstandigheden dat de door de werkgever genomen maatregel van moederschapsbescherming rechtvaardigt, dus niet langer aanwezig. De maatregel van moederschapsbescherming (werkverwijdering) eindigt dus altijd (uiterlijk) één week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum.

G. Vergoeding van een werknemers die bij een werkgever van het werk is verwijderd en vervolgens ongeschikt is erkend om te werken bij de andere werkgever

Krachtens de bepalingen van artikel 219^{ter}, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 geniet de werknemers die twee betrekkingen in loondienst uitoefent en die slechts voor één van deze twee betrekkingen van het werk verwijderd wordt, een uitkering ten belope van 60% van het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de activiteit waarvan zij is verwijderd.

Als de werknemers ongeschikt is erkend om de activiteit verder te zetten waarin zij niet van het werk is verwijderd, blijft zij gedurende de periode van gewaarborgd loon aanspraak maken op een moederschapsuitkering die is berekend op grond van de bepalingen van artikel 219^{ter}, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. -

Als de werknemers bij het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon het werk niet meer hervat wegens arbeidsongeschiktheid, zou zij in deze situatie vanaf het begin van haar arbeidsongeschiktheid niet meer kunnen worden beschouwd als zich bevindend in een periode van moederschapsbescherming. In dat geval kan de werknemers aanspraak maken op *arbeidsongeschiktheidsuitkeringen*, berekend op basis van het gederfd loon dat voortvloeit uit deze twee betrekkingen. Voor de periode gedekt door het gewaarborgd loon kan zij slechts aanspraak maken, in toepassing van artikel 242, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, op een arbeidsongeschiktheidsuitkering berekend op basis van het gederfd loon bij de andere werkgever.

H. Vergoeding van een werknemers die bij een werkgever gedeeltelijk van het werk is verwijderd en vervolgens arbeidsongeschikt is erkend

Deze werknemers geniet op grond van artikel 219^{ter}, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gedurende de gedeeltelijke werkverwijdering een uitkering waarvan het bedrag wordt vastgesteld op 60 % van het verschil, tussen, enerzijds, het gederfde loon dat zij verdiende vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden of vóór de verandering van de arbeidsplaats en, anderzijds, het bedrag van het in werkdagen gewaardeerde beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats (*cf. supra* I.2.1.).

Wanneer de betrokkene arbeidsongeschikt wordt tijdens de periode van gedeeltelijke werkverwijdering, is de werkgever gewaarborgd loon verschuldigd dat is berekend op het loon dat zij heeft ontvangen in het kader van de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of risicogebonden werktijden of na de verandering van de arbeidsplaats.

Dit gewaarborgd loon vormt een beroepsinkomen, dat de gerechtigde ontvangt, hetzij na de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, hetzij na de verandering van de arbeidsplaats en komt dus in aanmerking om de voormelde verschilregel toe te passen.

Als de werknemers bij het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon het werk niet meer hervat wegens arbeidsongeschiktheid, moet zij na het verstrijken van het door het gewaarborgde loon gedekte tijdvak als arbeidsongeschikt worden beschouwd op voorwaarde dat zij de voorwaarden tot erkenning van deze arbeidsongeschiktheid vervult (*vgl.* art. 100, §1 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). In dat geval berekent het ziekenfonds de arbeidsongeschiktheidsuitkering op het gederfde loon zoals bepaald op de eerste dag van de periode van werkverwijdering (*vgl.* art. 33, §2 van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

In geval van een arbeidsongeschiktheid die te wijten is aan een arbeidsongeval, wordt de daguitkering verschuldigd op grond van de arbeidsongevallenwetgeving gedeeltelijk op een hypothetisch loon berekend, namelijk op het loon dat overeenstemt met de situatie vóór de aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden of vóór de verandering van de arbeidsplaats (*cf.* ook art. 22, art. 34 en art. 36 van de arbeidsongevallenwet van 10.04.1971). De van het werk verwijderde werknemers moet als arbeidsongeschikt worden beschouwd vanaf de dag van het ongeval.

I. Impact van het einde van de arbeidsovereenkomst op de vergoeding van de maatregel van werkverwijdering

I.1. EÉN ENKELE ARBEIDSOVEREENKOMST EN 'VOLLEDIGE/GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING'

De vergoeding van de werkverwijdering neemt een einde daags na de datum waarop de betrokken overeenkomst beëindigd is.

I.2. VERSCHILLENDE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN EN 'VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING' – ENKEL ÉÉN VAN DE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN EINDIGT

De beslissing van de Technische Ziekenfondsraad van 8 oktober 2003 dient te worden toegepast (cf. de nota 2003/08 van 04.09.2003), die de voortzetting van de vergoeding op basis van het geheel van de arbeidsovereenkomsten toelaat en dit tot, in voorkomend geval, het einde van alle betrokken arbeidsovereenkomsten.



Voorbeeld:

Een werknemer is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten voor een bepaalde duur (de overeenkomst A eindigt op 30.06.2024 en de overeenkomst B eindigt op 31.08.2024). Zij wordt volledig van het werk verwijderd in het kader van deze twee arbeidsovereenkomsten vanaf 1 juni 2024. Met toepassing van artikel 219^{bis}, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 kan zij tot en met 31 augustus 2024 aanspraak maken op uitkeringen wegens volledige werkverwijdering die worden berekend op het gederfde loon dat voortvloeit uit deze twee arbeidsovereenkomsten, meer bepaald een uitkering wegens werkverwijdering die gelijk is aan 78,237 % van het gederfde loon van de arbeidsovereenkomsten A en B.



Opmerking: als één van de twee arbeidsovereenkomsten afloopt tijdens de prenatale werkverwijdering of tijdens de moederschapsrust en de werknemer is het voorwerp van een maatregel van postnatale werkverwijdering in het kader van de arbeidsovereenkomst die niet is beëindigd, wordt de werknemer alleen vergoed op basis van die arbeidsovereenkomst (en niet op basis van de tweede arbeidsovereenkomst die is beëindigd tijdens de prenatale werkverwijdering of de moederschapsrust).

De voormalige werkgever van de werknemer heeft immers geen beslissing hoeven te nemen over een eventuele werkverwijdering tijdens de postnatale periode, aangezien haar arbeidsovereenkomst al voordien is beëindigd.

I.3. VERSCHILLENDE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN EN 'GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING'

• Twee arbeidsovereenkomsten en volledige werkverwijdering in het kader van één van de twee

Als de arbeidsovereenkomst eindigt in het kader waarvan de werknemer volledig van het werk is verwijderd, eindigt de vergoeding van de maatregel van werkverwijdering vanaf de dag volgend op de datum waarop deze overeenkomst een einde heeft genomen (stopzetting van de toekenning van de uitkeringen wegens werkverwijdering berekend overeenkomstig art. 219^{ter}, §2 van het K.B. van 03.07.1996).

Als de arbeidsovereenkomst eindigt in het kader waarvan de werknemer niet volledig van het werk is verwijderd, zal de betrokkene worden beschouwd en vergoed, zoals in volledige werkverwijdering (art. 219^{bis} van het K.B. van 03.07.1996) vanaf de dag volgend op de datum waarop deze overeenkomst een einde heeft genomen (en niet langer in gedeeltelijke werkverwijdering – art. 219^{ter}, §2 van het K.B. van 03.07.1996).

> *Voorbeeld:*

Een werknemster (bediende) is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten (een overeenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 1.200 EUR bruto en een overeenkomst bij een werkgever B met een maandsalaris van 1.000 EUR bruto). Zij wordt enkel vanaf 1 april 2024 volledig van het werk verwijderd in het kader van de overeenkomst bij werkgever A. De overeenkomst bij werkgever B eindigt op 31 mei 2024 (= laatste dag van de overeenkomst).

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219^{ter}, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

60 % (1.200 EUR / 26) = 27,6923 EUR = 27,69 EUR

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van artikel 219^{bis}, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

78,237 % (1.200 EUR / 26) = 36,1093 EUR = 36,11 EUR

• **Twee arbeidsovereenkomsten en gedeeltelijke werkverwijdering in het kader van één van de twee**

Als de arbeidsovereenkomst eindigt in het kader waarvan de gerechtigde gedeeltelijk van het werk is verwijderd, eindigt de maatregel van werkverwijdering eveneens op de dag volgend op de datum waarop deze arbeidsovereenkomst een einde heeft genomen.

Als de overeenkomst eindigt in het kader waarvan de gerechtigde niet gedeeltelijk van het werk is verwijderd, zal de gerechtigde nog altijd in gedeeltelijke werkverwijdering worden vergoed (enkel een toepassing van art. 219^{ter}, §1 van het K.B. van 03.07.1996 – art. 219^{ter}, §2 is niet langer van toepassing) vanaf de dag volgend op de datum waarop deze overeenkomst een einde heeft genomen.

> *Voorbeeld:*

Een werknemster (bediende) is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten (een overeenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 1.200 EUR bruto en een overeenkomst bij een werkgever B met een maandsalaris van 1.000 EUR bruto). Zij wordt enkel vanaf 1 april 2024 gedeeltelijk in het kader van de overeenkomst bij werkgever A van het werk verwijderd (aanpassing van haar werkpost – maandsalaris van 800 EUR bruto). De overeenkomst bij werkgever B eindigt op 31 mei 2024 (= laatste dag van de overeenkomst).

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219^{ter}, §1 en §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

60 % ((1.200 EUR / 26) - [800 EUR / 26]) = 60 % (46,1538 EUR - 30,7692 EUR) = 9,2308 EUR = 9,23 EUR

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van artikel 219^{ter}, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

60% ((1.200 EUR / 26) - [800 EUR / 26]) = 60 % (46,1538 EUR - 30,7692 EUR) = 9,2308 EUR = 9,23 EUR

J. Impact van de uitoefening van een nieuwe loontrekkende tewerkstelling (die geen risico vormt voor de gezondheid van de werknemster en van haar kind) tijdens een maatregel van volledige of gedeeltelijke werkverwijdering

J.1. EÉN ENKELE OVEREENKOMST EN VOLLEDIGE WERKVERWIJDERING

Als de volledig van het werk verwijderde werknemster de uitoefening van een andere activiteit hervat die geen risico vormt voor haar gezondheid en die van haar kind, zal zij dus worden vergoed (enkel in geval van loonverlies) in het kader van de gedeeltelijke werkverwijdering (toepassing van art. 219^{ter}, §1 van het K.B. van 03.07.1996 in plaats van art. 219^{bis} van dit K.B.).



Voorbeeld:

Een werknemer (bediende) is verbonden door een arbeidsovereenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 2.800 EUR bruto en zij wordt in het kader van deze overeenkomst volledig van het werk verwijderd vanaf 1 april 2024. Zij hervat het werk bij een werkgever B (maandsalaris van 2.000 EUR bruto) vanaf 1 juni 2024.

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219bis, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$78,237 \% (2.800 \text{ EUR} / 26) = 84,2552 \text{ EUR} = 84,26 \text{ EUR}$

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [2.000 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 76,9231 \text{ EUR}) = 18,4615 \text{ EUR} = 18,46 \text{ EUR}$



Opmerking: Indien de betrokken werknemer ziek wordt in het kader van de activiteit uitgeoefend bij de nieuwe werkgever, blijft het voormelde artikel 219ter, § 1, van toepassing tijdens de periode van gewaarborgd loon en moet zij na afloop van de periode van gewaarborgd loon worden vergoed in het kader van de volledige werkverwijdering (rekening houdend met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking werd genomen op de datum van het begin van de volledige werkverwijdering bij de werkgever A afhankelijk van de eventuele stabiliteit van de tewerkstelling).

J.2. EÉN ENKELE OVEREENKOMST EN GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING

Als de gedeeltelijk van het werk verwijderde werknemer de uitoefening van een andere activiteit hervat die geen risico vormt voor haar gezondheid en die van haar kind, zal zij dus blijven worden vergoed (enkel in geval van loonverlies) in het kader van de gedeeltelijke werkverwijdering (toepassing van art. 219ter, §1 van het K.B. van 03.07.1996).



Voorbeeld:

Een werknemer (bediende) is verbonden door een arbeidsovereenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 2.800 EUR bruto en zij wordt in het kader van deze overeenkomst gedeeltelijk van het werk verwijderd vanaf 1 april 2024 (aanpassing van haar werkpost met loonverlies – maandsalaris van 800 EUR bruto). Zij hervat het werk bij een werkgever B (maandsalaris van 1.000 EUR) vanaf 1 juni 2024.

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [800 \text{ EUR} / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 46,1539 \text{ EUR} = 46,15 \text{ EUR}$

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van 219ter, §1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60 \% ([2.800 \text{ EUR} / 26] - [(800 \text{ EUR} + 1.000 \text{ EUR}) / 26]) = 60 \% (107,6923 \text{ EUR} - 69,2308 \text{ EUR}) = 23,0769 \text{ EUR} = 23,08 \text{ EUR}$



Opmerking: Indien de betrokken werknemer ziek wordt in het kader van de activiteiten uitgeoefend bij de twee werkgevers, blijft het voormelde artikel 219ter, § 1, van toepassing tijdens de periode van gewaarborgd loon en moet zij na afloop van de periode van gewaarborgd loon worden vergoed in het kader van de arbeidsongeschiktheid (rekening houdend met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking werd genomen op de datum van het begin van de gedeeltelijke werkverwijdering bij de werkgever A afhankelijk van de eventuele stabiliteit van de tewerkstelling).

J.3. VERSCHILLENDE ARBEIDSOVEREENKOMSTEN EN 'GEDEELTELIJKE WERKVERWIJDERING'

• Twee arbeidsovereenkomsten en volledige werkverwijdering in het kader van één van de twee arbeidsovereenkomsten

Als de in het kader van één van haar twee arbeidsovereenkomsten volledig van het werk verwijderde werknemer de uitoefening van een andere activiteit hervat die geen risico vormt voor haar gezondheid en die van haar kind, zal zij dus worden vergoed (enkel in geval van loonverlies) in het kader van de gedeeltelijke werkverwijdering (toepassing van art. 219ter, §1 en §2 van het K.B. van 03.07.1996).

> Voorbeeld:

Een werknemer (bediende) is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten (een overeenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 1.600 EUR bruto en een overeenkomst bij een werkgever B met een maandsalaris van 1.000 EUR bruto). Zij wordt enkel volledig van het werk verwijderd in het kader van de overeenkomst bij de werkgever A vanaf 1 april 2024. Zij hervat nog een andere activiteit bij een werkgever C vanaf 1 juni 2024 (maandsalaris van 500 EUR bruto).

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60\% \left(\left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) \right) = 60\% (61,5385 \text{ EUR}) = 36,9231 \text{ EUR} = 36,92 \text{ EUR}$

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §1 en §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60\% \left(\left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) - \left[\frac{500 \text{ EUR}}{26} \right] \right) = 60\% (61,5385 \text{ EUR} - 19,2308 \text{ EUR}) = 25,3846 \text{ EUR} = 25,38 \text{ EUR}$

! **Opmerking:** Indien de betrokken werknemer ziek wordt in het kader van de activiteiten uitgeoefend bij de twee werkgevers (werkgever B + werkgever C), blijft het voormelde artikel 219ter, §1 en §2, van toepassing tijdens de periode van gewaarborgd loon en moet zij na afloop van de periode van gewaarborgd loon worden vergoed in het kader van de arbeidsongeschiktheid (rekening houdend met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking werd genomen bij het begin van de werkverwijdering bij de werkgever A en op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid bij de werkgever B - afhankelijk van de eventuele stabiliteit van de betrokken tewerkstelling).

• Twee arbeidsovereenkomsten en gedeeltelijke werkverwijdering in het kader van één van de twee arbeidsovereenkomsten

Als de in het kader van één van haar twee arbeidsovereenkomsten gedeeltelijk van het werk verwijderde werknemer de uitoefening van een andere activiteit hervat die geen risico vormt voor haar gezondheid en die van haar kind, blijft zij vergoed worden (enkel in geval van loonverlies) in het kader van de gedeeltelijke werkverwijdering (toepassing van art. 219ter, §1 en §2 van het K.B. van 03.07.1996).

> Voorbeeld:

Een werknemer (bediende) is verbonden door twee arbeidsovereenkomsten (een overeenkomst bij een werkgever A met een maandsalaris van 1.600 EUR bruto en een overeenkomst bij een werkgever B met een maandsalaris van 1.000 EUR bruto). Zij wordt enkel gedeeltelijk van het werk verwijderd in het kader van de overeenkomst bij de werkgever A vanaf 1 april 2024 (aanpassing van haar werkpost met loonverlies – maandsalaris van 800 EUR bruto). Zij hervat nog een andere activiteit bij een werkgever C vanaf 1 juni 2024 (maandsalaris van 500 EUR bruto).

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 april 2024 tot en met 31 mei 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §1 en §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60\% \left(\left(\frac{1.600 \text{ EUR}}{26} \right) - \left[\frac{800 \text{ EUR}}{26} \right] \right) = 60\% (61,5385 \text{ EUR} - 30,7692 \text{ EUR}) = 18,4616 \text{ EUR} = 18,46 \text{ EUR}$

Vergoeding tijdens de periode vanaf 1 juni 2024:

Toepassing van artikel 219ter, §1 en §2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:

$60 \% [(1.600 \text{ EUR} / 26) - [(800 \text{ EUR} + 500 \text{ EUR}) / 26]] = 60 \% (61,5385 \text{ EUR} - 50,0000 \text{ EUR}) = 6,9231 \text{ EUR} = 6,92 \text{ EUR}$



Opmerking: Indien de betrokken werkneemster ziek wordt in het kader van de activiteiten uitgeoefend bij de drie werkgevers, blijft het voormelde artikel 219ter, § 1 en §2, van toepassing tijdens de periode van gewaarborgd loon en moet zij na afloop van de periode van gewaarborgd loon worden vergoed in het kader van de arbeidsongeschiktheid (rekening houdend met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking werd genomen bij het begin van de werkverwijdering bij de werkgever A en op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid bij de werkgever B - afhankelijk van de eventuele stabiliteit van de betrokken tewerkstelling).

K. Uitoefening van een nieuwe activiteit als zelfstandige in bijberoep tijdens een periode van volledige of gedeeltelijke werkverwijdering

Krachtens artikel 219ter, §5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 zijn de uitkeringen wegens werkverwijdering niet verschuldigd aan de gerechtigden die een nieuwe activiteit als zelfstandige aanvangen tijdens een periode van volledige of gedeeltelijke werkverwijdering.

De voortzetting van een dergelijke activiteit – al uitgeoefend vóór het begin van de maatregel van volledige of gedeeltelijke werkverwijdering – verhindert daarentegen niet de voortzetting van de vergoeding.

L. Tijdelijke leerkracht die tijdens het schooljaar volledig of gedeeltelijk van het werk is verwijderd en niet tijdens de periode van de zomervakantie – uitgestelde bezoldiging

De geheel of gedeeltelijk van het werk verwijderde tijdelijke leerkracht wier tewerkstelling eindigt aan het einde van het schooljaar (bijv. op 30.06), zal niet langer worden vergoed in het kader van haar werkverwijdering vanaf de dag na de einddatum van haar tewerkstelling. Zij geniet dus, in voorkomend geval, de uitgestelde bezoldiging of werkloosheidsuitkeringen.

In geval van een nieuwe tewerkstelling die aanvat bij het begin van het volgende schooljaar (bijv. op 1.09) en die opnieuw een volledige of gedeeltelijke werkverwijdering rechtvaardigt, zal de betrokkene opnieuw de vergoeding van haar volledige of gedeeltelijke werkverwijdering door de moederschapsverzekering genieten.

III. Inwerkingtreding

Deze Omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 1 april 2024.

Vervangt omzendbrief nr. 2022/114 van 29 maart 2022.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/107 – 409/4 en 9/8 van 17 april 2024.

III. Het stelsel van toegelaten activiteit in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

In het Belgisch Staatsblad van 12 maart 2024 is het koninklijk besluit van 3 maart 2024 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 gepubliceerd.

Met ingang van 1 april 2024 bepaalt dit koninklijk besluit de opheffing van het duale systeem van toegelaten activiteit. Enkel de toelating voorzien in artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 wordt behouden.

I. Reglementering vóór 1 april 2024: het duale stelsel van toegelaten activiteit in functie van de eventuele mogelijke volledige re-integratie van de arbeidsongeschikte zelfstandige gerechtigde

Bij het verlenen van een toelating diende de adviserend arts steeds na te gaan of via deze toegelaten activiteit de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde nog kon worden verwezenlijkt.

Afhankelijk van dit wezenlijke criterium gold namelijk een onderscheiden regeling:

- de toegelaten activiteit had de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige tot doelstelling: een toelating op basis van artikel 23 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (**de toelating 'artikel 23'**)
- de toegelaten activiteit was niet gericht op de volledige re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige: een toelating op grond van artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (**de toelating 'artikel 23*bis*'**).

De verschillende kenmerken van het duale systeem kunnen als volgt worden samengevat:

	toelating "artikel 23"	toelating "artikel 23 <i>bis</i> "
Volledige re-integratie als doelstelling?	ja	nee
Welke activiteit?	om het even welke activiteit is mogelijk	om het even welke activiteit is mogelijk
Te vervullen criteria?	• betrokkene is arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 19 (primaire ongeschiktheid) of artikel 20 (invaliditeit) • activiteit is verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand	• betrokkene is arbeidsongeschikt zoals bedoeld in artikel 19 (primaire ongeschiktheid) of artikel 20 (invaliditeit) • activiteit is verenigbaar met de algemene gezondheidstoestand
Wie kan de toelating verstrekken?	adviserend arts / (medewerker van het multidisciplinaire team)	adviserend arts / (medewerker van het multidisciplinaire team)
Duur?	per toelating maximaal zes maanden, verlengbaar tot maximaal achttien maanden	geen welbepaalde tijdsbeperking; wel controle van de staat van arbeidsongeschiktheid principieel om de zes maanden
Wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid?	ja (geen evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid tijdens het tijdvak van de toelating mogelijk)	neen (steeds een evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid tijdens het tijdvak van de toelating mogelijk)

II. Reglementering vanaf 1 april 2024: de toegelaten activiteit "artikel 23bis"

De adviserend arts kan de toelating verstrekken aan de betrokkene die arbeidsongeschikt is erkend overeenkomstig artikel 19 of 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

In geval van een vraag tot verlenging van een eerder verstrekte toelating beschikt ook de medewerker van het multidisciplinaire team over de bevoegdheid om de toelating te verlengen.¹

Elke toelating wordt toegekend en, in voorkomend geval, hernieuwd voor *een beperkte duur die geen twee jaar overschrijdt*.

De adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team kan de toelating slechts verlenen op voorwaarde dat **de activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand** van de betrokkene.

Gedurende de hele duur van de toelating dient de verzekerde te beantwoorden aan de toepasselijke criteria van arbeidsongeschiktheid (voorwaarden van art. 19 van het K.B. van 20.07.1971 tijdens de primaire ongeschiktheid en criteria van art. 20 van het K.B. van 20.07.1971 gedurende de invaliditeit).

Er geldt tijdens het tijdvak gedekt door de toelating 'artikel 23bis' dus **geen** wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid. Zodra het bevoegde medische orgaan vaststelt dat de betrokkene niet langer beantwoordt aan de toepasselijke voorwaarden van arbeidsongeschiktheid, moet de arbeidsongeschiktheid worden beëindigd (zelfs *tijdens* de periode van toegelaten activiteit).

III. Aangifte van de werkhervatting en verkrijgen van de toelating van de adviserend arts: procedure

3.1. Formaliteiten te verrichten door de zelfstandig gerechtigde

De gerechtigde is verplicht om, *voorafgaandelijk*, iedere hervatting van een activiteit tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid aan zijn ziekenfonds aan te geven. Dit moet gebeuren *uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de activiteitshervatting*.

De gerechtigde die tijdens zijn arbeidsongeschiktheid een (beroeps)activiteit wenst te hervatten, moet tevens een aanvraag tot toelating om die activiteit uit te oefenen, bij de adviserend arts van zijn ziekenfonds indienen, en dit *uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting*.

Zowel deze aangifte van de werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid als deze aanvraag tot toelating aan de adviserend arts moeten via een **uniek formulier** worden ingediend. Dit unieke formulier bestaat uit twee delen:

- een *luik "aangifte"* dat bestemd is voor de administratieve dienst van het ziekenfonds en
- een *luik "toelating"* dat bestemd is voor de adviserend arts van het ziekenfonds.

1. Slechts vanaf 1 juli 2024 voor de gerechtigden van wie de periode van primaire ongeschiktheid vóór 1 januari 2024 is aangevat.

Dit unieke formulier bevat meerdere vragen waarvoor de gerechtigde het antwoord moet aankruisen dat bij zijn situatie past en/of de gevraagde informatie moet invullen, met name: het werkvolume in het kader van de hervatting, de omschrijving van de taken die moeten worden vervuld, het werkrooster, de gegevens van de werkgever bij wie de gerechtigde het aangepaste werk hervat (indien het zou gaan om een hervatting van een loontrekkende activiteit) en de gegevens van de behandelend arts en de arbeidsarts (indien het zou gaan om een hervatting van een loontrekkende activiteit).

Dit naar behoren ingevulde formulier stelt de adviserend arts van het ziekenfonds in staat om zich met kennis van zaken uit te spreken over de (niet-)toekenning van de toelating om tijdens de arbeidsongeschiktheid een activiteit te hervatten.

Als de gerechtigde het formulier inzake de aangifte van de werkhervatting en de aanvraag tot toelating *via de post* aan het ziekenfonds heeft bezorgd *én* op voorwaarde dat dit formulier ondertekend is uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan die hervatting, wordt het formulier geacht tijdig te zijn verzonden als de poststempel is aangebracht **uiterlijk de vijfde werkdag** volgend op de eerste werkdag die onmiddellijk aan die hervatting voorafgaat (in het kader van deze termijn van vijf werkdagen is een “werkdag” elke dag, behalve de zondagen en de wettelijke feestdagen).

Wanneer de poststempel ontbreekt of de poststempel onvoldoende leesbaar is, is het formulier tijdig verzonden als de ontvangstdatum door het ziekenfonds uiterlijk de vijfde werkdag is die volgt op de eerste werkdag die onmiddellijk aan die werkhervatting voorafgaat.

Bijzondere situaties:

1) de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 (activiteit in de sport- en socioculturele sector) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd:

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

2) de uitoefening van een activiteit in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 7 mei 2004 tot oprichting van het intern verzelfstandigd agentschap met rechtspersoonlijkheid “Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap”) of via een persoonsvolgend budget (overeenkomstig het decreet van de Vlaamse Gemeenschap van 25.04.2014 houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en ondersteuning voor personen met een handicap) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd:

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

3.2. Beslissing van de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team

Op grond van het door de gerechtigde behoorlijk ingevulde unieke formulier en de gegevens van het medische dossier, onderzoekt de adviserend arts van het ziekenfonds de aanvraag tot toelating om het werk tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten.

De adviserend arts van het ziekenfonds moet zijn beslissing nemen:

- *uiterlijk* de dertigste werkdag vanaf de eerste dag van de hervatting van de activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid (algemene regel)
- *uiterlijk* de dertigste werkdag te rekenen vanaf de aangifte en de aanvraag tot toelating wanneer het gaat om

=> de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 die de betrokkene heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd;

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

Voor de gerechtigde is het immers belangrijk om zo snel mogelijk zekerheid te krijgen over zijn situatie (juridische zekerheid) en over de (on)verenigbaarheid van die hervatting met zijn algemene gezondheidstoestand.

Wanneer de adviserend arts van het ziekenfonds zijn toelating verleent om een aangepaste werkzaamheid tijdens de arbeidsongeschiktheid te hervatten, wordt het formulier met de toelating binnen zeven kalenderdagen vanaf de beslissing via de post ter kennis van de gerechtigde gebracht. Indien de adviserend arts een medisch onderzoek heeft uitgevoerd om een beslissing te nemen, kan het formulier met de toelating na afloop van het medisch onderzoek aan de gerechtigde worden bezorgd.

De toelating van de adviserend arts moet de aard, het volume en de uitoefeningsvoorwaarden van de toegelaten beroepsactiviteit tijdens de arbeidsongeschiktheid vermelden.

De adviserend arts vermeldt ook de precieze duur van de verstrekte toelating die maximaal twee jaar bedraagt.

De toelating wordt in het medisch en het administratief dossier van de gerechtigde in het ziekenfonds opgenomen.

Het ziekenfonds moet het RIZIV via een *elektronisch bericht* (flux RTTP) de gegevens van die toelating bezorgen.



Opmerking: De voormelde principes zijn ook van toepassing bij een vraag tot verlenging van een eerder verstrekte toelating en deze verlenging kan ook door de medewerker van het multidisciplinaire team worden toegestaan.

3.3. Uitvoering van een medisch onderzoek door de adviserend arts (of een fysiek contact door de medewerker van het multidisciplinaire team) met het oog op de beslissing inzake de eventuele toelating om de activiteit te hervatten

Om de uniformiteit en de objectiviteit in de behandeling van de aanvragen tot toelating te waarborgen, gelden de volgende *guidelines* (richtlijnen) om de situaties te omschrijven waarin een medisch onderzoek noodzakelijk is:

- a) Over het algemeen geldt dat indien de adviserend arts (of de medewerker van het multidisciplinaire team) op basis van het onderzoek van het dossier van de gerechtigde (aanvraag tot toelating tot uitoefening van een activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid) *niet* met zekerheid kan vaststellen dat is voldaan aan de vereiste voorwaarden van artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (in het bijzonder de voorwaarden van, naargelang het geval, art. 19 of art. 20 van het K.B. van 20.07.1971 en de verenigbaarheid van de hervatting van de activiteit met de algemene gezondheidstoestand van de zelfstandige gerechtigde), *de adviserend arts (of de medewerker van het multidisciplinaire team) deze gerechtigde aan een medisch onderzoek (fysiek contact) zal onderwerpen.*

Indien de adviserend arts tijdens dat medisch onderzoek vaststelt dat de hervatting van de activiteit niet verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de zelfstandige gerechtigde, brengt hij een beslissing tot weigering van de toelating ter kennis van de gerechtigde, op grond van artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

Indien de adviserend arts tijdens dat medisch onderzoek vaststelt dat niet (of niet langer) voldaan is aan de in artikel 19 of artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bedoelde voorwaarden, brengt hij een beslissing tot einde van de erkenning van de staat van arbeidsongeschiktheid ter kennis van de gerechtigde op grond van, naargelang het geval, artikel 19 of artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

- b) Een medisch onderzoek is steeds vereist in de situaties waarin de adviserend arts een *beslissing tot weigering van de toelating tot werkhervatting of tot het einde van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid moet nemen.*
- c) Het medisch onderzoek is ook steeds noodzakelijk wanneer de gerechtigde zijn hervatting van de activiteit tijdens zijn arbeidsongeschiktheid *binnen een termijn van meer dan veertien kalenderdagen* te rekenen vanaf voormelde hervatting heeft aangegeven (net zoals in de gevallen van werkhervatting zonder toelating). In die situaties zijn immers de bepalingen van *artikel 23ter van het koninklijk besluit van 20 juli 1971* van toepassing tot de datum waarop de beslissing van de adviserend arts uitwerking heeft. Krachtens die bepaling wordt de gerechtigde onderworpen aan een medisch onderzoek om na te gaan of op de datum van het onderzoek en nadien de voorwaarden van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid zijn vervuld.
- d) Wanneer de *aanvraag tot toelating tot werkhervatting* betrekking heeft op de uitoefening van een activiteit *binnen een periode van minder dan vier weken* te rekenen vanaf de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, zal de adviserend arts de gerechtigde onderwerpen aan een medisch onderzoek om zich ervan te vergewissen dat de gerechtigde voldoet aan de in artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bedoelde voorwaarden.

3.4. Gevolgen van een laattijdige aangifte door de gerechtigde van zijn hervatting van de activiteit tijdens de ongeschiktheid

Er dient een onderscheid te worden gemaakt tussen enerzijds een aangifte en aanvraag tot toelating binnen een termijn van veertien kalenderdagen vanaf de hervatting en anderzijds een aangifte en aanvraag tot toelating na een termijn van veertien kalenderdagen vanaf de hervatting.

3.4.1. LAATTIJDIGE AANGIFTE BINNEN EEN TERMIJN VAN VEERTIEN KALENDERDAGEN VANAF DE HERVATTING

De gerechtigde die de aangifteformaliteiten van de aangepaste werkhervatting (en de aanvraag tot toelating) laattijdig heeft verricht, maar toch binnen veertien kalenderdagen vanaf de hervatting, wordt hiervoor gesanctioneerd door een vermindering met 10 % van het dagbedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering (berekend overeenkomstig de cumulatieregel zoals bedoeld in art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971).

Met andere woorden, de gerechtigde kan in die situatie arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ontvangen die berekend zijn overeenkomstig de cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, *na een vermindering van 10 % van het dagbedrag van de uitkering*. Die vermindering van 10 % is van toepassing vanaf de eerste dag van de werkhervatting tot en met de dag van de verzending van het unieke formulier (de datum van de poststempel geldt als bewijs) of de afgifte van het unieke formulier aan het ziekenfonds (tegen ontvangstbewijs).



Opmerking: Indien de gerechtigde de aangifteformaliteiten en de aanvraag tot toelating verricht binnen een termijn van veertien kalenderdagen vanaf de hervatting ingevolge een vaststelling van de niet-toegelaten werkhervatting door de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV (enquêtes op het terrein door sociaal controleurs of datamatching) of door het ziekenfonds, zijn evenwel de normale bepalingen met betrekking tot de vaststelling van een niet-toegelaten activiteit van toepassing (vgl. ook de situatie bedoeld onder 2.4.2.).

3.4.2. LAATTIJDIGE AANGIFTE BUITEN EEN TERMIJN VAN VEERTIEN KALENDERDAGEN VANAF DE HERVATTING

Indien de gerechtigde de aangifteformaliteiten (en de aanvraag tot toelating) meer dan veertien kalenderdagen vanaf de hervatting heeft verricht, zijn *de bepalingen van artikel 23ter van het koninklijk besluit van 20 juli 1971* van toepassing vanaf de eerste dag van de hervatting tot de datum waarop de beslissing van de adviserend arts uitwerking heeft.

In dit geval moet de adviserend arts zo snel mogelijk de arbeidsongeschiktheid onderzoeken (binnen dertig werkdagen vanaf de aangifte van de werkhervatting) en wordt het onverschuldigde bedrag beperkt tot enkel de werkdagen of de periode van niet-toegelaten activiteit.

Het is mogelijk om een aanvraag tot verzaking aan de terugvordering van dit onverschuldigde bedrag in te dienen bij het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen. Aangezien de gerechtigden die de hervatting van de aangepaste beroepsactiviteit meer dan veertien kalenderdagen vanaf de hervatting aangeven, in geval van verzaking aan de terugvordering van het onverschuldigde bedrag, geen gunstigere behandeling kunnen genieten dan de gerechtigden die hun werkhervatting binnen veertien kalenderdagen vanaf de hervatting aangeven, moet, met het oog op de vaststelling van het maximumbedrag van de verzaking in het kader van de toepassing van de bepalingen van het voormelde artikel 23*ter*, rekening worden gehouden met het bedrag van de uitkeringen waarop de betrokkene aanspraak had kunnen maken in toepassing van de cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, verminderd met 10%.

In geval van een **positieve beslissing** (verdere erkenning van de arbeidsongeschiktheid en verstreking van de toelating) verleent de adviserend arts de toelating overeenkomstig artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 vanaf de dag van de aanvraag (retroactieve uitwerking van de beslissing). In dat geval blijft artikel 23*ter* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 van toepassing tot daags vóór de aanvraag tot toelating.

3.5. Gevolgen in geval van een weigering van de toekenning van de toelating voor een werkhervatting of een beslissing tot beëindiging van de arbeidsongeschiktheid

Wanneer na de werkhervatting een beslissing tot weigering van de toelating ter kennis van de gerechtigde wordt gebracht (wegens de onverenigbaarheid van de activiteit met de algemene gezondheidstoestand) of een beslissing tot beëindiging van zijn arbeidsongeschiktheid, kan deze gerechtigde onder bepaalde voorwaarden de uitkeringen blijven ontvangen voor de periode die voorafgaat aan de datum waarop de voornoemde beslissing haar uitwerking heeft:

=> De gerechtigde heeft de *formaliteiten* van de aangifte en de aanvraag tot toelating *binnen de opgelegde termijn* vervuld (uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk aan de werkhervatting voorafgaat) en hervat het werk alvorens de toelating van de adviserend arts te ontvangen.

In die situatie blijft de gerechtigde voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend arts, zijn uitkeringen ontvangen die berekend zijn overeenkomstig de cumulatieregel zoals bedoeld in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

=> De gerechtigde heeft de *formaliteiten* van de aangifte en de aanvraag tot toelating *laattijdig* ingediend (maar *binnen veertien kalenderdagen* vanaf de hervatting).

In die situatie blijft de gerechtigde voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing zijn uitkeringen ontvangen (die berekend zijn overeenkomstig de cumulatieregel zoals bedoeld in art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971), *maar verminderd met 10 % tot en met de dag van de aanvraag*.

=> De gerechtigde heeft de formaliteiten van de aangifte en de aanvraag tot toelating *laattijdig* ingediend (*meer dan veertien kalenderdagen* vanaf de hervatting).

In die situatie zijn de bepalingen van artikel 23*ter* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 op hem van toepassing vanaf de eerste dag van de hervatting tot de ingangsdatum van de beslissing van de adviserend arts.

3.6. Formulieren²

De volgende formulieren zijn van toepassing:

3.6.1. AANVRAAG TOT HERVATTING VAN HET WERK TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (Bijl. 1 bij deze omzendbrief)

Via dit formulier, dat twee luiken bevat, kan de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige gerechtigde aan de administratieve dienst van zijn ziekenfonds de datum van werkhervatting meedelen en kan hij aan de adviserend arts van zijn ziekenfonds de toelating vragen om tijdens de arbeidsongeschiktheid een toegelaten activiteit uit te oefenen.

Als de betrokkene een *verlenging van de toelating* wenst, dient hij slechts een deel van dit formulier in te vullen als het geen wijziging van de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van de betrokken activiteit betreft.

De mededeling van de begindatum van de werkhervatting is slechts vereist als de betrokkene na een *tijdelijke stopzetting van de toegelaten activiteit* (wegens de verergering van de gezondheidstoestand) deze werkzaamheid opnieuw wil hervatten. De adviserend arts is via het formulier "Verklaring van stopzetting van een toegelaten arbeid tijdens de arbeidsongeschiktheid" (*vgl. hierna 3.6.5.*) van deze tijdelijke stopzetting op de hoogte gebracht.

3.6.2. TOEKENNING VAN DE TOELATING

(Bijl. 2 bij deze omzendbrief)

De adviserend arts (of, in voorkomend geval, de medewerker van het multidisciplinaire team) dient vooreerst de precieze duur van de toelating aan te duiden (steeds een aanvangsdatum en einddatum (maximale duur van twee jaar)).

Verder moet de toelating ook de aard, het volume en de bijzondere voorwaarden van de activiteit nader omschrijven.

3.6.3. WEIGERING VAN DE TOELATING (OF VAN DE VERLENGING) OMDAT DE BETROKKENE NIET LANGER DE TOEPASSELIJKE VOORWAARDEN VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID VERVULT

(Bijl. 3 bij deze omzendbrief)

De adviserend arts moet afhankelijk van de precieze periode van arbeidsongeschiktheid (primaire ongeschiktheid – invaliditeit) aangeven waarom de betrokkene niet langer voldoet aan de vereiste voorwaarden van arbeidsongeschiktheid.

Deze beslissing moet **altijd** via een aangetekende brief ter kennis van de verzekerde worden gebracht.

3.6.4. WEIGERING VAN DE TOELATING (OF VAN DE VERLENGING) – STOPZETTING VAN DE TOELATING WEGENS DE ONVERENIGBAARHEID MET DE ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND

(Bijl. 4 bij deze omzendbrief)

Indien de (gevraagde of – in voorkomend geval – voortzetting van de) hervatting van de (beroeps) activiteit onverenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene, moet de adviserend arts een beslissing tot weigering van de toelating of een beslissing tot weigering van de verlenging van de toelating nemen.

Deze beslissing moet **altijd** via een aangetekende brief ter kennis van de verzekerde worden gebracht.

3.6.5. VERKLARING VAN STOPZETTING VAN EEN TOEGELATEN ACTIVITEIT TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(Bijl. 5 bij deze omzendbrief)

Een formulier “Verklaring van stopzetting van een toegelaten activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid” is uitgewerkt opdat de gerechtigde op het door hem in te vullen luik de precieze datum van de stopzetting van zijn toegelaten werkhervatting kan vermelden. Bovendien moet de betrokkene op dit formulier specificeren of het om een *tijdelijke* stopzetting (hij zal de activiteit hervatten als bijvoorbeeld zijn gezondheidstoestand opnieuw verbeterd is), dan wel om een *definitieve* stopzetting gaat.

Zodra de gerechtigde deze “Verklaring” aan zijn ziekenfonds heeft overgemaakt, bezorgt de adviserend arts de gerechtigde een ontvangstbewijs door het daartoe bestemde luik op dit formulier in te vullen.

Deze “Verklaring” van de gerechtigde laat aan het ziekenfonds bijvoorbeeld toe om op een correcte wijze de cumulatieregeling van de beroepsinkomsten met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toe te passen.

3.7. Overgangsmaatregelen in het kader van de opheffing van het duale systeem van de toelating

Gelet op de hervorming op 1 april 2024 moeten ook een aantal bijzondere bepalingen (overgangsmaatregelen) worden voorzien voor sommige arbeidsongeschikte erkende zelfstandigen die al vóór de inwerkingtreding van deze hervorming een toegelaten activiteit verrichtten:

- wat de op het ogenblik van de inwerkingtreding van de hervorming nog lopende toelatingen 'artikel 23' betreft, kunnen de betrokken gerechtigden hun activiteit blijven uitoefenen tot het einde van de lopende toelating die voor een maximale periode van zes maanden is verstrekt (met de toepassing van het wettelijke vermoeden van arbeidsongeschiktheid)
- wat de op het ogenblik van de hervorming lopende toelatingen 'artikel 23bis' met een duur van meer dan twee jaar of voor een onbepaalde duur betreft, zal de adviserend arts binnen een termijn van achttien maanden (dus tijdens het tijdvak vanaf 01.04.2024 tot en met 30.09.2025) de duur inkorten zodat de maximale duur van twee jaar niet wordt overschreden.

IV. De cumulatierегeling inzake de uit de toegelaten activiteit verworven beroepsinkomsten met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen

4.1. Cumulatieregel met drie fases

Er kan een regeling via **drie fases** worden onderscheiden:

4.1.1. FASE 1: DE EERSTE ZES MAANDEN VAN DE TOELATING 'ARTIKEL 23BIS'

De betrokkene behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.

4.1.2. FASE 2: VANAF DE EERSTE DAG VAN DE ZEVENDE MAAND VAN DE TOELATING 'ARTIKEL 23BIS' TOT 31 DECEMBER VAN HET DERDE JAAR DAT VOLGT OP HET JAAR WAARIN DE ACTIVITEIT IS AANGEVAT

Het bedrag van de uitkeringen wordt forfaitair met 10 procent verminderd.

 **Opmerking:** als de verzekerde een onbezoldigde activiteit van niet professionele aard verricht, heeft hij recht op het volledige bedrag aan uitkeringen (geen forfaitaire vermindering met 10%). Dit is bijvoorbeeld het geval als hij een werkstraf uitoefent, dienstverlening verricht of vrijwilligerswerk uitvoert dat niet beantwoordt aan de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers.

De activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1^o en 3^o tot en met 7^o, van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969 wordt beschouwd als een *onbezoldigde activiteit van niet professionele aard*. Dit betekent dus concreet dat de graduele cumulatierегeling **niet** van toepassing is.

4.1.3. FASE 3: VANAF 1 JANUARI VAN HET VIERDE KALENDERJAAR DAT VOLGT OP HET JAAR WAARIN DE ACTIVITEIT VIA DE TOELATING 'ARTIKEL 23BIS' IS AANGEVAT

In deze fase is een cumulatierегeling van toepassing waarbij het werkelijke bedrag van de uit de toegelaten activiteit behaalde beroepsinkomsten een rol speelt.

Het bedrag van de beroepsinkomsten verworven tijdens het eerste volledige kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat, wordt namelijk vergeleken met een welbepaalde inkomensgrens. In geval van overschrijding van deze inkomstendrempel gebeurt er, naargelang van het geval, een procentuele vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen of een schorsing van de toekenning van de uitkeringen.

Vervolgens wordt elk jaar opnieuw dezelfde verificatie verricht in functie van de drie jaar geleden verworven beroepsinkomsten uit de toegelaten activiteit.

A. In aanmerking te nemen beroepsinkomen

De verzekeringsinstelling moet enkel rekening houden met de beroepsinkomsten die voortvloeien uit een toegelaten bezigheid. Het betreft een bezigheid die, naargelang het geval, een in artikel 23, § 1, 1^o, 2^o of 4^o van het WIB 1992 bedoeld inkomen kan opleveren en iedere gelijkaardige bezigheid uitgeoefend in een vreemd land of in dienst van een internationale of supranationale organisatie. Het gaat dus meer bepaald om:

- de verworven **winst** (art. 24 - art. 26 WIB 1992): winst omvat elk inkomen uit een nijverheids-, handels- of landbouwonderneming en omvat tevens alle voordelen die een ondernemer behaalt uit de uitoefening van de activiteit
- de verworven **baten** (art. 27 WIB 1992): baten zijn alle inkomens uit een vrij beroep, een ambt of een post en alle niet als winst of als bezoldigingen aan te merken inkomens uit een winstgevende bezigheid (bijvoorbeeld de vergoedingen van politieke mandatarissen of voorzitter van een OCMW)
- de verworven **bezoldigingen** (art. 30 - art. 33 WIB 1992): bezoldigingen zijn alle vergoedingen *sensu lato* van werknemers (onder arbeidsovereenkomst of tewerkstelling in gelijkaardige omstandigheden), bedrijfsleiders en meewerkende echtgenoten.
 Bezoldigingen van bedrijfsleiders zijn alle beloningen verleend of toegekend aan een natuurlijk persoon die een opdracht als bestuurder, zaakvoerder, vereffenaar of gelijkaardige functies uitoefent of nog, de persoon die in de vennootschap een leidende functie of leidende werkzaamheid van dagelijks bestuur, van commerciële, financiële of technische aard uitoefent zonder verbonden te zijn door een arbeidsovereenkomst.
 Bezoldigingen van meewerkende echtgenoten vormen alle toekenningen van een deel van de winst of de baten aan de meewerkende echtgenoot die tijdens het belastbaar tijdperk geen beroepsactiviteit uitoefent die voor hem rechten op uitkeringen in een verplichte regeling voor pensioenen, kinderbijslagen en ziekte- en invaliditeitsverzekering die minstens gelijkwaardig zijn aan die van het sociaal statuut van de zelfstandigen opent, noch een uitkering geniet binnen het raam van de sociale zekerheid die voor hem dergelijke eigen rechten opent.

In dit kader wordt er eveneens rekening gehouden met elke uitkering, vergoeding of rente die wegens het derven van de beroepsinkomsten uit de toegelaten activiteit wordt verleend.



Bijvoorbeeld: de arbeidsongeschikt erkende zelfstandige die de uitoefening van een aan zijn gezondheidstoestand aangepaste activiteit heeft hervat op grond van een toelating 'artikel 23bis', kan de uitoefening van deze toegelaten activiteit onderbreken om vaderschaps- of geboorteverlof op te nemen. In deze situatie kan de vaderschaps- of geboorte-uitkering worden gecumuleerd met de arbeidsongeschiktheidsuitkering en dit binnen de grenzen bepaald in artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (*voortzetting* van de toepasselijke fase van deze cumulatieregeling tijdens het vaderschaps- of geboorteverlof).



Opmerkingen:

- voor de toepassing van deze cumulatieregeling wordt geen rekening gehouden met de financiële vergoedingen die door de gewesten, gemeenschappen, provincies of gemeenten worden toegekend voor de economische of sociale gevolgen die worden ondervonden naar aanleiding van de toepassing van

=> het ministerieel besluit van 13 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken en elk ander later ministerieel besluit houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken;

=> het koninklijk besluit van 28 oktober 2021 houdende de nodige maatregelen van bestuurlijke politie teneinde de gevolgen voor de volksgezondheid van de afgekondigde epidemische noodsituatie betreffende de coronavirus COVID-19 pandemie te voorkomen of te beperken en elk ander later koninklijk besluit houdende de nodige maatregelen van bestuurlijke politie teneinde de gevolgen voor de volksgezondheid van de afgekondigde epidemische noodsituatie betreffende de coronavirus COVID-19 pandemie te voorkomen of te beperken;

of die overeenkomstig andere gewestelijke, gemeenschaps-, provinciale of gemeentelijke regelgeving worden toegekend voor de economische of sociale gevolgen die worden ondervonden naar aanleiding van de COVID-19 pandemie.

In dit kader mag het evenwel niet gaan om een, in voorkomend geval verminderde, financiële vergoeding waarop de betrokkene zonder de toepassing van de voormelde regelgeving bepaald naar aanleiding van de COVID-19 pandemie zou hebben kunnen aanspraak maken. Bovendien moet in de regeling op grond waarvan de financiële vergoeding wordt verleend, uitdrukkelijk zijn bepaald dat deze vergoeding wordt verleend om aan de rechtstreekse of onrechtstreekse economische of sociale gevolgen van de COVID-19 pandemie het hoofd te bieden.
- Voor de toepassing van deze cumulatieregeling wordt evenmin rekening gehouden met de aanvullende crisisuitkering toegekend overeenkomstig het koninklijk besluit van 15 september 2020 houdende toekenning, ingevolge de COVID-19-pandemie, van een aanvullende crisisuitkering aan sommige arbeidsongeschikt erkende zelfstandigen en meewerkende echtgenoten gedurende het tijdvak vanaf 1 maart 2020 tot en met 30 september 2021
- Indien de zelfstandige zijn toegelaten activiteit definitief stopzet en naar aanleiding van deze stopzetting welbepaalde stopzettingsmeerwaarden verwerft (*vgl.* art. 23, § 1, 3^o van het WIB 1992), dient het bedrag van deze stopzettingsmeerwaarden voor de toepassing van de cumulatieregeling niet in aanmerking te worden genomen. De stopzettingsmeerwaarden vormen de winst of baten van een vorige beroepswerkzaamheid die de betrokkene voorheen heeft uitgeoefend.

Het betreft telkens het **nettobelastbaar inkomen dat uit de toegelaten activiteit voortvloeit** en dat in aanmerking werd genomen door het Bestuur der Directe Belastingen voor de vaststelling van de aanslag van het desbetreffende jaar. Het brutobedrag van de beroepsinkomsten moet bijgevolg worden verminderd met de beroepskosten en, in voorkomend geval (uiteraard enkel als het een zelfstandige beroepsbezigheid betreft), de beroepsverliezen.

Om dit nettobelastbaar inkomen te achterhalen, moet de sociaal verzekerde een specifiek door hem in te vullen formulier, evenals het door de Administratie der directe belastingen afgeleverde aanslagbiljet aan zijn verzekeringsinstelling bezorgen dat betrekking heeft op het toepasselijke belastbare tijdperk (*vgl.* hierna punt E.). De inkomsten van een welbepaald belastbaar tijdperk dat overeenstemt met een kalenderjaar (X), maken namelijk het voorwerp uit van een aanslag in het volgende jaar (X + 1) en moeten voor 30 juni van het daaropvolgende jaar (X + 2) worden ingekohierd.

B. Verworven inkomsten gedurende een volledig kalenderjaar

Telkens moet de verzekeringsinstelling de inkomsten uit de toegelaten activiteit in aanmerking nemen die verworven zijn gedurende het volledige derde kalenderjaar voorafgaandelijk het desbetreffende kalenderjaar waarop de cumulatieregeling van toepassing is.



Voorbeeld: Een zelfstandig gerechtigde vat op 1 augustus 2020 een activiteit via een toelating 'artikel 23bis' aan. Voor de toepassing van de cumulatieregeling dient het ziekenfonds met het oog op de toekenning van de uitkeringen in het kalenderjaar 2024 rekening te houden met de tijdens het kalenderjaar 2021 verworven beroepsinkomsten uit de toegelaten activiteit. Voor de uitkeringen die betrekking hebben op het kalenderjaar 2025, moet er worden rekening gehouden met de tijdens het kalenderjaar 2022 behaalde beroepsinkomsten uit de toegelaten activiteit.

C. Inkomstendrempel

Het **basisbedrag** van de inkomensgrens die voor de cumulatieregeling van toepassing is, bedraagt **17.149,19 EUR**.

Om rekening te houden met de stijging van de levensduurte, wordt dit bedrag – in voorkomend geval – op 1 januari van het referentiejaar aangepast aan de levensduurte. Er is dus **een koppeling van de inkomstendrempel aan de schommelingen van de gezondheidsindex**.

Concreet geldt het volgende:

- op 1 januari 2023 diende het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2020 verworven beroepsinkomsten te worden geverifieerd in functie van de inkomstendrempel van 18.934,42 EUR
- op 1 januari 2024 moet het ziekenfonds rekening houden met het bedrag van 19.313,42 EUR. Het ziekenfonds moet dus het bedrag van 19.313,42 EUR vergelijken met het bedrag van de gedurende het kalenderjaar 2021 behaalde beroepsinkomsten
- op 1 januari 2025 dient het ziekenfonds rekening te houden met het bedrag van 20.093,71 EUR. Het ziekenfonds moet dus het bedrag van 20.093,71 EUR vergelijken met het bedrag van de gedurende het kalenderjaar 2022 behaalde beroepsinkomsten.

Als de activiteit uitgeoefend op grond van *eenzelfde* toelating 'artikel 23bis' in de loop van het desbetreffende kalenderjaar tijdelijk wordt onderbroken wegens bijvoorbeeld de verergering van de gezondheidstoestand van de betrokkene, wordt deze inkomensgrens niet aangepast (er vindt met andere woorden geen toepassing van een 'geproratieerde' inkomstendrempel plaats).

D. Vergelijking van het tijdens de referentieperiode verworven beroepsinkomen met het drempelbedrag

Er kunnen zich drie mogelijke situaties voordoen:

- *situatie 1:* het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag niet:
=> het bedrag van de uitkeringen moet niet worden verminderd.
- *situatie 2:* het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minstens 15%:
=> de toekenning van de uitkeringen dient gedurende het hele kalenderjaar te worden geschorst.
- *situatie 3:* het verworven beroepsinkomen overschrijdt het drempelbedrag met minder dan 15%:
=> het dagbedrag van de uitkeringen moet tijdens het hele kalenderjaar worden verminderd met een percentage dat overeenstemt met het percentage waarmee het drempelbedrag is overschreden.

Het overschrijdingspercentage wordt op het honderdste na berekend. Het bedrag van de vermindering van de uitkering wordt tot de hogere eenheid afgerond als de eerste decimaal minstens vijf is. Als de eerste decimaal echter minder dan vijf bedraagt, wordt er geen rekening gehouden met de decimaal.

 Voorbeeld:

Een zelfstandig gerechtigde heeft een toelating ‘artikel 23bis’ om zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid te verrichten. Voor de toepassing van de cumulatieregel tijdens het kalenderjaar 2024, moeten de gedurende het kalenderjaar 2021 verworven beroepsinkomsten in aanmerking worden genomen. Het beroepsinkomen in 2021 bedraagt *in casu* 20.500 EUR. Dat bedrag overschrijdt de toegestane inkomensdrempel van 2021 met minder dan 15 procent (19.313,42 EUR x 1,15 = 22.210,43 EUR) zodat er een vermindering van het dagbedrag van de uitkeringen in 2024 moet plaatsgrijpen.

** Bepaling van het overschrijdingspercentage*

$$20.500 \text{ EUR} / 19.313,42 \text{ EUR} = 1,0614 = 6,14 \% = 6 \%$$

** Bepaling van de daguitkering (betrokkene ontvangt een uitkering voor een gerechtigde zonder gezinslast-samenwonende: 46,4452 EUR (bedrag van toepassing vanaf 01.11.2023))*

$$46,4452 \text{ EUR} \times 6 \text{ procent} = 2,7867 \text{ EUR}$$

$$46,4452 \text{ EUR} - 2,7867 \text{ EUR} = 43,6585 \text{ EUR} = \mathbf{43,66 \text{ EUR}}$$

E. Mededeling van de verworven beroepsinkomsten tijdens het desbetreffende kalenderjaar

Via een specifiek formulier (bijlage 6 bij deze omzendbrief) kan de verzekerde zijn ziekenfonds op de hoogte brengen van de door hem gedurende de toepasselijke referentieperiode verworven beroepsinkomsten uit de toegelaten activiteit. Het gaat steeds om de inkomsten behaald tijdens het derde kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de cumulatieregel geldt.

Het ziekenfonds verzendt aan de verzekerde een eerste keer dit formulier tijdens de maand oktober van het derde jaar dat volgt op het jaar waarin de activiteit op grond van een toelating ‘artikel 23bis’ is aangevat. Voor de daaropvolgende jaren moet dit formulier steeds opnieuw tijdens de maand oktober naar de verzekerde worden verstuurd.

Binnen dertig kalenderdagen na de ontvangst van dit formulier, bezorgt de verzekerde het opnieuw volledig ingevuld, gedateerd en ondertekend aan zijn ziekenfonds. Als bijlage voegt hij een kopie van het aanslagbiljet van de personenbelasting toe dat op deze inkomsten betrekking heeft.

Indien de verzekerde deze termijn van dertig kalenderdagen niet respecteert, stuurt het ziekenfonds een herinnering (tijdens de maand november).

Als het ziekenfonds op het ogenblik van de betaaldatum van de invaliditeitsuitkeringen in januari nog steeds niet over het behoorlijk ingevulde formulier en/of het aanslagbiljet beschikt, schorst het ziekenfonds de betaling van de uitkeringen volledig tot het ogenblik waarop de vereiste gegevens wel zijn bezorgd (waardoor eventueel een regularisatie van de geschorste periode kan plaatsvinden).

4.2. Bijzondere situaties

4.2.1. ONDERBREKING VAN EEN LOPENDE PERIODE VAN TEWERKSTELLING VERRICHT OP GROND VAN EEN TOELATING ‘ARTIKEL 23BIS’

In geval van een *onderbreking* van de lopende periode van toegelaten activiteit op grond van de toelating ‘artikel 23bis’ (waardoor er een ‘*schorsing*’ van het tijdvak van de toelating plaatsgrijpt), moet de cumulatieregeling vanaf de werkhervatting verder worden toegepast waarbij rekening dient te worden gehouden met het al vóór die tijdelijke stopzetting verstreken tijdvak van toegelaten activiteit.

Dit principe geldt ook in geval van een periode van hospitalisatie die minstens twee dagen duurt (toepassing van het vermoeden van arbeidsongeschiktheid bedoeld in art. 21 van het K.B. van 20.07.1971 – het betreft dus geen loutere daghospitalisatie). Deze periode van hospitalisatie vormt een onderbreking van de toegelaten activiteit en het precieze beginuur en einduur van deze periode van hospitalisatie speelt in dit kader geen rol (*vgl.* ook art. 28*bis*, § 5 van het K.B. van 20.07.1971).



Voorbeeld:

Een zelfstandig gerechtigde hervat via een toelating 'artikel 23*bis*' een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid tijdens de periode vanaf 1 februari 2024 tot en met 31 juli 2024. De adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team verlengt die toelating "artikel 23*bis*" vanaf 1 augustus 2024 met zes maanden. Hij moet deze activiteit wegens een verergering van zijn gezondheidstoestand vanaf 15 september 2024 tot en met 2 november 2024 (49 kalenderdagen) tijdelijk stopzetten.

Gedurende het tijdvak vanaf 15 september 2024 tot en met 2 november 2024 kan de betrokkene opnieuw aanspraak maken op niet verminderde daguitkeringen. Vanaf 3 november 2024 dient het dagbedrag van zijn uitkering opnieuw met tien procent te worden verminderd (ook gedurende de verlenging van de initiële periode van zes maanden ten belope van 49 kalenderdagen (01.02.2025 – 20.03.2025)).

4.2.2. UITOEFENEN VAN EEN WELBEPAALE ACTIVITEIT DIE AL EERDER TIJDENS DE LOPENDE PERIODE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID VIA EENZELFDE TOELATING 'ARTIKEL 23*BIS*' IS VERRICHT

Wanneer de gerechtigde een bepaalde activiteit met de toelating van de adviserend arts uitoefent nadat diezelfde activiteit voorheen al tijdens hetzelfde tijdvak van arbeidsongeschiktheid via eenzelfde toelating 'artikel 23*bis*' is verricht, moet voor de toepassing van de cumulatieregeling tijdens de 'nieuwe' periode van toegelaten activiteit rekening worden gehouden met de fase die van toepassing was op de laatste dag van de 'vorige' periode van activiteitshervatting gedekt door de toelating "artikel 23*bis*".



Voorbeeld:

Een zelfstandig gerechtigde hervat vanaf 1 januari 2024 tot en met 30 juni 2024 via een toelating "artikel 23*bis*" een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid. Betrokkene vraagt geen verlenging. Vanaf 1 januari 2025 ontvangt hij opnieuw een toelating "artikel 23*bis*" om een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid uit te oefenen. Vanaf 1 januari 2025 dient het dagbedrag van de uitkering met 10 procent te worden verminderd (= eerste dag van de zevende maand van het tijdvak gedekt door de toelating "artikel 23*bis*" om de vroegere zelfstandige beroepsbezigheid te verrichten).

4.2.3. UITOEFENEN VAN EEN WELBEPAALE ACTIVITEIT DIE AL EERDER TIJDENS DE LOPENDE PERIODE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID ZONDER DE TOELATING VAN DE ADVISEREND ARTS IS VERRICHT

Indien een gerechtigde de toelating "artikel 23*bis*" ontvangt voor de uitoefening van een activiteit die voorheen al tijdens hetzelfde tijdvak van arbeidsongeschiktheid zonder de toelating van de adviserend arts is verricht (het gaat m.a.w. om een periode waarvoor art. 23*ter* van het K.B. van 20.07.1971 is toegepast), moet voor de bepaling van de toepasselijke fase van de cumulatieregeling rekening worden gehouden met de duur van dit tijdvak van niet-toegelaten activiteit.

In dit kader moet er worden opgemerkt dat er voor de eventuele verzaking aan de terugvordering van de uitkeringen die op grond van artikel 23*ter*, § 2 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 zijn teruggevorderd, immers rekening wordt gehouden met de uitkeringen waarop de betrokkene aanspraak had kunnen maken met toepassing van de cumulatieregel bedoeld in artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

4.2.4. UITOEFENEN VAN EEN NIEUWE ACTIVITEIT OP GROND VAN OPNIEUW EEN TOELATING 'ARTIKEL 23BIS' NADAT AL EEN ANDERE ACTIVITEIT OP GROND VAN EEN DERGELIJKE TOELATING 'ARTIKEL 23BIS' TIJDENS DE LOPENDE PERIODE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID IS VERRICHT

Indien een gerechtigde de toelating "artikel 23bis" ontvangt voor de uitoefening van een activiteit B die, al dan niet na een onderbreking, volgt op een periode gedekt door een dergelijke toelating "artikel 23bis" voor weliswaar een andere activiteit A, vat steeds een nieuwe cyclus in de cumulatierегeling aan.

Er dient rekening te worden gehouden met de aard van het werk om te bepalen of er al dan niet sprake is van een andere activiteit. Het volume en/of de voorwaarden van de activiteitsuitoefening die wijzigen, zijn op zich niet voldoende om te oordelen dat het gaat om een andere activiteit.

Het is de adviserend arts die moet oordelen of er al dan niet sprake is van een *andere* activiteit.



Voorbeeld:

Een zelfstandig gerechtigde hervat vanaf 1 april 2024 tot en met 31 maart 2025 via een toelating 'artikel 23bis' een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid (activiteit A). De advise-rend arts verstrekt een toelating "artikel 23bis" om een andere zelfstandige beroepsbezigheid (acti-viteit B) uit te oefenen vanaf 1 januari 2026. Gedurende de periode vanaf 1 januari 2026 tot en met 30 juni 2026 kan de betrokkene aanspraak maken op volledige uitkeringen. Vanaf 1 juli 2026 wordt het dagbedrag van de uitkeringen met 10 procent verminderd (= eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door de toelating 'artikel 23bis' om de activiteit B te verrichten).

4.2.5. UITOEFENING VAN MEERDERE TOEGELATEN ACTIVITEITEN TEGELIJKERTIJD TIJDENS DE LOPENDE PERIODE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Indien een gerechtigde verschillende gelijktijdige toelatingen heeft ontvangen om een activiteit tij-dens de arbeidsongeschiktheid te verrichten, dient voor elke toelating afzonderlijk de toepasselijke fase van de cumulatierегeling te worden toegepast.

Wanneer op grond van de toepasselijke fase van de cumulatierегeling bij de onderscheiden lopen-de toelatingen het bedrag van de uitkering met een bepaald percentage moet worden verminderd, gebeurt er een samentelling van de afzonderlijke percentages om uiteindelijk het dagbedrag van de uitkering te verminderen.

In voorkomend geval is het dus bijvoorbeeld mogelijk dat:

- het bedrag van de uitkeringen met 20% moet worden verminderd als de betrokkene voor de twee verstrekte toelatingen zich in de tweede fase van de cumulatierегeling bevindt
- het bedrag van de uitkeringen met 10% moet worden verminderd als de betrokkene voor de ene toelating zich in de tweede fase van de cumulatierегeling bevindt en er rekening moet worden gehouden met het beroepsinkomen verworven in het kader van de andere activiteit als voor die laatste activiteit al de derde fase van de cumulatierегeling moet worden toegepast
- de beroepsinkomsten verworven in het kader van de uitoefening van de activiteiten op grond van de twee verstrekte toelatingen in aanmerking moeten worden genomen als de betrokkene voor de twee verstrekte toelatingen zich in de derde fase van de cumulatierегeling bevindt
- ...



Voorbeeld:

Een zelfstandig gerechtigde hervat vanaf 1 april 2022 via een toelating "artikel 23bis" een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid. Met ingang van 1 juli 2024 ontvangt hij de toelating "artikel 23bis" om een beperkte tewerkstelling als werknemer te verrichten.

Gedurende de periode vanaf 1 juli 2024 tot en met 31 december 2024 wordt het dagbedrag van de uitkeringen met 10 % verminderd (dat was al het geval sinds 01.10.2022, hetgeen overeenstemt met de eerste dag van de zevende maand gedekt door een (eerste) toelating "artikel 23bis").

Vanaf 1 januari 2025 moet het dagbedrag van de uitkeringen met 20% worden verminderd en dit tot en met 31 december 2025 (periode gedekt door twee toelatingen "artikel 23bis" en voor beide toelatingen is al de eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door een dergelijke toelating bereikt).

Voor het kalenderjaar 2026 moet:

- in het kader van de hervatting van een gedeelte van de vroegere zelfstandige beroepsbezigheid nagegaan worden of de inkomsten behaald in 2023 het drempelbedrag overschrijden
- in het kader van de uitoefening van de beperkte tewerkstelling als werknemer het dagbedrag van de uitkeringen met 10% worden verminderd.

4.3. Overgangsmaatregelen

4.3.1. OVERGANGSMAATREGELEN VOOR ZELFSTANDIGEN DIE UITERLIJK OP 31 DECEMBER 2011 EEN TOEGELATEN ACTIVITEIT UITOEFENDEN

Bij de volgende zelfstandige gerechtigden wordt voor de toepassing van de cumulatieregeling bedoeld in artikel 28bis, §3 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 – namelijk de verificatie van de verworven beroepsinkomsten met het toepasselijke drempelbedrag – nog steeds rekening gehouden met **een marge van 25 procent**:

- de zelfstandige die uiterlijk op 31 december 2011 een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit op grond van een (voormalige) toelating 'artikel 20bis' heeft hervat (deze toelating is op 01.07.2015 van rechtswege omgezet in een toelating 'art. 23bis')
- de zelfstandige die uiterlijk op 31 december 2011 een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsactiviteit op grond van een toelating 'artikel 23bis' heeft hervat (zoals van toepassing vóór 01.07.2015) en vervolgens ononderbroken deze activiteit via een (voormalige) toelating 'artikel 20bis' heeft uitgeoefend (deze toelating is op 01.07.2015 van rechtswege omgezet in een toelating 'art. 23bis').



Voorbeelden:

- Een zelfstandig gerechtigde heeft op grond van een (voormalige) toelating 'artikel 20bis' een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 oktober 2011 hervat. Op 1 juli 2015 is die toelating van rechtswege omgezet in een toelating 'artikel 23bis'.

In het kader van de cumulatieregeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2024, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2021 verworven inkomsten – meer bepaald *in casu* 23.750 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 19.313,42 EUR. De door de betrokkene verworven beroepsinkomsten overschrijden de inkomensgrens met minder dan **25 procent** (namelijk met 23 procent (23.750 EUR / 19.313,42 EUR = 1,2297 = 22,97 pct. = 23 pct.)) zodat het dagbedrag van zijn uitkeringen vanaf 1 januari 2024 met 23 procent moet worden verminderd.

- Een zelfstandig gerechtigde heeft op grond van een (voormalige) toelating 'artikel 20bis' een gedeelte van zijn vroegere zelfstandige beroepsbezigheid vanaf 1 oktober 2012 hervat. Op 1 juli 2015 is die toelating van rechtswege omgezet in een toelating 'artikel 23bis'.

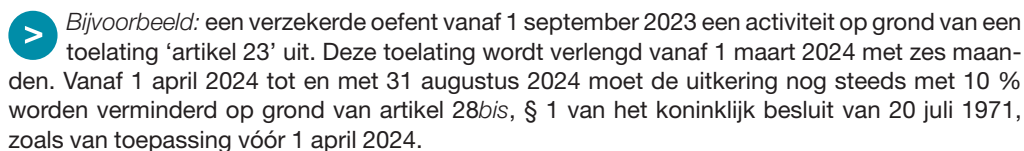
In het kader van de cumulatieregeling die geldt tijdens het kalenderjaar 2024, wordt het bedrag van de tijdens het kalenderjaar 2021 verworven inkomsten – meer bepaald *in casu* 23.750 EUR – vergeleken met het drempelbedrag van 19.313,42 EUR. Aangezien het bedrag van deze beroepsinkomsten het drempelbedrag met minstens **15 %** overschrijdt (namelijk met 23 %), wordt de toekenning van de uitkeringen tijdens het volledige kalenderjaar 2024 geschorst.

Er dient rekening te worden gehouden met een marge van 15 % aangezien de betrokkene de toegelaten activiteit na 31 december 2011 heeft aangevat.

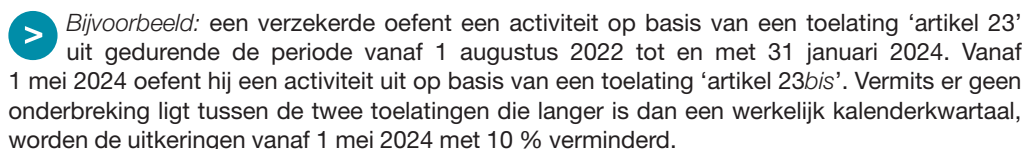
4.3.2. OVERGANGSMAATREGELEN VOOR ZELFSTANDIGEN DIE VÓÓR 1 APRIL 2024 EEN TOEGELATEN ACTIVITEIT OP GROND VAN ARTIKEL 23 VAN HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 20 JULI 1971 UITOEFENDEN

Gelet op de hervorming vanaf 1 april 2024 moeten ook een aantal bijzondere bepalingen (overgangsmatregelen) worden voorzien voor sommige arbeidsongeschikte erkende zelfstandige gerechtigden die al vóór de inwerkingtreding van de hervorming een toegelaten activiteit op grond van artikel 23 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 verrichtten:

- voor de toelatingen 'artikel 23' die op 1 april 2024 nog lopende zijn, wordt de uitkering vanaf de eerste dag van de zevende maand van de toegelaten activiteit nog steeds met 10 % verminderd op grond van artikel 28bis, § 1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, zoals bepaald vóór 1 april 2024.

 *Bijvoorbeeld:* een verzeerde oefent vanaf 1 september 2023 een activiteit op grond van een toelating 'artikel 23' uit. Deze toelating wordt verlengd vanaf 1 maart 2024 met zes maanden. Vanaf 1 april 2024 tot en met 31 augustus 2024 moet de uitkering nog steeds met 10 % worden verminderd op grond van artikel 28bis, § 1 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, zoals van toepassing vóór 1 april 2024.

- wanneer tussen een tijdvak dat gedekt is door de in artikel 23 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bedoelde toelating en een tijdvak dat gedekt is door de in artikel 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 bedoelde toelating, geen onderbreking ligt die minstens gelijk is aan een werkelijk kalenderkwartaal, wordt het eerste tijdvak gelijkgesteld met een in artikel 23bis bedoeld tijdvak voor de vermindering van de uitkering overeenkomstig artikel 28bis, § 4 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, zoals bepaald vóór 1 april 2024.

 *Bijvoorbeeld:* een verzeerde oefent een activiteit op basis van een toelating 'artikel 23' uit gedurende de periode vanaf 1 augustus 2022 tot en met 31 januari 2024. Vanaf 1 mei 2024 oefent hij een activiteit uit op basis van een toelating 'artikel 23bis'. Vermits er geen onderbreking ligt tussen de twee toelatingen die langer is dan een werkelijk kalenderkwartaal, worden de uitkeringen vanaf 1 mei 2024 met 10 % verminderd.

V. Inwerkingtreding van deze omzendbrief

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 1 april 2024.
Vervangt omzendbrief 2023/56 van 28 februari 2023.

 Omzendbrief V.I. nr. 2024/121 – 481/92 en 484/15 van 17 april 2024.



IV. Toeslag op de uitkering (in geval van een aan de gezondheidstoestand aangepaste werkzaamheid die is toegelaten door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team, tijdens een periode van primaire ongeschiktheid of invaliditeit).

I. Inleiding

De wettelijke bepalingen inzake (de neutralisatie van) het gewaarborgd loon in geval van de uitoefening van een activiteit met de toelating van de adviserend arts zijn in de loop van de tijd achtereenvolgens geëvolueerd.¹

Indien het gewaarborgd loon niet wordt geneutraliseerd, betaalt de werkgever, indien nodig, de aanvulling die is bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of nr. 13*bis* na de eerste twee weken van ziekte of ongeval van gemeen recht gedekt door het gewaarborgd loon bepaald in de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

De uren toegelaten arbeid gedekt door deze aanvulling worden beschouwd als uren van bezoldigde toegelaten arbeid die, indien nodig, in aanmerking worden genomen om de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te verminderen, terwijl deze aanvulling verondersteld wordt de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen aan te vullen die op deze periode betrekking hebben.

Deze aanvulling bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of nr. 13*bis* beantwoordt immers aan de notie “beroepsinkomen” die van toepassing is in het kader van de cumulatieregel bedoeld in artikel 230, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.²

II. (Verminderde) arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in geval van werk dat is aangepast aan de gezondheidstoestand

De cumulatiebepalingen bepaald in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 zijn van toepassing gedurende de hele periode van arbeidsongeschiktheid gedekt door de toelating van de adviserend arts tot de datum van de (definitieve) stopzetting van de toegelaten arbeid, met inbegrip van de periodes van tijdelijke onderbreking van de toegelaten arbeid (al dan niet gedekt door het gewaarborgd loon).

1. De huidige reglementering (art. 52, § 5 en art. 73/1 van de wet van 3.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten) bepaalt dat tijdens een periode van twintig weken vanaf de aanvang van de uitvoering van een aangepast of ander werk met toepassing van art. 100, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, geen loon ten laste van de werkgever is in geval van arbeidsongeschiktheid wegens een ziekte die geen beroepsziekte is, 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.

2. Het gaat om elk inkomen als bedoeld in art. 17, § 1, 5^e of art. 23, § 1, 4^e, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 dat een gerechtigde zich door een persoonlijke activiteit verschafft, evenals elke uitkering, vergoeding of rente die hem wegens het derven van dat inkomen wordt verleend. De premies en gelijkaardige voordelen die worden toegekend onafhankelijk van het aantal effectief gewerkte dagen tijdens het kwartaal van hun aangifte aan de inrichting van de sociale zekerheidsbijdragen, worden evenwel niet in aanmerking genomen.

Voor elke maand (of kortere referteperiode) worden de uren van toegelaten arbeid of ermee gelijkgestelde uren in aanmerking genomen om, indien nodig, de uitkeringen te verminderen op basis van de cumulatiebepalingen voorzien in artikel 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. De uren gedekt door de aanvullingen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomsten nr. 12bis en nr. 13bis (die in principe overeenstemmen met maximaal 16 kalenderdagen per *nieuwe arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten*) worden in dit kader gelijkgesteld met uren van effectieve uitoefening van toegelaten arbeid.

III. Gewaarborgd loon en aanvulling CAO nr. 12bis of nr. 13bis in geval van werk dat is aangepast aan de gezondheidstoestand

In geval van een **definitieve stopzetting** van het aangepaste werk (*wegens een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten*) die het einde van de toelating inhoudt, wordt het bedrag van het gewaarborgd loon en de aanvullingen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis berekend op basis van de normale bezoldiging van de tewerkstelling.

De werkgever (of zijn mandataris) deelt deze informatie momenteel niet mee aan het ziekenfonds in de maandelijkse aangifte / ZIMA 002. De definitieve stopzetting van het aangepaste werk vormt het einde van de laatste referteperiode van de maandelijkse aangifte / ZIMA 002³.

In geval van een **tijdelijke onderbreking** van het aangepaste werk (*wegens een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten*) wordt het bedrag van het gewaarborgd loon en de aanvullingen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis berekend op basis van de *normale bezoldiging* van het toegelaten werk.

De werkgever (of zijn mandataris) deelt momenteel de uren gedekt door het gewaarborgd loon bepaald door de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten en de uren gedekt door de aanvullingen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis aan het ziekenfonds mee (in één of meerdere maandelijkse aangiften / ZIMA 002).

De werkgever (of zijn mandataris) geeft deze aanvulling aan onder de prestatiecode 011 in de DmfA en de ZIMA 002.

IV. Toeslag op de uitkering (vanaf de 15^{de} dag van een nieuwe periode van arbeidsongeschiktheid in de zin van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten)

Voor de uren aangegeven door de werkgever (of zijn mandataris) in geval van een tijdelijke onderbreking van het aangepaste werk, gedekt door de aanvullingen toegekend in het kader van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis, wordt bepaald dat in het kader van de uitkeringsverzekering een bijkomende vergoeding wordt toegekend ten belope van 60% van het begrensde gederfde loon ten gevolge van de stopzetting van de aangepaste arbeid tijdens deze periode.

De toeslag op de uitkering wordt ook toegekend als een bepaald statuut van een publieke werkgever op een gelijkaardige wijze een aanvulling op de arbeidsongeschiktheidsuitkering voorziet zoals bepaald in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis.

3. De (niet verminderde) daguitkeringen worden geweigerd tijdens de periode van 14 dagen gedekt door het door de wet bepaalde gewaarborgd loon en vanaf de 15^{de} tot en met de 30^{ste} dag aangevuld met het bedrag van de aanvullingen toegekend door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis.

V. Algemene toekenningsvoorwaarden van de toeslag op de uitkering

Om te kunnen genieten van de toeslag op de uitkering, moet de rechthebbende:

- gerechtigde in de uitkeringsverzekering voor werknemers zijn
- in de uitkeringsverzekering voor werknemers arbeidsongeschikt erkend zijn en door de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team toegelaten zijn om het werk te hervatten dat is aangepast aan zijn gezondheidstoestand
- de voorwaarden inzake de opening en het behoud van de rechten vervullen om aanspraak te maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers.

Het ziekenfonds dient met andere woorden geen aanvullende controles inzake de verzekerbareid uit te voeren alvorens de toeslag op de uitkering toe te kennen voor de referentieperiode waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers.

VI. Berekening van de toeslag op de uitkering

VI.1. Definitieve oplossing (van toepassing voor de periode die aanvat vanaf 01.07.2024)

In het kader van de uitwerking van de definitieve oplossing is de mededeling (via het maandelijks attest ZIMA 002) van één globaal aanvullend bedrag per tewerkstelling als praktische piste weerhouden.

De werkgever (of zijn mandataris) past dus reeds **zelf** het ZIV-dagplafond toe op het normale *theoretische* loon voor de uren van aangepast werk die zijn gedekt door de aanvulling toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of 13bis.

De werkgever (of zijn mandataris) deelt in de praktijk 60 % van het totale bedrag, beperkt tot het ZIV-dagplafond, mee dat overeenstemt met het normale theoretische loon voor de uren van aangepast werk die op elke maandelijks aangifte (ZIMA 002) worden aangegeven en gedekt zijn door de aanvullingen toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis.

Het gaat met andere woorden om het bedrag van het normale theoretische loon verminderd met de socialezekerheidsbijdragen verschuldigd door de werknemer dat niet door de werkgever ten laste is genomen in het kader van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12bis of nr. 13bis (na de eerste veertien dagen van gewaarborgd loon bepaald door de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

VI.2. Tijdelijke oplossing (van toepassing voor de periode vanaf 01.01.2024 tot en met 30.06.2024)

In afwachting van een wijziging van het glossarium (van de ZIMA 002 - ASR) om een definitieve oplossing te implementeren (*cf. supra*), wordt een tijdelijke pragmatische oplossing toegepast om aan de betrokken gerechtigden een toeslag op de uitkering toe te kennen.

Voor de concrete uitvoering van deze tijdelijke oplossing houdt het ziekenfonds rekening met:

- het (begrensde) gederfde loon zoals vastgesteld bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid (in functie van de stabiliteit van de tewerkstelling) om de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te berekenen.
In voorkomend geval wordt voor de concrete berekening van de toeslag op de uitkering dit gederfde loon geïndexeerd; hetzelfde indexeringsmechanisme zoals bij de sociale prestaties moet in dit opzicht worden toegepast. Een herwaardering van een (minimum)uitkering wordt daarentegen niet in aanmerking genomen
- het aantal uren dat op het maandelijks attest (ZIMA 002) onder de prestatiecode 011 is aangegeven.

Het (begrensde) gederfde loon wordt vermenigvuldigd met zes dagen om een wekelijks gederfd loon te verkrijgen. Dit wordt gedeeld door het gemiddelde aantal arbeidsuren per week van de tewerkstelling die in aanmerking wordt genomen voor de berekening van de uitkeringen (of, als er geen tewerkstelling in aanmerking wordt genomen om de uitkeringen te berekenen, door 38 uren per week⁴) om het uurloon te verkrijgen en het wordt vermenigvuldigd met het aantal arbeidsuren, aangegeven onder de code 011, om het ermee overeenstemmende gederfde loon te verkrijgen.

Als de uitkering van de verzekerde wordt berekend op basis van het gemiddeld dagloon van verschillende tewerkstellingen, moet rekening worden gehouden met het totale gemiddelde aantal uren per week van de betrokken tewerkstellingen.

Voor de berekening van de toeslag op de uitkering wordt 60% van het (begrensde) gederfde loon in aanmerking genomen.

> Voorbeeld:

Een arbeider hervat met toelating van de adviserend arts de activiteit bij de initiële werkgever voor 20 uur per week. Bij het begin van zijn arbeidsongeschiktheid had zijn ziekenfonds het bedrag van zijn uitkeringen berekend op basis van een tewerkstelling die is uitgeoefend ten belope van (gemiddeld) 38 uur per week en werd bezoldigd ten belope van 20 EUR per uur (760 EUR per week).

Voor de desbetreffende kalendermaand (referteperiode) ontvangt het ziekenfonds het volgende prestatie-attest (ZIMA 002):

Code	Aantal uren
001 (o.a. normale werkelijke arbeid)	52
010 (gewaarborgd loon tweede week)	20
011 (arbeidsongeschiktheid met aanvulling overeenkomstig de CAO 12bis/13bis)	16
050 (ziekte (ziekte of ongeval van gemeen recht))	79,2

Gemiddeld dagloon: $(20 \text{ EUR} \times 38) / 6 = 126,6667 \text{ EUR} (< \text{ZIV-plafond})$

Gederfde loon van de toeslag: $126,6667 \text{ EUR} \times 6 \text{ dagen} \times 16 / 38 = 320 \text{ EUR (voor 16 uren)}$

Bedrag van de toeslag: $60 \% \times 320 \text{ EUR} = 192 \text{ EUR (voor 16 uren)}$

VII. Betaaltermijn

Het ziekenfonds betaalt de toeslag op de uitkering met betrekking tot een periode na de maand februari 2024 (tijdelijke of definitieve oplossing) binnen dezelfde termijn als de termijn die is bepaald voor de betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die betrekking hebben op dezelfde referentieperiode⁵.

4. In het algemeen wordt bij de berekening van de uitkering van de gecontroleerde werklozen geen enkele tewerkstelling in aanmerking genomen ($Q = 38$). In voorkomend geval kan echter rekening worden gehouden met het gederfde loon "tewerkstelling" van bepaalde gecontroleerde werklozen (wegens de toepassing van de art. 31, 34, 43 of 43bis van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

5. Deze betalingstermijn varieert, ter herinnering, naargelang het gaat om primaire ongeschiktheidsuitkeringen of invaliditeitsuitkeringen (vgl. art. 20 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Uiterlijk op 1 april 2024 betaalt het ziekenfonds de toeslag op de uitkering die betrekking heeft op een periode vóór de maand maart 2024 (tijdelijke oplossing).

VIII. Specifieke bepalingen

Verschillende (anti)cumulatiebepalingen zijn niet van toepassing op de toeslag op de uitkering, in het bijzonder

- de cumulatieregeling (bedoeld in art. 104 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 230, § 1 van het K.B. van 03.07.1996) die van toepassing is als beroepsinkomsten in het kader van een toegelaten activiteit worden verworven
- de cumulatieregeling (bedoeld in art. 108, 3^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 235 van het K.B. van 03.07.1996) die van toepassing is in geval van de cumulatie met een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend hetzij door een Belgische of een buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut
- de cumulatieregeling (bedoeld in art. 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) die van toepassing is wanneer dezelfde schade op grond van een vergoeding krachtens een andere wetgeving wordt gedekt.

In geval van een laattijdige aangifte van (de verlenging van) de arbeidsongeschiktheid is de vermindering van de uitkeringen met 10% niet van toepassing op de toeslag op de uitkering (sanctie in geval van een laattijdige aangifte, behoudens de toepassing van de verwittigingsmaatregel).

De toekenning van de toeslag op de uitkering wordt daarentegen, net zoals de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, stopgezet zolang de gerechtigde niet voldoet aan de controleverplichtingen die hem door iedere krachtens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bevoegde persoon wordt opgelegd (art. 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

De gerechtigde kan ook, zoals voor de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen, verzaken aan de toekenning van de toeslag op de uitkering en deze verzaking beëindigen (art. 104*bis* van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 236*bis* van het K.B. van 03.07.1996).

IX. Op de toeslag op de uitkeringen in te houden bedrijfsvoorheffing

De Federale Overheidsdienst Financiën heeft aan de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV meegedeeld dat de bijlage III van het KB/WIB 1992 zal worden gewijzigd zodat, *tot en met 31 december 2024*, enkel een bedrijfsvoorheffing van 11,11% verschuldigd is als de toeslag op de uitkering betrekking heeft op een gedeelte van de kalendermaand die is aangevat vóór de periode van invaliditeit.

Vanaf 1 januari 2025 zal daarentegen altijd een bedrijfsvoorheffing van 11,11% verschuldigd zijn.

X. Maandelijks attest: papieren formulier

Sinds 1 juli 2020 is de werkgever (of zijn mandataris) in principe verplicht om de aangifte in geval van een aangepaste activiteit als werknemer tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid uitsluitend elektronisch te versturen.

De Dienst voor uitkeringen van het RIZIV publiceert echter nog steeds een model van een gelijkwaardig papieren formulier op de website van het RIZIV op het volgende adres:



<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/andere-professionals/werkgevers/uitkerings-en-moederschapsverzekering-formulieren-die-de-werkgever-moet-invullen>

Dit papieren formulier is, ter herinnering, bestemd voor werkgevers (of hun mandataris) die specifieke (technische) moeilijkheden (*overmacht*) ondervinden om, binnen de termijnen, over te gaan tot de maandelijkse aangifte van de prestaties van hun werknemer (en dit om een laattijdige betaling van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen door het ziekenfonds met betrekking tot de verstreken referteperiode te vermijden).

Een nieuwe rubriek is voorzien waarin de werkgever (of zijn mandataris) het aantal uren gelijkgesteld aan arbeidsuren meedeelt waarvoor hij een aanvulling betaalt op grond van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of nr. 13*bis*, evenals het bedrag vermeldt dat overeenstemt met 60% van het begrensde brutobedrag van het normale loon voor de uren die, tijdens het door de adviseerend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team toegestane werk, gedekt worden door de aanvulling toegekend krachtens de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of nr. 13*bis*.

Van toepassing vanaf 1 januari 2024.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/151 – 404/62 van 22 mei 2024.

V. De procedure voor verificatie door de V.I. van de toekenning van de vermindering of vrijstelling van de persoonlijke bijdrage voor verzekerden die als gerechtigde zijn ingeschreven in de hoedanigheid van resident.

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor het jaarlijks nazicht door de verzekeringsinstellingen (V.I.) van de juistheid van de bepaling van de persoonlijke bijdrage voor de verzekerden die zijn ingeschreven in de hoedanigheid beschreven in artikel 32, eerste lid, 15° van de gecoördineerde wet, “de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen” (verder aangeduid als “resident”) en die een volledige of gedeeltelijke vrijstelling genieten van de persoonlijke bijdrage die deze gerechtigden dienen te betalen in uitvoering van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De omzendbrief kadert binnen de vastgestelde regels van artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 en stelt de concrete uitvoeringsmodaliteiten vast voor deze verificatie die door de V.I. moet worden uitgevoerd.

1. De procedure

De verificatie van de toegekende vermindering of vrijstelling van de verplichte persoonlijke bijdrage als resident gebeurt door de V.I. waarbij de gerechtigde is aangesloten op 1 juli jaar X.

Ze bestaat uit een nazicht van de gevraagde bijdrage op basis van:

- een toetsing van in eerste instantie de verzekerbaarheidssituatie van alle gerechtigden met de hoedanigheid resident
- een inkomensonderzoek van een restgroep waarvoor de V.I. niet met zekerheid kan concluderen dat de huidige vrijstelling of vermindering van bijdrage op dat ogenblik nog terecht wordt toegekend.

De verificatie bestaat dus uit de volgende verschillende fases:

- samenstellen van de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is
- fase 1 van de eigenlijke verificatie: Een check van de verzekerbaarheidstoestand
- fase 2 van de eigenlijke verificatie: Een nieuw inkomensonderzoek (VOE + bewijsstukken).

Elk van deze fases wordt hierna verder uitgewerkt.

1) Samenstellen van de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is

De gerechtigden wiens bijdrageniveau wordt geverifieerd door middel van de procedure die in deze omzendbrief wordt beschreven, zijn de gerechtigden die gedurende 1 jaar, ononderbroken in de hoedanigheid van resident zijn ingeschreven en die gedurende dat volledige jaar dezelfde bijdrage betalen en geen inkomensonderzoek hebben ondergaan gedurende datzelfde jaar om hun bijdragecategorie te bepalen.

Met 1 jaar wordt 12 opeenvolgende kalendermaanden bedoeld. De periode van 1 jaar wordt ononderbroken vanaf het ogenblik dat de gerechtigde minimaal 1 dag de hoedanigheid van ingeschrevene in het Rijksregister niet meer bezit. Ook het feit dat betrokkene minstens 1 dag tijdens het voormelde jaar geen gerechtigde was, maar mogelijk rechten had op geneeskundige verzorging als persoon ten laste, wordt beschouwd als een onderbreking van de periode. Ook het feit dat het bijdrageniveau dat de gerechtigde resident moet betalen wijzigde, geldt als een onderbreking van het jaar. De verzekerde voor wie in de loop van het jaar een wijziging van de hoogte van de bijdrage werd toegepast, is per definitie al gecontacteerd (in functie van een verlaging of verhoging).¹

De aanvang van het voormelde jaar is de eerste dag waarop de inschrijving als resident uitwerking heeft. Indien het niet de eerste verificatie is, telt de dag dat het vorige heronderzoek werd opgestart als eerste dag van het jaar (op 01.04 van het voorgaande jaar, aangezien dit betekent dat een jaarlijkse evaluatie in het 2^e kwartaal een logisch gevolg is als er geen onderbreking is tussen twee evaluaties).

Daarnaast kijkt het ziekenfonds ook na welke bijdrage de gerechtigde gedurende het afgelopen jaar betaalde (het jaar zijn de 12 kalendermaanden voor de verificatie in april). Indien dit de hoogste bijdrage was, valt een verdere verificatie niet in het kader van deze omzendbrief.

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor de verificatie van de toekenning van de vermindering of vrijstelling van bijdrage. Gerechtigden die de hoogste bijdrage betalen, vallen buiten de verificatieprocedure bedoeld in deze omzendbrief.

Voor de gerechtigden met (gedeeltelijke) vrijstelling die gedurende 1 jaar ononderbroken in de hoedanigheid van resident zijn ingeschreven en die gedurende dat volledige jaar dezelfde bijdrage betalen, start het ziekenfonds/de V.I. de eigenlijke verificatie.

De onderbreking van het jaar kan dus te wijten zijn aan een verandering van hoedanigheid of een verandering van bijdragecategorie binnen de hoedanigheid van resident. Daarnaast kan het jaar ook onderbroken worden door een inkomensonderzoek voor de bepaling van de bijdragecategorie in de hoedanigheid van resident dat voordien al plaatsvond; ook als dit inkomensonderzoek leidt tot het betalen van dezelfde bijdragecategorie als voordien.

2) Fase 1 van de verificatie - Een check van de verzekeraarstoestand

Tijdens deze fase wordt de verzekeraarstoestand van de gerechtigde nagegaan.

Hierbij gaat het ziekenfonds na of de gerechtigde geniet van een recht op de verhoogde tegemoetkoming (VT). Indien de gerechtigde een recht heeft op de VT neemt de verificatie een einde. De vrijstelling van bijdrage blijft behouden (art. 134, voorlaatste lid, van het voormelde K.B. van 03.07.1996). Indien uit de verificatie blijkt dat de gerechtigde slechts een vermindering van bijdrage had, maar toch een recht op VT, moet de bijdragesituatie retroactief worden aangepast voor de periode waarin hij in de hoedanigheid van resident recht had op de VT.

1. Ook een inkomensonderzoek dat leidt tot het betalen van dezelfde bijdragecategorie als voordien wordt beschouwd als een onderbreking van de periode van 1 jaar.

Het ziekenfonds heeft 1 maand voor fase 1, namelijk de maand april. In april dienen de ziekenfondsen binnen de populatie van gerechtigden waarvoor de toegekende vermindering of vrijstelling van de verplichte persoonlijke bijdrage wordt geverifieerd, na te gaan welke gerechtigden een recht hebben op de VT en welke niet. Daarnaast sturen ze naar de gerechtigden waarvoor een nieuw inkomstenonderzoek moet worden georganiseerd de uitnodiging om een verklaring op erewoord in te vullen en de bewijsstukken te leveren.

Vanaf de integratie van de gedetineerden in de verzekering voor geneeskundige verzorging op 1 januari 2023 worden de gedetineerden en geïnterneerden die ingeschreven zijn als gerechtigde resident ook opgenomen in de verificatie. De uitsluiting voorzien voor geïnterneerden geplaatst in een zorginstelling wordt hiermee beëindigd in 2023.

Indien er geen recht is op de VT moet het ziekenfonds, ten tweede, ook nagaan of de gerechtigde in de loop van de 12 maanden voor de verificatie niet in het genot is van een leefloon of daaraan gelijkwaardige steun van het OCMW. Indien de gerechtigde daar gedurende 1 dag in de loop van deze periode recht op had, mag hij deze vrijstelling of vermindering van bijdrage behouden en mag het ziekenfonds de verificatieprocedure stopzetten. Hetzelfde geldt voor een recht op de Inkomensgarantie voor ouderen.

Naast de verzekerbaarheidstoestand neemt de VI ook een leeftijdscriterium mee in deze fase. De inkomsten van de gerechtigden in de hoedanigheid van resident met een leeftijd tot en met 18 jaar hoeven niet te worden geverifieerd.

Tabel 1 geeft een overzicht van de criteria die leiden tot de uitsluiting van de gerechtigde resident met vrijstelling of vermindering van bijdrage aan de verificatie.

Tabel 1: Uitsluitingscriteria
Minder dan 12 kalendermaanden vrijstelling of vermindering van bijdrage
Recht op VT op 1 juli X
Recht op leefloon (minimum 1 dag in voorbije 12 maanden)
Recht op IGO (minimum 1 dag in de voorbije 12 maanden)
Inkomensonderzoek dat vrijstelling of vermindering bevestigt door ziekenfonds gedurende de voorbije 12 maanden
≤ 18 jaar op 1 juli X
Minder dan 12 maanden of een onderbreking in de inschrijving als gerechtigde resident gedurende de voorbije 12 maanden

De ziekenfondsen sturen tussen 1 april en 30 juni een uitnodiging om een verklaring op erewoord in te vullen en de bewijsstukken te leveren naar de verzekerden die niet konden worden uitgesloten.

De verzekerden die actief zullen moeten deelnemen aan fase 2 van de verificatie worden dus door hun ziekenfonds geïnformeerd over het feit dat ze een nieuw inkomensonderzoek moeten ondergaan alsook over de gevolgen voor hun bijdrageplicht indien ze geen gevolg geven aan deze uitnodiging.

3. Fase 2 van de verificatie – Een nieuw inkomensonderzoek (VOE + bewijsstukken)

Voor de gerechtigden met een vermindering of vrijstelling van bijdrage zonder een recht op de VT uit de populatie van residenten waarvoor een verificatie van hun bijdrageniveau nodig is, start het ziekenfonds de 2^{de} fase van de verificatie in de periode mei-juni.

Deze 2^{de} fase bestaat uit een nieuw inkomstenonderzoek.

Dit inkomstenonderzoek is vergelijkbaar met het inkomstenonderzoek bij de inschrijving als gerechtigde in de hoedanigheid van resident.

De gerechtigde wordt in het tweede kwartaal van jaar X gecontacteerd. Hij komt langs in dat kwartaal en verklaart dezelfde inkomsten aan de hand van dezelfde verklaring als bij de inschrijving van een gerechtigde in de hoedanigheid van resident (namelijk de verklaring opgenomen in bijlage 2 van het K.B. van 15.01.2014 inzake de verhoogde verzekeringstegemoetkoming).

Daartoe dient de verzekerde een verklaring op erewoord betreffende de inkomsten van zijn gezin in te vullen en samen met bewijsstukken betreffende zijn inkomsten (aanslagbiljet, rekeninguittreksels, ...) over te maken aan zijn ziekenfonds. Het ziekenfonds vraagt bij de verklaring op eer de stukken op en voert de controles uit, die voorzien zijn bij de verklaring op eer in het kader van de verhoogde tegemoetkoming, en die worden beschreven in Hoofdstuk IV, afdeling VI 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.

De gevolgen van het nieuwe inkomstenonderzoek of het gebrek van een nieuw inkomstenonderzoek hebben een impact op de bijdragen die de gerechtigde resident zal moeten betalen vanaf het derde kwartaal van het jaar van de verificatie. In deel 2 “Gevolgen van een wijziging van het bijdrageniveau naar aanleiding van het heronderzoek” en deel 3 “Gevolgen indien de gerechtigde geen nieuw inkomstenonderzoek toelaat” wordt verder ingegaan op de verschillende mogelijke scenario’s.

2. Gevolgen van een wijziging van het bijdrageniveau naar aanleiding van het heronderzoek.

1) Indien bijdrage ongewijzigd blijft

Alles blijft hetzelfde.

2) Indien lagere bijdrage naar aanleiding van verificatie

De lagere bijdrage is van toepassing vanaf:

- 1 april, indien vastgesteld wordt dat het inkomen van T2 lager is dan het eerder gekend grensbedrag
- mocht naar aanleiding van de verificatie blijken dat er reeds voor T2 X lagere inkomsten zijn, dan gebruikt de V.I. de eerste dag van het kwartaal van het inkomensonderzoek
- de dag waarop de situatie of het recht waarop de vrijstelling van bijdrage gebaseerd is zich voordeed, onafhankelijk van het kwartaal waarin de verificatie werd uitgevoerd.

3) Indien hogere bijdrage naar aanleiding van verificatie

De hogere bijdrage is van toepassing vanaf de 1^e dag van het kwartaal volgend op heronderzoek of vanaf de dag van het verlies van het recht dat aan de oorsprong lag van de vrijstelling van bijdrage (vb. VT). Bijvoorbeeld: Indien de gerechtigde een vrijstelling van bijdrage genoot, maar toch geen recht op VT, moet de bijdragesituatie retroactief worden aangepast tot aan de datum dat hij/zij het recht op de VT verloor.

3. Gevolgen indien de gerechtigde geen nieuw inkomensonderzoek toelaat

Als de verzekerden niet reageren op de uitnodiging van hun ziekenfonds om een nieuw inkomensonderzoek te ondergaan, is vanaf 1 juli van het verificatiejaar de hoogste bijdrage op hen van toepassing.

De hoogste bijdragecategorie is voor hen van toepassing.

De bijdrage dient te worden betaald tegen het einde van het rechtsjaar (31 december X+3).

4. Belangrijke opmerkingen

Indien de gerechtigde resident een nieuw inkomensonderzoek wil afleggen buiten de procedure die wordt uitgewerkt binnen deze omzendbrief omdat hij/zij denkt dat het gezinsinkomen is gedaald, moet het ziekenfonds dit toelaten.

De gerechtigde resident is ertoe gehouden binnen de dertig dagen zijn ziekenfonds op de hoogte te brengen van elke wijziging die een verhoging van de inkomens tot gevolg heeft. (art. 134, 7de lid, van het voormelde K.B. van 03.07.1996)

Het ziekenfonds dient rekening te houden met elke wijziging in de samenstelling van het gezin van de gerechtigde resident. Als de gezinssamenstelling wijzigt, is een heronderzoek nodig.

Indien de gerechtigde deel uit maakte van de populatie beoogd door de verificatie uit deze omzendbrief en muteerde in de loop van het jaar van de verificatie (op 01.07 of 01.10) dan vervalt voor deze verzekerde de verplichting de inkomsten te verifiëren.

5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing op de verificatie van de vrijstelling of vermindering van persoonlijke bijdrage te betalen als gerechtigde resident vanaf 2024.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/102 – 2290/12 van 5 april 2024.

VI. Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

Door de toevoeging van punt “22°” in artikel 32, eerste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt met de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende de gezondheid een nieuwe categorie gerechtigden gecreëerd die recht hebben op geneeskundige verstrekkingen: de *niet-begeleide minderjarige vreemdelingen*.

Die bepaling is in werking getreden op 1 januari 2007. Toch is het koninklijk besluit van 3 augustus 2007 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, waarmee die bepaling wordt uitgevoerd, pas op 1 januari 2008 in werking getreden. Het is dus ten vroegste vanaf die datum dat een inschrijving in de hoedanigheid van NBMV mogelijk is.

A. Voorwaarden om te worden ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV

De hoedanigheid van gerechtigde NBMV, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 22°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kan worden toegekend aan personen, jonger dan 18 jaar, bedoeld in artikel 5 van Titel XIII – Hoofdstuk VI van de programmawet (I) van 24 december 2002 betreffende de voogdij over niet-begeleide minderjarige vreemdelingen (hierna Voogdijwet genoemd) die de twee voorwaarden vervullen vervat in hoger vermeld artikel 32, eerste lid, 22°.

Het komt toe aan de Dienst Voogdij van het Directoraat-generaal Wetgeving, Fundamentele Rechten en Vrijheden van de Federale Overheidsdienst Justitie om na te gaan of de vier voorwaarden vervuld zijn gesteld door de Voogdijwet om een jongere te kunnen identificeren als NBMV.

Het behoort toe aan de verzekeringsinstellingen om te controleren of aan de twee andere voorwaarden voldaan is zoals toegevoegd door hoger vermeld artikel 32, eerste lid, 22°. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)

Opdat een inschrijving in de hoedanigheid van NBMV kan worden overwogen dienen dus alle voorwaarden te worden vervuld.

§ 1. Verplichting van aanbieding bij een instelling voor preventieve ondersteuning - Leerplicht.

Men moet een onderscheid maken naargelang het kind al dan niet de leerplichtige leeftijd heeft bereikt. De periode van de leerplicht strekt zich uit over 12 jaar en vangt aan met het schooljaar dat begint in het kalenderjaar waarin het kind 6 jaar wordt en eindigt in het jaar waarin het kind achttien jaar wordt.

Het begrip “leerplicht” is bepaald bij de wet van 29 juni 1983 betreffende de leerplicht.

• *Als het gaat om een kind dat niet leerplichtig is:*

Het kind moet zijn aangeboden bij een door een Belgische overheid erkende instelling voor preventieve gezinsondersteuning, (O.N.E., Kind en Gezin, Dienst für Kind und Familie).

Het gaat om:

- structuren die door ONE zijn erkend (consultatiebureau voor kinderen van 0 tot en met 6 jaar, kinderkliniek, medisch-sociale antenne of periodieke consultatie), zoals bedoeld in het Besluit van de Regering van de Franse Gemeenschap van 9 juni 2004

- om consultatiebureaus en centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning die zijn erkend door «Kind en Gezin», zoals bedoeld in de Besluiten van 1 maart 2002 van de Vlaamse Regering
- en hun tegenhangers in de Duitstalige Gemeenschap die zijn erkend door de «Dienst für Kind und Familie».

De OCMW's hebben geen enkele bevoegdheid in de materie.

De nakoming van die verplichting wordt bevestigd door de indiening van het formulier waarvan het model is vastgelegd door de Dienst voor Administratieve Controle (zie bijlage 1¹).

Er dient te worden opgemerkt dat voor het kind dat, hoewel het niet leerplichtig is, is ingeschreven in een kleuterschool, het formulier kan worden ingevuld door de instelling waar het kind is ingeschreven.

- *Als het gaat om een kind dat leerplichtig is:*
Het kind moet:

=> *gedurende drie opeenvolgende maanden (1) regelmatig het basisniveau of het secundaire niveau van het onderwijs hebben gevolgd in een door een Belgische overheid erkende onderwijsinstelling (2).*

- (1) De definitie van regelmatig schoolbezoek is deze die wordt gebruikt in het kader van de reglementering betreffende het onderwijs die in elk van de betrokken gemeenschappen van toepassing is.

Het is gebaseerd op het register van de schoolbezoeken van de leerlingen en houdt rekening met afwezigheden die als gewettigd worden beschouwd. (Besl. van de Regering van de Franse Gemeenschap van 23.11.1998 en Besl. van de VI. Reg. van 21.03.2003).

- (2) De aan het onderwijs gewijde websites van de gemeenschappen bevatten jaarboeken waarin de lijst van de instellingen voor basisonderwijs en secundair onderwijs zijn opgenomen.

- De nakoming van die verplichting wordt bevestigd door de indiening van een bewijs van regelmatig schoolbezoek volgens het model dat is vastgelegd door de Dienst voor Administratieve Controle en dat is ingevuld door de instelling waar het kind is ingeschreven (zie bijlage 2²).

Dat veronderstelt dus dat het kind al bij een onderwijsinstelling is ingeschreven en dat het gedurende minstens drie opeenvolgende maanden regelmatig onderwijs heeft gevolgd.

Zodra de onderwijsinstelling meent dat er voor de maand in kwestie regelmatig schoolbezoek is volgens de op haar toepasselijke reglementering, komt het niet aan de verzekeringsinstelling toe om het aantal dagen te controleren tijdens dewelke de NBMV daadwerkelijk in de school aanwezig was. De reglementering vereist niet dat elke dag van de maand wordt gedekt door het uitgereikte attest: regelmatig schoolbezoek voor een bepaalde maand betekent immers niet dat de maand volledig gedekt zou zijn. Als de inschrijving aldus plaatsheeft in de loop van de maand en de school het attest van regelmatig schoolbezoek invult voor die maand, wordt die maand in aanmerking genomen.

- De schoolvakantiemaanden juli en augustus kunnen niet in aanmerking komen in het geval dat een kind voor de eerste keer wordt ingeschreven bij het begin van het nieuwe schooljaar in september.



Voorbeeld 1:

Een jongere wordt op 10 mei 2008 door de Dienst Voogdij geïdentificeerd als NBMV en wordt voor de eerste maal ingeschreven bij het begin van het nieuwe schooljaar in september. Hij zal drie opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek tellen op het einde van de maand november.

De maanden juli en augustus worden niettemin in aanmerking genomen om het tijdstip te bepalen waarop het recht op geneeskundige verzorging wordt geopend wanneer het kind regelmatig schoolbezoek aantoonde voor de maanden mei en juni, of enkel voor de maand juni, **en** een inschrijving voor het begin van het nieuwe schooljaar.

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Hier niet gepubliceerd.

 Voorbeeld 2:

Een jongere wordt op 9 april 2008 door de Dienst Voogdij geïdentificeerd als NBMV en op 4 mei ingeschreven in een onderwijsinstelling. Hij zal twee opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek tellen op het einde van de maand juni.

Als zijn voogd op 10 september een vraag om inschrijving als gerechtigde NBMV indient bij een verzekeringsinstelling, een getuigschrift van regelmatig schoolbezoek voor de maanden mei en juni overhandigt en later een getuigschrift overhandigt dat de inschrijving in een school voor de maand september aantoont, wordt het recht op geneeskundige verzorging van de NBMV geopend op 1 juli 2008 (eerste dag van het kwartaal waarin de aanvraag werd gedaan), omdat de maand juli in aanmerking zal worden genomen vermits de NBMV regelmatig was ingeschreven bij het begin van het nieuwe schooljaar en men veronderstelt dat de voorwaarde van drie opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek is vervuld.

- Ongewettigde afwezigheden die de onderwijsinstelling niet toelaten regelmatig schoolbezoek te attesteren tijdens de betrokken maand(en) onderbreken de berekening van de drie opeenvolgende maanden.

 Voorbeeld 3:

Een kind wordt op 21 januari 2008 ingeschreven in een onderwijsinstelling. Het volgt regelmatig de lessen tijdens de maand februari. Tussen 6 maart en 2 april is er een schoolonderbreking. Op 3 april herneemt het de lessen en volgt ze voortaan regelmatig. Eind juni zal het kind drie opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek tellen. Zijn recht op geneeskundige verzorging wordt geopend op 1 juli als, mits alle andere reglementaire voorwaarden zijn vervuld, de voogd in de loop van het derde kwartaal de inschrijving van de NBMV heeft gevraagd.

- Wanneer een kind achtereenvolgens gedurende drie opeenvolgende maanden meerdere onderwijsinstellingen moet bezoeken, moet elk van die instellingen een getuigschrift invullen waarin de periode wordt vermeld tijdens welke het kind was ingeschreven en regelmatig de lessen heeft bijgewoond.

 Voorbeeld 4:

Een kind wordt op 4 juni 2008 ingeschreven in een onderwijsinstelling X. Het volgt regelmatig de lessen tijdens de maand juni. Bij het begin van het nieuwe schooljaar in september wordt het ingeschreven in school Y. Op dat ogenblik zal het drie opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek tellen.

Als zijn voogd op 10 september bij een verzekeringsinstelling een aanvraag tot inschrijving indient in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV, een getuigschrift van regelmatig schoolbezoek van school X overhandigt voor de maand juni en later een getuigschrift van school Y dat de inschrijving in die instelling aantoont voor de maand september, wordt het recht op geneeskundige verzorging van de NBMV geopend op 1 juli 2008, omdat de maanden juli en augustus in aanmerking zullen worden genomen vermits de NBMV regelmatig was ingeschreven bij het begin van het nieuwe schooljaar in september en men veronderstelt dat hij drie opeenvolgende maanden regelmatig schoolbezoek telt bij het begin van het nieuwe schooljaar in september.

Wordt gelijkgesteld met het schoolbezoek, de periode gedurende dewelke de jongere geïdentificeerd als NBMV volgens de Voogdijwet, wordt opgevangen in een observatie- en oriëntatiecentrum (OOC van Neder-Over-Heembeek of van Steenokkerzeel) en lessen volgt gegeven door het centrum wanneer hij niet kon worden overgebracht naar een opvangstructuur van de gemeenschappen na afloop van de maximale termijn van 30 dagen bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 9 april 2007 tot vastlegging van het stelsel en de werkingsregels voor de centra voor observatie en oriëntatie voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen.

In het geval dat de kwetsbare jongere geïdentificeerd als NBMV volgens de Voogdijwet verblijft in het centrum Esperanto, wordt gelijkgesteld met het schoolbezoek, de periode die zich uitstrekt boven de 30 dagen die volgen op zijn opvang in het centrum.

Naargelang de jongere zich bevindt in de ene of de andere situatie, zal een getuigschrift van verblijf en aanwezigheid tijdens de lessen georganiseerd door de observatie- en oriëntatiecentra of door het centrum Esperanto moeten worden ingevuld en ingediend bij het ziekenfonds (bijlage 6 of 7³). (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)

=> *of in het kader van het buitengewoon onderwijs vrijgesteld zijn van leerplicht*

- door de Commissie van Advies voor het Buitengewoon Onderwijs
- of door de «Commission consultative de l'enseignement spécialisé»
- of door de «Sonderschulsausschuss».

De nakoming van die verplichting wordt bevestigd door de indiening van het advies van de bevoegde commissie.

Er dient te worden opgemerkt dat de indiening van het getuigschrift dat overeenstemt met de situatie van de betrokken minderjarige (getuigschrift van aanbidding in een instelling voor preventieve gezinsondersteuning, getuigschrift van regelmatig schoolbezoek gedurende drie opeenvolgende maanden, of advies van de bevoegde commissie in het geval van vrijstelling van leerplicht in het kader van het buitengewoon onderwijs, of getuigschrift van verblijf en aanwezigheid tijdens de lessen georganiseerd door de observatie- en oriëntatiecentra of door het centrum Esperanto) een voorwaarde is voor de inschrijving als gerechtigde NBMV. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)

Het is een voorwaarde waarvan de vervulling de inschrijving toelaat, in de veronderstelling dat de andere reglementaire voorwaarden zijn vervuld. Het is geen voorwaarde voor het **behoud van het recht op geneeskundige verzorging. Het moet dus niet worden hernieuwd.**

§ 2. Geen rechthebbende zijn van het recht op geneeskundige verzorging krachtens een andere bepaling van artikel 32, eerste lid, 1^o tot 21^o, van de GVV-wet of krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging.

Die bepaling heeft inzonderheid tot gevolg dat de NBMV die een asielaanvraag heeft ingediend die vóór 1 juni 2007 ontvankelijk is verklaard en die beschikt over een bijlage 25 of 26 en een attest van immatriculatie - model A, het recht op geneeskundige verzorging geniet in de hoedanigheid van gerechtigde resident op basis van artikel 32, eerste lid, 15^o, van de GVV-wet, op voorwaarde dat alle andere reglementaire voorwaarden zijn vervuld.

De NBMV die onder het toepassingsgebied van de omzendbrief van 15 september 2005 betreffende het verblijf van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen valt en die beschikt over een tijdelijk BIVR, geniet ook het recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van gerechtigde resident op basis van artikel 32, eerste lid, 15^o op voorwaarde dat alle andere reglementaire voorwaarden zijn vervuld.

Als de NBMV zich op basis van artikel 123, 3, f) 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, kan beroepen op de hoedanigheid van persoon ten laste, zal hij een recht op geneeskundige verzorging genieten dat is afgeleid van het recht van de gerechtigde ten laste van wie hij kan worden ingeschreven.

Er dient te worden opgemerkt dat volgens artikel 128^{sexies} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de tussenkomsten van de OCMW's in de kosten van geneeskundige verzorging hierbij niet worden beschouwd als een regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging. Dat geldt ook voor de materiële tenlasteneming door Fedasil of opvangstructuren van de gemeenschappen die daarvan afhangen.

B. Bevoegdheid van de Dienst voor administratieve controle bij de vaststelling van de bewijsmiddelen.

Krachtens artikel 128^{sexies} van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 moet de Dienst voor administratieve controle de bewijsmiddelen voor de hoedanigheid van NBMV volgens de Voogdijwet en de bewijsmiddelen voor de situaties die hen toelaten de hoedanigheid van gerechtigde NBMV te verwerven, vaststellen.

De hoedanigheid van NBMV volgens de Voogdijwet zal worden bewezen door de afgifte van de *kopie van de beslissing tot aanwijzing* door de Dienst Voogdij van het Directoraat-generaal Wetgeving, Fundamentele rechten en Vrijheden van de FOD Justitie, *van de voogd* van de NBMV waarvan de inschrijving wordt gevraagd (zie bijlage 3⁴). Dit document attesteert in zijn considerans dat de voorwaarden voor de opening van de voogdij opgesomd in artikel 5 van hoofdstuk 6 titel XII “voogdij over niet-begeleide minderjarigen” van de programmawet van 24 december 2002, gewijzigd bij de programmawet van 22 december 2003, zijn vervuld in hoofde van de betrokken minderjarige, die heeft verklaard te zijn geboren op die datum.

Aan de voorwaarden voor opening van de voogdij is voldaan zodra de aanvraag tot benoeming van een voogd is ingediend. Een persoon wordt dus als een NBMV beschouwd wanneer de Dienst Voogdij van de FOD Justitie verklaart dat de procedure voor de aanstelling van een voogd aan de gang is. Het attest in bijlage 8 bij deze omzendbrief wordt daarom beschouwd als gelijkwaardig aan het definitieve benoemingsbesluit (bijlage 3).

De Dienst voor administratieve controle moet ook de opvangstructuren van de gemeenschappen preciseren waarvan de tenlasteneming niet moet worden beschouwd als een regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging.

Ter informatie is de lijst van deze opvangcentra opgenomen in de bijlagen 4 en 5 van deze omzendbrief. Deze lijsten, opgesteld door Fedasil, bevatten respectievelijk de Franstalige en Nederlandstalige vestigingen die NBMV's ontvangen.

C. Kenmerken die samenhangen met de hoedanigheid van gerechtigde NBMV.

De erkenning van de hoedanigheid van gerechtigde NBMV houdt de toepassing in van meerdere bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

§ 1. Inschrijving

De voorwaarden van inschrijving bij een verzekeringsinstelling, zoals bedoeld in artikel 252, eerste lid, zijn van toepassing op de NBMV:

De voogd van de NBMV zal het ziekenfonds van zijn keuze een aanvraag om inschrijving bezorgen die conform het model is dat bij het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, is gevoegd.

De inschrijving van de jongere in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV heeft slechts uitwerking vanaf de eerste dag van het kwartaal gedurende hetwelke de aanvraag om inschrijving werd gedaan (art. 252, zesde lid). Evenwel, in de behartigenswaardige gevallen erkend als zodanig, kan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle beslissen dat de inschrijving kan gebeuren met terugwerkende kracht (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010).

**Voorbeeld 5:**

Een jongere wordt op 17 maart 2008 door de Dienst Voogdij geïdentificeerd als NBMV en heeft regelmatig de lessen gevolgd gedurende meer dan drie opeenvolgende maanden.

Zijn voogd vraagt zijn inschrijving op 16 juli 2008. Het recht op geneeskundige verzorging wordt geopend op 1 juli 2008.

De inschrijving in de loop van het eerste semester 2008 van de jongere die als niet-begeleide minderjarige vreemdeling werd geïdentificeerd door de Dienst Voogdij van de FOD Justitie, die in de loop van het eerste trimester van 2008 de twee bijkomende voorwaarden vervult die worden opgelegd door artikel 32, eerste lid, 22°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, heeft bovendien uitwerking op 1 januari 2008. (Wijziging ingevoegd op 27.06.2008)

§ 2. Opening van het recht

De bepalingen van artikel 129, eerste lid, inzake de opening van het recht zijn van toepassing op de gerechtigde NBMV. Het recht op de verstrekkingen wordt geopend op de datum waarop de inschrijving uitwerking heeft. Het recht wordt behouden tot 31 december van het kalenderjaar dat volgt op dat waarin het recht werd geopend.

**Voorbeeld 6:**

Een kind van 15 jaar wordt op 20 juli 2008 door de Dienst Voogdij geïdentificeerd als NBMV en heeft regelmatig de lessen gevolgd sinds meer dan drie opeenvolgende maanden.

Zijn voogd vraagt zijn inschrijving op 19 september 2008. Het recht op geneeskundige verzorging wordt geopend op 1 juli 2008 en wordt toegekend tot 31 december 2009.

§ 3. Verlies van de hoedanigheid van NBMV

Krachtens artikel 24 van de Voogdijwet wordt de specifieke voogdij over niet-begeleide minderjarigen van rechtswege beëindigd:

1° wanneer de minderjarige wordt toevertrouwd aan de persoon die het ouderlijk gezag of de voogdij uitoefent krachtens de wet die van toepassing is overeenkomstig artikel 35 van de wet van 16 juli 2004 houdende het Wetboek van internationaal privaatrecht;

2° wanneer de minderjarige achttien jaar wordt;

3° ingeval van overlijden, ontvoogding, adoptie, huwelijk of verwerving van de Belgische nationaliteit of van de nationaliteit van een lidstaat van de Europese Economische Ruimte;

4° op het tijdstip van de verwijdering van de minderjarige van het grondgebied;

5° ingeval de minderjarige is verdwenen uit zijn plaats van opvang en zijn voogd reeds vier maanden geen nieuws van hem heeft ontvangen.

6° wanneer hem een verblijfstitel van onbepaalde duur wordt afgeleverd (en hij dus is erkend als vluchteling).

- Voor de situaties bedoeld in 1°, 2° en 3° geldt dat, bij verlies van de hoedanigheid van NBMV, de jongere moet worden ingeschreven in de verworven nieuwe hoedanigheid (andere gerechtigde dan gerechtigde NBMV, of persoon ten laste). De wijziging van de hoedanigheid heeft uitwerking op de dag waarop de nieuwe hoedanigheid wordt verworven.
- Voor de situaties bedoeld in 4° en 5° zal het recht op geneeskundige verzorging worden verlengd overeenkomstig de regelen van behoud van het recht (zie infra, punt C, § 4).
- Voor de situatie bedoeld in 6° dient men de jongere in te schrijven in de hoedanigheid van gerechtigde resident.

Wanneer de betrokken persoon niet langer minderjarig is, namelijk wanneer hij 18 jaar wordt, verliest hij in ieder geval de hoedanigheid van NBMV.

De beslissing tot aanwijzing van een voogd door de Dienst Voogdij van de FOD Justitie vermeldt de geboortedatum van de NBMV voor wie de voogd wordt aangewezen.

De NBMV die de leeftijd van 18 jaar bereikt valt onder het toepassingsgebied van de wet van 15 december 1980 en dient een procedure in te voeren overeenkomstig die bepalingen.



Voorbeeld 7:

Een meisje van 17 jaar wordt op 31 mei 2008 door de Dienst Voogdij als NBMV geïdentificeerd en heeft sinds meer dan drie opeenvolgende maanden regelmatig de lessen gevolgd.

Haar voogd vraagt haar inschrijving op 22 juli 2008. Het recht op geneeskundige verzorging wordt geopend op 1 juli 2008 en wordt toegekend tot 31 december 2009. Ze huwt op 15 oktober 2008 met een Belg, werknemer. Ze verwerft de hoedanigheid van echtgenote persoon ten laste op de datum van het huwelijk, voor zover de reglementaire voorwaarden daartoe zijn vervuld, en verliest op die datum de hoedanigheid van gerechtigde NBMV. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010).

§ 4. Behoud van het recht

De bepalingen van artikel 131, § 1, inzake het behoud van het recht op geneeskundige verstrekkingen zijn van toepassing op de gerechtigde NBMV.

Het behoud van het recht is niet afhankelijk van de hernieuwing van de getuigschriften bedoeld in punt A, § 1, *in fine* van deze omzendbrief.

De verdere toekenning van het recht is onderworpen aan de voorwaarde dat de hoedanigheid van gerechtigde nog bestond in het laatste kwartaal van het refertejaar of in de loop van het daaropvolgende kalenderjaar. De voorwaarde betreffende de betaling van bijdragen is immers niet van toepassing, vermits er geen bijdrage verschuldigd is (zie *infra* § 5).



Voorbeeld 8:

Een jongere, geboren op 10 mei 1991, wordt op 29 juli 2008 door de Dienst Voogdij als NBMV geïdentificeerd en heeft regelmatig de lessen gevolgd sinds meer dan drie opeenvolgende maanden.

Zijn voogd vraagt zijn inschrijving op 10 september 2008. Het recht op geneeskundige verzorging wordt geopend op 1 juli 2008 en wordt toegekend tot 31 december 2009. Vermits hij in het laatste trimester van 2008 nog steeds minderjarig was, kan het recht op 1 januari 2010 worden verlengd.

Op 1 januari 2011 kan zijn recht niet worden verlengd in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV, vermits hij op 10 mei 2009 meerderjarig is geworden,

Het tijdvak in de loop waarvan de betrokkene de hoedanigheid van gerechtigde NBMV heeft, wordt gelijkgesteld met een periode die wordt gedekt door voldoende bijdragen (art. 290).



Voorbeeld 9:

Op 4 mei 2009 bereikt een jongere ingeschreven in de hoedanigheid van NBMV de leeftijd van 18 jaar. Hij beschikt over een BIVR en voldoet aan de voorwaarden om de hoedanigheid van gerechtigde resident te kunnen laten gelden.

Op 1 november 2009 wordt hij aangeworven in het kader van een arbeidscontract.

Op 1 januari 2011 zal worden onderzocht of het recht op geneeskundige verzorging kan worden verlengd op basis van het refertejaar 2009.

Het blijkt dat is voldaan aan de voorwaarde van hoedanigheid in het laatste kwartaal 2009. De jongere is werknemer, hij is ook resident. Als hij kiest voor de hoedanigheid van werknemer, zal bij de berekening van de eventuele aanvullende bijdrage rekening worden gehouden met de periode van 1 januari tot 4 mei 2009 als een periode die geacht wordt te zijn gedekt door voldoende bijdragen.

§ 5. Andere kenmerken

- De gerechtigde NBMV kan aanspraak maken op de geneeskundige verstrekkingen zonder betaling van een persoonlijke bijdrage (art. 136).
- De gerechtigde NBMV geniet de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)
- Zijn kinderen worden ingeschreven te zijnen laste. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)

D. Bijzondere situatie van de NBMV die een jonge moeder is

Wanneer een NBMV die asiel aanvraagt of die de voorwaarden voor toegang tot en verblijf op het grondgebied niet vervult, in België bevalt, is haar situatie verschillend naargelang haar kind overeenkomstig artikel 10 van het Wetboek van de nationaliteit al dan niet de Belgische nationaliteit krijgt.

- Als het kind de Belgische nationaliteit krijgt:
De moeder zal kunnen worden ingeschreven als persoon ten laste van haar kind, als zij alle daartoe vastgestelde reglementaire voorwaarden vervult. In dit opzicht dient er te worden opgemerkt dat het voor haar moeilijk en zelfs onmogelijk zal zijn om te bewijzen dat zij dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als haar kind. In dat geval zal ze gerechtigde NBMV blijven als zij al in die hoedanigheid was ingeschreven en haar kind zal worden ingeschreven in de hoedanigheid van persoon ten laste. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010)
- Als het kind niet de Belgische nationaliteit krijgt:
De moeder zal in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV kunnen worden ingeschreven, als zij alle daartoe vastgestelde reglementaire voorwaarden vervult en haar kind zal ingeschreven kunnen worden als persoon ten laste. (Wijziging ingevoegd op 01.09.2010).

E. Inwerkingtreding van de bepalingen

Zoals hierboven al werd vermeld, is de wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, waarbij de nieuwe hoedanigheid van gerechtigde NBMV wordt ingevoegd, op 1 januari 2007 in werking getreden.

Het koninklijk besluit van 3 augustus 2007 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, waarbij de bepaling wordt uitgevoerd, is slechts op 1 januari 2008 in werking getreden.

Dit heeft tot gevolg dat er pas op zijn vroegst vanaf 1 januari 2008 een inschrijving in die hoedanigheid kan zijn en dat deze omzendbrief vanaf dezelfde datum van toepassing is.

Er dient te worden opgemerkt dat de naleving van de verplichte aanbieding bij een door een Belgische overheid erkende instelling voor preventieve gezinsondersteuning, van het regelmatig schoolbezoek gedurende drie opeenvolgende maanden, of het advies van de bevoegde commissie in geval van vrijstelling van leerplicht in het kader van het buitengewoon onderwijs, kan dateren van voor 1 januari 2008.

 Voorbeeld 10:

Een kind jonger dan zes jaar, dat op 1 oktober 2007 als NBMV is geïdentificeerd door de dienst Voogdij, wordt aangemeld voor een consultatie van Kind en Gezin op 12 december 2007. Als het kind het recht op geneeskundige verzorging niet geniet krachtens een andere bepaling van artikel 32, eerste lid, 1° tot 21°, van de GvU-wet, voldoet het aan alle voorwaarden opdat een inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV mogelijk zou zijn vanaf 1 januari 2008.

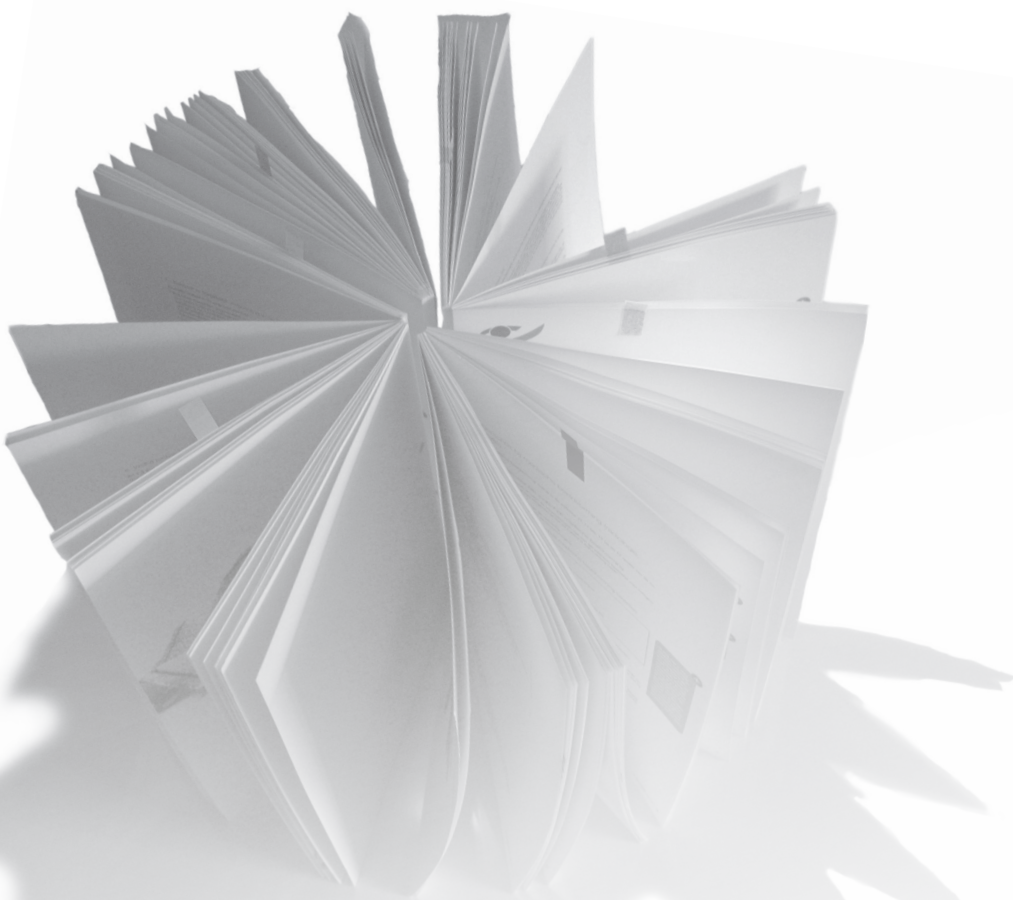
 Voorbeeld 11:

Een minderjarige van 15 jaar die op 23 juni 2007 als NBMV wordt geïdentificeerd door de dienst Voogdij, wordt op 1 september 2007 ingeschreven in een onderwijsinstelling en woont de lessen regelmatig bij. Eind november 2007 zal hij 3 opeenvolgende maanden van regelmatig schoolbezoek hebben. Als hij het recht op geneeskundige verzorging niet geniet krachtens een andere bepaling van artikel 32, eerste lid, 1° tot 21°, van de GvU-wet, voldoet hij aan alle voorwaarden voor een inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde NBMV vanaf 1 januari 2008.

 Omzendbrief V.I. nr. 2024/103 – 2281/5 van 9 april 2024.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, §19) vanaf 1 mei 2024.

Van toepassing vanaf 1 mei 2024.

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 17.749,24 en 3.285,87 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijs en aan de evolutie van de welvaart, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Op 1 mei 2024 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
27.550,86 EUR	5.100,42 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2024/123 – 3991/386 van 30 april 2024.

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 mei 2024.

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

Indexering van de grensbedragen

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

Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
Vanaf 1 augustus 2022	40.668,62	4.383,98
Vanaf 1 november 2022	41.482,80	4.471,78
Vanaf 1 december 2022	42.312,15	4.561,31
Vanaf 1 januari 2023	42.312,15	4.682,19
Vanaf 1 juli 2023 (welvaart)	42.312,15	4.775,84
Vanaf 1 november 2023	43.159,21	4.871,39
Vanaf 1 januari 2024	43.159,21	5.000,48
Vanaf 1 mei 2024	44.021,43	5.100,42

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
2023	42.453,33	4.744,94



Omzendbrief V.I. nr. 2024/125 – 270/99, 273/100, 274/101, 276/150, 2790/103, 2791/99, 2792/98, 3910/2180 en 83/525 van 30 april 2024.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Charlotte Lefebvre
De h. Jonathan Owczarek
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Espérance Nahimana
Mevr. Zoé De Clippel
Mevr. Lieselot Bolle
Mevr. Evelyne Christophe

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726