

1^e Deel

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



2^e trimester 2024

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2024	14.04.2024	Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake de uitkerings- en moederschapsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet wijzigt de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en omvat de volgende twee onderwerpen:

- wijzigingen ingevolge het in overeenstemming brengen van de bepalingen over de jaarlijkse vakantie met de richtlijn 2003/88/EG van 4 november 2003 betreffende een aantal aspecten van de organisatie van de arbeidstijd

In het kader van de aanpassing van de Belgische wetgeving over de jaarlijkse vakantie aan de Europese rechtspraak en de richtlijn 2003/88/EU van 4 november 2003 betreffende een aantal aspecten van de organisatie van de arbeidstijd (in het bijzonder art. 7, dat aan de Lidstaten de verplichting oplegt om de nodige maatregelen te treffen opdat elke werknemer jaarlijks een vakantie van ten minste vier weken met behoud van loon geniet), wordt de anticumulatiebepaling opgeheven die bepaalt dat de gerechtigde geen aanspraak heeft op uitkeringen voor de periode gedekt door vakantiegeld (art. 103, § 1, 2^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Als de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde een activiteit zonder de toelating van de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team 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).

- de toekenning van een toeslag op de uitkering in geval van de onderbreking van de uitoefening van een toegelaten activiteit

Er wordt een toeslag op de uitkering toegekend aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde voor de periode van arbeidsongeschiktheid die tijdelijk, na het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon van 14 dagen (bedoeld in art. 52, § 1 en art. 71, eerste lid van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten), de uitvoering van de toegelaten arbeid schorst en waarin hij een op basis van het gederfde loon van de toegelaten arbeid berekende aanvulling ten laste van de werkgever geniet overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of 13*bis*.

Verschillende (anti)cumulatiebepalingen zijn niet van toepassing op de toeslag op de uitkering, in het bijzonder:

- => de cumulatieregeling (bedoeld in art. 104, 1^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) 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) 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 worden 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).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2024	12.05.2024	Wet tot wijziging van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor wat de inwerkingtreding van het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2024-2025 betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 50, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt tussen het achtste en het negende lid een als volgt geformuleerd lid ingevoegd:

“In afwijking van het eerste lid, eerste zin, treedt het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2024-2025 in werking, behoudens indien meer dan 45 procent van de tandheelkundigen elektronisch via een beveiligde onlinetoepassing die hun ter beschikking is gesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering kennis hebben gegeven van hun weigering tot toetreding tot de termen van het genoemde akkoord.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2024	12.05.2024	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de vernieuwing van terugbetalingsprocedures met het oog op snelle en duurzame toegang tot geneesmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

De verschillende aanpassingen aangebracht in de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, hebben als doel:

- een vergoedingsproces op te zetten dat meer vanuit de aanvraag gestuurd wordt
- een snellere toegang te bieden tot innovaties met een (potentiële) toegevoegde waarde voor de rechthebbenden
- een betere beoordeling van de meerwaarde en de wetenschappelijke evidentie op te zetten
- de transparantie te verhogen op het niveau van de procedures en het gebruik van publieke middelen
- patiënten in toenemende mate te betrekken
- de betrokken actoren meer verantwoordelijk te maken en het ethische kader te versterken
- rekening te houden met nieuwe ontwikkelingen in het geneesmiddelenbeleid op Europees niveau
- publieke middelen gericht en efficiënter toe te wijzen
- doelgerichte en effectieve mobilisatie van overheidsdepartementen en samenwerking tussen deze departementen, waarbij zo mogelijk ook actoren van buiten de overheid worden betrokken
- de procedures te harmoniseren en, waar mogelijk, te vereenvoudigen en efficiënter te maken

- de opdracht van het bestaande College van Artsen-directeurs en daarmee het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) wordt herzien
- de opdracht en de verantwoordelijkheden van de bestaande Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel (CATT) worden herzien en uitgebreid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.06.2024	18.05.2024	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid en financiën

Samenvatting van de wijzigingen

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

- artikel 34, eerste lid, wordt aangevuld met accessoires die bedoeld zijn om het hoofd te bedekken, zodat deze artikelen in de toekomst door de verzekering kunnen worden gedekt
- hervorming van de besparingsmaatregelen toegepast op vergoedbare farmaceutische specialiteiten
- toekenning van een financiële tegemoetkoming voor de invoering en werking van een continuïteitssysteem in de thuisverpleging (art. 36*septiesdecies*)
- invoering van een onbeschikbaarheidsbijdrage ten laste van de farmaceutische firma's om de kosten van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 72*ter* te dekken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.06.2024	29.05.2024	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft geschillen met betrekking tot kaderbeslissingen tot snelle of vroege toegang

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de opheffing van de bepaling betreffende de bevoegdheden van de Raad van State in de huidige procedures (art. 25*octies/2*)
- de integratie van een bepaling betreffende de bevoegdheden van de Raad van State voor de beslissingen over vroege toegang en de beslissingen over snelle toegang (art. 31*quinquies*, § 3).

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , 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

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- B., 1°, a), wordt aangevuld
- in B., 2° worden de rangnummers “, 106610, 106691” ingevoegd na het rangnummer “104554”
- in *Bbis*, 2°, eerste lid, wordt het rangnummer “106610,” ingevoegd na het rangnummer “103434” en de woorden “en op voorwaarde dat”
- in *Bbis*, 2°, wordt het zevende lid opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.04.2024	14.04.2024	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

Het koninklijk besluit wijzigt de reglementering van de uitkeringsverzekering voor werknemers om te bepalen dat er geen vragenlijst tien weken na de aanvang van de primaire ongeschiktheid wordt verzonden, geen eerste fysieke contact uiterlijk tijdens de vierde maand van de primaire ongeschiktheid plaatsvindt en geen inschatting van de restcapaciteiten tijdens de vierde maand van de primaire ongeschiktheid plaatsgrijpt als de arbeidsongeschiktheid is aangevat:

- gedurende de periode van zes maanden voorafgaandelijk de maand die volgt op die waarin de gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd bereikt
- na de maand waarin de gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.04.2024 - Editie 2	21.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- 4^o wordt vervangen
- C. wordt aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.05.2024	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 219 <i>ter</i> , 228 en 230 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Naar aanleiding van de opheffing van de anticumulatiebepaling die bepaalt dat de gerechtigde geen aanspraak heeft op uitkeringen voor de periode gedekt door vakantiegeld, worden de volgende bepalingen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 opgeheven:

- artikel 219*ter*, § 1, derde lid: deze bepaling voorziet dat in geval van een maatregel van gedeeltelijke werkverwijdering (aanpassing van de arbeidsomstandigheden of de risicogebonden werktijden, of de verandering van arbeidsplaats) de uitkeringen worden geweigerd voor de dagen gedekt door vakantiegeld
- artikel 228, § 2: deze bepaling omschrijft de aanrekenwijze van de dagen wettelijke vakantie, de vakantiedagen krachtens algemeen verbindend verklaarde collectieve arbeidsovereenkomst en de bijkomende vakantiedagen (i) die samenvallen met een tijdvak van arbeidsongeschiktheid, op voorwaarde dat de arbeidsongeschiktheid is aangevangen tijdens de vakantieperiode, of (ii) die de gerechtigde wegens zijn arbeidsongeschiktheid niet kan nemen vóór het einde van het vakantiejaar en die aanleiding hebben gegeven tot de uitbetaling van een vakantiegeld of een loon
- artikel 230, § 1*bis*: deze bepaling stelt dat bij de uitoefening van een toegelaten activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid de uitkeringen worden geweigerd voor de dagen gedekt door vakantiegeld die de gerechtigde vóór het einde van het vakantiejaar niet heeft opgenomen.

Dit koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2024 en is voor de eerste keer van toepassing op het vakantiegeld dat betrekking heeft op het vakantiejaar 2024, vakantiedienstjaar 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.05.2024	24.04.2024	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

Wegens de toekenning van een toeslag op de uitkering aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde voor de periode van arbeidsongeschiktheid die tijdelijk, na het verstrijken van de periode van gewaarborgd loon van 14 dagen, de uitvoering van de toegelaten arbeid schorst en waarin hij een op basis van het gederfde loon van de toegelaten arbeid berekende aanvulling ten laste van de werkgever geniet overeenkomstig de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 12*bis* of 13*bis*, bepaalt dit koninklijk besluit in het bijzonder de wijze waarop het bedrag van deze toeslag op de uitkering wordt vastgesteld op grond van het gederfde loon van de gerechtigde, met inbegrip van het maximumbedrag ten belope waarvan dat loon in aanmerking genomen wordt.

Het voormelde koninklijk besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2024 - Editie 1	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 37*bis*, § 1, C, 1^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- het rangnummer “103994” wordt ingevoegd tussen de rangnummers “103250” en “105372”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2024 - Editie 1	26.04.2024	Koninklijk besluit tot vervanging van artikel 233 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

Artikel 233 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt onder welke voorwaarden de uitkeringen worden toegekend in geval van een periode van vrijheidsberoving.

Via het voormelde koninklijk besluit van 26 april 2024 wordt artikel 233 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 in die zin aangepast dat de schorsing van de toekenning van de uitkeringen ook van toepassing is bij een verblijf in een transitiehuis. Er wordt ook gepreciseerd dat de schorsing behouden blijft in geval van de toekenning van een uitgaansvergunning, behalve als de gerechtigde op grond van deze strafuitvoeringsmodaliteit een beroepsactiviteit met de toelating van de adviserend arts (of de medewerker van het multidisciplinaire team) verricht. Het plaatsingsplan voorziet immers doorgaans uitgaansvergunningen als de betrokkene een beroepsactiviteit wil uitoefenen.

Verder wordt rekening gehouden met het huidige juridische kader inzake het leesrecht waarover de verzekeringsinstellingen beschikken met betrekking tot de elektronische verzending van de gegevens die afkomstig zijn van de FOD Justitie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.05.2024	12.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 11, § 1 van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de woorden “en 589735-589746” vervangen door de woorden “, 589735-589746, 590251-590262 en 590273-590284”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 6, d) 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, de volgende wijziging aangebracht:

- de woorden “in § 5 “tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie” in artikel 5” worden vervangen door de woorden “in § 5 “tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie en/of oligodontie” in artikel 5”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.06.2024 - Editie 1	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1 ^o , 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 afdeling 3 “Oncologie” van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- een nieuwe onderafdeling 1 met als titel “Zorgprogramma voor oncologie” wordt ingevoegd, waarin het huidige artikel 16 is opgenomen
- een onderafdeling 2 en een artikel 16*bis* worden ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 50, § 11, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de vaststelling van de berekeningsbasis voor de verzekeringstegemoetkoming van de tandheelkundige zorgen
10.06.2024 - Editie 1	25.05.2024	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 50, § 11, derde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de vaststelling van de berekeningsbasis voor de verzekeringstegemoetkoming van de tandheelkundige zorgen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- onverminderd de aanpassingen na 1 januari 2024 van de nomenclatuur van de tandheelkundige verstrekkingen in uitvoering van artikel 35 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, dienen de sleutelletters als berekeningsbasis voor de verzekeringstegemoetkoming
- dit besluit treedt in werking op 1 januari 2024 en treedt buiten werking, in voorkomend geval, per streek zoals bedoeld in artikel 50, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, vanaf de inwerkingtreding van een nieuw akkoord gesloten binnen de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.06.2024	12.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, 1 ^e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt een onderafdeling 5 en een artikel 15*bis* ingevoegd die de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van het zorgprogramma beroertezorg regelen.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 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
10.06.2024 - Editie 1	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 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, de volgende wijzigingen aangebracht:

- paragraaf 1 wordt als volgt gewijzigd:
 - => in de rubriek “conserverende verzorging” na de verstrekking 374791-374802 wordt de toepassingsregel vervangen;
 - => in de rubriek “radiografieën” wordt de verstrekking 377016-377020 geschrapt;
 - => in de rubriek “radiografieën” worden de verstrekkingen 377090-377101 en 377274-377285 geschrapt;
 - => in de rubriek “radiografieën” na de verstrekking 377053-377064 worden de verstrekkingen 377296-377300; 377311-377322; 377333-377344 en 377355-377366 en toepassingsregels ingevoegd;
 - => in de rubriek “radiografieën” worden de verstrekkingen 377112-377123 en 377134-377145 vervangen.
- lid 2 wordt gewijzigd als volgt:
 - => in de rubriek “radiografieën” wordt de verstrekking 307016-307020 geschrapt;
 - => in de rubriek “radiografieën” worden de verstrekkingen 307090-307101 en 307274-307285 geschrapt;
 - => in de rubriek “radiografieën” na de verstrekking 307053-307064 worden de verstrekkingen 307296-307300; 307311-307322; 307333-307344 en 307355-307366 en toepassingsregels ingevoegd;
 - => in de rubriek “radiografieën” worden de verstrekkingen 307112-307123 en 307134-307145 geschrapt.
- paragraaf 3 wordt gewijzigd als volgt:
 - => de verstrekking 305911-305922 wordt vervangen;
 - => de verstrekking 305874-305885 wordt geschrapt.
- paragraaf 4 wordt gewijzigd als volgt:
 - => de omschrijving van de verstrekking 389631-389642 wordt vervangen.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 6 van dezelfde bijlage de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 4bis., wordt het laatste lid gewijzigd
- in § 17 “radiografieën”, bij punt “2. Cumul en toegang.” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid worden de verstrekkingen “307112-307123 en 307134-307145” in de toepassingsregel geschrapt;
 - => het derde lid wordt vervangen.

- in § 18 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het tweede lid worden de verstrekkingen 377016-377020, 307016-307020, 377090-377101, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 377274-377285, 307274-307285 geschrapt;
 - => in het tweede lid, na de verstrekking 307053-307064 worden de verstrekkingen 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322 ingevoegd;
 - => in het tweede lid, na de verstrekking 307252-307263 worden de verstrekkingen 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366 ingevoegd;
 - => in het derde lid worden de verstrekkingen 305874-305885, 377016-377020, 307016-307020, 377090-377101, 307090-307101, 307112-307123, 307134-307145, 377274-377285, 307274-307285 geschrapt;
 - => in het derde lid, na de verstrekking 307053-307064 worden de verstrekkingen 377296-377300, 377311-377322, 307296-307300, 307311-307322 ingevoegd;
 - => in het derde lid, na de verstrekking 307252-307263 worden de verstrekkingen 377333-377344, 377355-377366, 307333-307344, 307355-307366 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

De minimumdrempel voor de terugbetaling van toerusting ter correctie van het gehoor wordt vastgesteld op 35 dB.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
13.05.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 31 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

De minimumdrempel voor de terugbetaling van toerusting ter correctie van het gehoor wordt vastgesteld op 35 dB.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.04.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
12.06.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>
08.07.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de verstrekkingen voor de verpleegkundigen als volgt gewijzigd vanaf 1 juli 2024:

- tussen de huidige rubrieken 3^o*bis* en 4^o wordt een rubriek 3^o*ter* ingevoegd luidende: “3^o*ter* Verstrekkingen verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van mindervaliden, tijdens het weekeind of op een feestdag.”
- in deze nieuwe rubriek 3^o*ter* worden de verstrekkingen 429914, 429936, 429951, 429973, 429995, 430010, 430032, 430054, 430076, 430091, 430113, 430135, 430150, 430172, 430194, 430216, 430231, 430253, 430275, 430290, 430312, 430334, 430356, 430371, 430393, 430415, 430430, 430452, 430474, 430496 & 430511 toegevoegd.

Dankzij deze aanpassingen ontvangen de verpleegkundigen een hogere vergoeding voor deze verstrekkingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.04.2024	24.03.2024	Koninklijk besluit tot bepaling van de regels volgens dewelke de voorwaarden bedoeld in artikel 20, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden geacht te zijn voldaan

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2020 en 2021 worden de centra voor autologe transplantatie van hematopoïetische bloedstamcellen geacht te voldoen aan de voorwaarden vermeld in artikel 20, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, om de verstrekkingen 470632-470643, te kunnen aanrekenen in 2021, 2022 en 2023, wanneer deze centra in het jaar 2019 aan deze voorwaarden voldeden.

Voor de jaren 2020 en 2021 worden de centra voor allogene transplantatie van hematopoïetische bloedstamcellen geacht te voldoen aan de voorwaarden vermeld in artikel 20, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, om de verstrekkingen 470551-470562, 470573-470584, 470595-470606, 470610-470621, 470654-470665, 470680, 470691-470702 en 470864 te kunnen aanrekenen in 2021, 2022 en 2023, wanneer deze centra in het jaar 2019 aan deze voorwaarden voldeden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 14, h), § 1, I, 2°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen in de toepassingsregels na de verstrekking 245733-245744 aangebracht:

- de tweede toepassingsregel wordt vervangen
- de derde toepassingsregel wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de rubriek C. Bezoeken worden de verstrekkingen 106610; 106691; 106632; 106654; 106676; 106713; 106735 en 106750 en toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 109734 en de toepassingsregel die erop volgt
- in de rubriek F. Algemene bepalingen:
 - => in 2., worden de woorden “en 104871” vervangen door de woorden “, 104871, 106632, 106654, 106676, 106713, 106735 en 106750”;
 - => in 3., worden de woorden “en 104871” vervangen door de woorden “, 104871, 106676 en 106750”;
 - => de rubriek wordt aangevuld met een vijfde punt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11 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
28.05.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 11 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst:
 - => het woord “geneesheer-specialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;
 - => het woord “geneesheer-specialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;
 - => het woord “geneesheer-coördinator” wordt telkens vervangen door het woord “arts-coördinator”;
 - => het woord “ziekenhuisgeneesheren” wordt vervangen door het woord “ziekenhuisartsen”;
 - => het woord “geneesheren” wordt telkens vervangen door het woord “artsen”;
 - => het woord “adviserend-geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “adviserend-arts”;
 - => het woord “geneesheren-specialisten” wordt vervangen door het woord “artsen-specialisten”;
 - => het woord “geneesheer” wordt telkens vervangen door het woord “arts”;
- in de Franse tekst worden de woorden “carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire” telkens vervangen door de woorden “carcinome spinocellulaire ou basocellulaire de la peau”;
- in paragraaf 5:
 - => het eerste lid wordt vervangen;
 - => de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 355913-355924 worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 27 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in artikel 27, § 12^{quater} 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 1, 1.1 wordt tussen het tweede en het derde lid een lid ingevoegd
- in 2, 2.1 in de Franse tekst wordt het woord “point” geschrapt
- in 3 in de Franse tekst wordt het woord “matériel” telkens vervangen door het woord “matériau”
- 4, 4.2, wordt vervangen
- in 4, 4.3, wordt de zin “Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 1 jaar zijn.” vervangen door de zin “Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 1 jaar zijn bij een eerste aanvraag of 3 jaar in geval van hernieuwing.”

- in 4, 4.4, wordt de zin “Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 6 maanden zijn bij een eerste aanvraag of 2 jaar in geval van hernieuwing.” vervangen door de zin “Deze periode wordt op het medisch voorschrift vermeld en mag niet langer dan 1 jaar zijn bij een eerste aanvraag of 3 jaar in geval van hernieuwing.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.04.2024 - Editie 2	21.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
28.05.2024	21.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de rubriek C. Bezoeken wordt aangevuld
- de rubriek F. Algemene bepalingen, 2 en 3 worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.05.2024	17.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt het laatste lid van artikel 9, a), § 2, c) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen door wat volgt:

“Per parturiënte en per dag mag slechts een van de verstrekkingen 422096, 428374, 428396, 422111, 428411, 422133 en 428433 worden aangerekend en in totaal worden die verstrekkingen per zwangerschap tot maximaal de waarde V 110 terugbetaald.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de rubriek “Andere verbanden en apparaten dan gipsverbanden of orthopedische toestellen”, worden de verstrekkingen 145272 en 145305 geschrapt

- in de rubriek “Huid, slijmvliesen, onderhuidse weefsels.” worden de verstrekking 145611-145622 en de toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 145596-145600.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	14.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt paragraaf 3*bis* in artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	16.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 1 <i>bis</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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 25, § 1*bis*, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst:
 - => het woord “artsspecialist” wordt telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;
 - => het woord “pediatrie” wordt telkens vervangen door de woorden “de kindergeneeskunde”;
 - => in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 597376 wordt het woord “chemoof” vervangen door de woorden “chemo- of”;
- de verstrekking 597273 wordt vervangen
- de verstrekking 597295 en de toepassingsregel die erop volgt worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2024 - Editie 1	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, 2., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de verstrekking 103994 en de toepassingsregels worden ingevoegd na de verstrekking 101614.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.05.2024	12.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17, § 1, 5°, en 17 ^{ter} , A., 5°, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 17, § 1, 5°, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het coëfficiëntgetal “793” dat de betreffende waarde van de verstrekking 453574-453585 aangeeft, wordt vervangen door het coëfficiëntgetal “745”;
 - => het coëfficiëntgetal “886” dat de betreffende waarde van de verstrekking 453596-453600 aangeeft, wordt vervangen door het coëfficiëntgetal “838”.
- in artikel 17^{ter}, A., 5° worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het coëfficiëntgetal “793” dat de betreffende waarde van de verstrekking 464170-464181 aangeeft, wordt vervangen door het coëfficiëntgetal “745”;
 - => het coëfficiëntgetal “886” dat de betreffende waarde van de verstrekking 464192-464203 aangeeft, wordt vervangen door het coëfficiëntgetal “838”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 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
19.06.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:
 - => wordt § 1 gewijzigd;
 - => paragraaf 5 wordt vervangen;
- in artikel 6 van dezelfde bijlage:
 - => in paragraaf § 4^{quater} wordt een nieuw lid ingevoegd tussen het eerste en het tweede lid;
 - => paragraaf § 5^{ter} wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	24.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 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 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, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1 wordt de volgende wijziging aangebracht:
=> in de rubriek “preventieve behandelingen” na de verstrekking 371571-371582 wordt de toepassingsregel vervangen;
- in paragraaf 2 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
=> in de rubriek “preventieve behandelingen” na de verstrekking 301593-301604 wordt de toepassingsregel vervangen;

=> in de rubriek “zorg bijzondere noden” wordt de omschrijving van de verstrekking 309514-309525 vervangen;
- in paragraaf 3, bij de verstrekking “305675-305686”, worden de woorden “ten vroegste” ingevoegd tussen de woorden “behandeling,” en “na 6 forfaits”.

In artikel 6 worden met het koninklijk besluit de volgende wijzigingen aangebracht:

- paragraaf 4^{quater} wordt vervangen
- in § 6 “orthodontie”, bij punt “3. Vroege orthodontische behandeling”, 3.1.2, wordt het 3^e lid vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.06.2024 - Editie 1	29.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 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 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, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 1, tussen de rubriek “raadplegingen” en de rubriek “preventieve behandelingen” wordt een nieuwe rubriek “telefonisch advies” ingevoegd met de verstrekkingen 379411-379422 en 379433-379444
- in § 2, tussen de rubriek “raadplegingen” en de rubriek “preventieve behandelingen” wordt een nieuwe rubriek “telefonisch advies” ingevoegd met de verstrekkingen 309411-309422 en 309433-309444.

Met het koninklijk besluit worden in artikel 6 van dezelfde bijlage de volgende wijzigingen aangebracht:

- na de paragraaf § 1^{quater} wordt een nieuwe paragraaf § 1^{quinquies} ingevoegd
- § 18 wordt gewijzigd als volgt:
 - => in het tweede lid worden de verstrekkingen “379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444” ingevoegd na de verstrekking “309595-309606”;
 - => in het derde lid worden de verstrekkingen “379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444” ingevoegd na de verstrekking “389653-389664”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.06.2024	29.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7, § 11, 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 het eerste tot dertiende lid vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2024	04.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de verstrekkingen 702015-702085, 704012-704082, 704115-704126, 706016-706086, 708013-708083 en 710010-710080 worden geschrapt
- de verstrekking 700991-701002 wordt toegevoegd.

Het doel van deze aanpassingen is om de administratieve procedures te verbeteren, de continuïteit en kwaliteit van de zorg te verzekeren, en om een continue en consistente evaluatie van behandelingen te garanderen:

- afschaffing van het evolutie- en hervaltbilan, en behandelingsakkoorden worden gegeven voor twee jaar met uitzondering van de stoornissen ten gevolge van gespleten lippen, gespleten gehemelte of gespleten tandkassen, en Locked-in Syndroom, waarvoor een behandelingsakkoord voor één jaar wordt gegeven. Continue evaluatie van een logopediebehandeling is noodzakelijk gedurende de periode van twee jaar en moet worden bewaard in het patiëntendossier. Deze evaluatie wordt uitgevoerd door middel van een test die voorkomt op de limitatieve lijst van tests voor stoornissen waarbij dit vereist is
- nieuwe formulieren voor het aanvragen van een akkoord bij het ziekenfonds
- nieuw formulier voor kennisgeving van verlenging
- wijziging van de omschrijvingen van taalontwikkelingsstoornissen (B2) en dysfasie (F)
- wijziging van de omschrijving van de stoornis dyslexie, dysorthografie en dyscalculie (B3)

- aanpassing van de voorschrijverstabel: neuropsychiaters mogen opnieuw een logopedische behandeling voor chronische spraakstoornissen voorschrijven
- eAgreement.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.06.2024	12.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 34, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden de verstrekking 588991-589002 en de toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 589175-589186.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen:

- de artikelen 1, 2, 3, 4 en 5 worden vervangen
- het persoonlijk aandeel is nihil voor de verstrekkingen telefonisch advies 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444. De verstrekkingen 379411-379422, 379433-379444, 309411-309422, 309433-309444 zijn uitgesloten van de verstrekkingen van artikel 5 zoals bedoeld in artikel 3, tweede en vierde lid van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen, waardoor de rechthebbende een verhoging van het persoonlijk aandeel kan vermijden.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit betreffende het "Terug Naar Werk-Fonds"

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit bevat meerdere uitvoeringsbepalingen in het kader van de creatie van een "Terug Naar Werk-Fonds" binnen de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV, dat wordt beheerd door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor werknemers. Het fonds bestaat uit de bijdragen van werkgevers, die elk 1.800 EUR moeten storten als zij op eigen initiatief een arbeidsovereenkomst opzeggen wegens medische overmacht.

Het Terug Naar Werk-Fonds wordt gebruikt voor de aankoop van gespecialiseerde dienstverlening op maat bij een erkende dienstverlener en beoogt de socioprofessionele re-integratie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die niet meer tewerkgesteld is of niet meer tewerkgesteld kan worden door zijn werkgever, door hem te begeleiden naar een functie bij een andere werkgever of in een andere bedrijfstak. Deze dienstverlening moet begeleidingssessies omvatten die fysiek of online kunnen worden gehouden en op een individuele wijze of in groep kunnen worden georganiseerd.

Het koninklijk besluit omvat de volgende uitvoeringsbepalingen:

- de manier van kennisgeving van het einde van de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht en de manier van betaling van de bijdrage aan het “Terug Naar Werk-Fonds” door de werkgever
- de beschrijving van de gespecialiseerde dienstverlening op maat en de criteria die door de dienstverlener moeten worden vervuld om gespecialiseerde dienstverlening op maat te mogen verlenen, evenals de procedure die door die dienstverlener moet worden gevolgd om te kunnen worden erkend
- de aanvraagprocedure die door de als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde moet worden gevolgd om in aanmerking te komen voor een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-Fonds”, in de vorm van een bon, toegekend door de leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen. De volgende gerechtigden komen in aanmerking voor een tussenkomst
 - => vanaf 1 april 2024, de gerechtigde van wie de vroegere werkgever op eigen initiatief de arbeidsovereenkomst heeft opgezegd wegens medische overmacht, binnen de laatste zes maanden die voorafgaan aan de indiening van een aanvraag tot tussenkomst van het “Terug Naar Werk-Fonds” maar ten vroegste op 1 april 2024;
 - => vanaf 1 april 2025, de gerechtigde die erkend is als invalide in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers.
- de procedure die moet worden gevolgd door de erkende dienstverlener om te worden betaald voor de geleverde gespecialiseerde dienstverlening op maat en de van toepassing zijnde betalingstermijn.

Ingeval een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-Fonds” wordt verleend, is voorzien in een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid dat van toepassing is gedurende de periode waarin de als arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in aanmerking komt voor de gespecialiseerde dienstverlening op maat. Deze periode van maximaal zes maanden die niet kan worden geschorst, gaat in op de begindatum van de periode waarin de aankoopbon waarmee de gerechtigde de gespecialiseerde dienstverlening op maat kan aankopen, geldig is en eindigt op de einddatum van de verstrekte gespecialiseerde dienstverlening op maat door de erkende dienstverlener.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.04.2024	24.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1996 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische raad voor kinesitherapie ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

De bijlage bij het koninklijk besluit van 25 november 1996 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische raad voor kinesitherapie ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.04.2024	11.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 7*decies* van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 11 juni 2003, wordt het 3^{de} lid vervangen als volgt:

“De rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen in artikel 8, § 1, 1^o, rubriek VIII, § 1, 2^o, rubriek VII, § 1, 3^o, rubriek IV en § 1, 3^o*bis* en 3^o*ter*, rubriek IV van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	28.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in artikel 2 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in § 1, 1^e lid, wordt de opsomming aangevuld;
 - => in § 2, 1^e lid, wordt de opsomming aangevuld.
- in artikel 3 worden de woorden “103913 en 104112” vervangen door de woorden “103913, 104112, 106610 en 106691”
- in artikel 4*ter* wordt het rangnummer “106610” toegevoegd na de woorden “104333 en”
- in artikel 7*octies* worden de woorden “en 104554” vervangen door de woorden “104554, 106610 en 106691”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.04.2024 - Editie 2	21.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 10 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen:

- in het eerste lid worden de woorden “103051 en 103073” vervangen door de woorden “103051, 103073, 106772, 106794 en 106816”
- artikel 10 wordt aangevuld met een lid.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2024 - Editie 1	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 4 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in artikel 4, 1^e lid, 1^o, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen:

- het rangnummer “103994” wordt ingevoegd tussen de rangnummers “103250” en “105372”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.04.2024	29.03.2024	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor het mogelijk maken van programma's in het kader van geïntegreerde zorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden vastgesteld waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor het mogelijk maken van programma's in het kader van geïntegreerde zorg, met de bedoeling om te zorgen voor:

- een betere ervaring van zorg voor de persoon
- betere gezondheidsuitkomsten op bevolkingsniveau
- het realiseren van meer waarde met dezelfde middelen door efficiënter gebruik van de beschikbare middelen
- het verhogen van het welzijn van de professionals die actief zijn in de zorg- en welzijnssector
- het realiseren van meer gelijkheid in toegang tot gezondheid en gezondheidszorg (health equity).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.04.2024 - Editie 1	24.03.2024	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de tegemoetkoming in de kosten van een behandeling met hadrontherapie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden vastgesteld waaronder overeenkomsten kunnen worden gesloten met het oog op het voordeel van de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering en uitkeringen in de behandeling door hadrontherapie.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.04.2024	09.04.2024	Koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen van de administratiekosten die voor het jaar 2024 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend

Samenvatting van de wijzigingen

De bedragen van de aan de verzekeringsinstellingen toegekende administratiekosten voor het jaar 2024 worden vastgesteld op 1.285.441.000 EUR voor de vijf landsbonden en 22.804.000 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.04.2024	29.03.2024	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

Vanaf 1 december 2023 betaalt de ziekteverzekering een behandeling door een diëtist terug voor kinderen en jongeren vanaf 2 jaar tot en met 17 jaar. Het persoonlijk aandeel voor deze verstrekkingen wordt geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.04.2024	29.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen, bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt aangevuld met de bepaling onder j), luidende: “j) betreffende personen jonger dan 18 jaar lijdend aan obesitas.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.05.2024	29.03.2024	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:

- artikel 5 wordt vervangen
- in artikel 5*bis* wordt het tweede lid vervangen
- in de bijlage bij het koninklijk besluit worden de bepalingen van hoofdstuk I, A, opgeheven en vervangen
- in dezelfde bijlage worden in hoofdstuk I de bepalingen onder A*ter* ingevoegd na de bepalingen onder A*bis*
- in hoofdstuk I, B, van dezelfde bijlage worden de woorden “de verstrekking 102852” vervangen door de woorden “de verstrekking 400374 of 400396”
- in hoofdstuk V van dezelfde bijlage, onder het opschrift “Verstrekkingen inzake educatie van diabetespatiënten”, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in 1. Definities, worden de bepalingen onder j) vervangen;
 - => worden de bepalingen onder 2.A. vervangen;
 - => in de bepalingen onder 3. en onder 5. worden de woorden “verstrekking opvolging” telkens vervangen door de woorden “verstrekking opstarttraject”;
 - => in de bepalingen onder 3.1.3. wordt het eerste lid met een bepaling d) aangevuld;
 - => de bepalingen onder 3.2.C. worden aangevuld;
 - => in de Franse tekst wordt de titel “4.3.4. Conditions relatives à la pratique d’éducateur en diabétologie” vervangen door “5.3.4. Conditions relatives à la pratique d’éducateur en diabétologie”;
 - => het hoofdstuk wordt met een bepaling 5.4 aangevuld;
- het koninklijk besluit van 17 december 2023 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, wordt ingetrokken.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 december 2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan worden verleend aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen in België, <i>in casu</i> tuberculosediagnose en -behandeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 23 december 2010 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan worden verleend aan zorgverleners die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen in België, *in casu* tuberculosediagnose en -behandeling:

- in artikel 1 worden de woorden “het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering” vervangen door de woorden “het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging”
- in de artikelen 1, 2, 3 en 5 wordt het woord “zorgverstrekkers” vervangen door het woord “zorgverleners”
- in artikel 2 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1, 5°, wordt het woord “geleverd” vervangen door het woord “verleend”;
 - => in paragraaf 2 worden de woorden “Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid” vervangen door de woorden “Minister bevoegd voor Sociale Zaken”;
 - => in paragraaf 3 wordt het woord “prestaties” vervangen door de woorden “geneeskundige verstrekkingen”.
- in artikel 3 wordt paragraaf 2 vervangen
- in artikel 5 wordt paragraaf 3 opgeheven
- in artikel 6 worden de woorden “- RIZIV - Tervurenlaan 211, te 1150 Brussel,” vervangen door de woorden “- hoofdzetel van het RIZIV -”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	25.04.2024	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 de reglementering van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen gewijzigd om te bepalen dat er geen vragenlijst tien weken na de aanvang van de primaire ongeschiktheid wordt verzonden, geen eerste fysieke contact uiterlijk tijdens de vierde maand van de primaire ongeschiktheid plaatsvindt en geen inschatting van de restcapaciteiten tijdens de vierde maand van de primaire ongeschiktheid plaatsgrijpt als de arbeidsongeschiktheid is aangevat:

- gedurende de periode van zes maanden die voorafgaat aan de maand die volgt op die waarin de gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd bereikt
- na de maand waarin de gerechtigde de wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2024	05.03.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 127, § 3, 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:

- het eerste lid wordt opgeheven
- in het vroegere tweede lid, dat het eerste lid wordt, worden de woorden “De verzekering komt ook tegemoet in de kosten” vervangen door de woorden “In afwijking van § 1 komt de verzekering voor 100% tegemoet in de kosten”
- het vroegere 6^e lid, nu 5^e lid, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2024 - Editie 2	26.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 1 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, wordt aangevuld met de bepaling onder 38°
- in artikel 9 worden de woorden “artikel 129” telkens vervangen door de woorden “artikelen 129 en 129/1”
- in artikel 80, § 5, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in lid 2 worden in de Nederlandse tekst de woorden “af fabriek” vervangen door de woorden “buiten bedrijf”;
 - => het derde lid wordt vervangen;
- in artikel 128 worden de woorden “die niet aangeduid zijn met de letter “S” in de kolom “Opmerkingen” van de lijst,” ingevoegd tussen de woorden “met een “oraal-vaste” farmaceutische vorm,” en de woorden “afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek,”
- een artikel 129/1 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2024 - Editie 1	24.04.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers:

- artikel 2, § 1, wordt aangevuld met de bepaling onder 16°
- in artikel 2 worden een bepaling 3° /1 en een bepaling 3° /2 ingevoegd
- in artikel 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => er wordt een paragraaf 2/7 ingevoegd;
 - => er wordt een paragraaf 3/3 ingevoegd;
 - => er wordt een paragraaf 4/1 ingevoegd.
- in artikel 6 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => er wordt een paragraaf 1/1 ingevoegd;
 - => er wordt een paragraaf 2/1 ingevoegd;
 - => er wordt een paragraaf 3/3 ingevoegd.
- in artikel 7 van hetzelfde besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de woorden "voor 2018 en 2019" worden vervangen door de woorden "voor 2018, 2019 en 2023";
 - => er wordt een artikel 7/1 ingevoegd.
- er wordt een artikel 8/4 ingevoegd
- in artikel 9 worden de woorden "2018, 2019, 2020, 2021 en 2022" vervangen door de woorden "2018, 2019, 2020, 2021, 2022 en 2023"
- in artikel 12 en in artikel 13 worden de woorden "31 maart" vervangen door de woorden "31 mei"
- in artikel 13 worden de woorden "§ 3/1 en § 3/2" vervangen door de woorden "§ 3/1, § 3/2 en § 3/3".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2024	21.04.2024	Koninklijk besluit betreffende vergoedingen aan zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen die (her)intreden in de sector van de thuisverpleging en aan verpleegkundigen die hen begeleiden

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden vastgesteld waaraan zelfstandige verpleegkundigen en zorgkundigen die (her)intreden in de sector van de thuisverpleging en verpleegkundigen die hen begeleiden, moeten beantwoorden om de beoogde premies te ontvangen:

- een eenmalige vergoeding van 6.000 EUR voor een verpleegkundige-(her)intreder en 3.000 EUR voor een zorgkundige-(her)intreder die een opleidingstraject met vrucht hebben doorlopen
- een eenmalige vergoeding van 7.000 EUR voor een verpleegkundige-(her)intreder en 5.250 EUR voor een zorgkundige-(her)intreder die een praktijkstage hebben doorlopen, nadat ze het opleidingstraject, bedoeld in artikel 2, § 1, hebben doorlopen
- een eenmalige vergoeding aan (her)intreders die werkzaam blijven in de sector van de thuisverpleging

- een eenmalige vergoeding van 4.000 EUR voor de begeleiders van de (her)intreders die met vrucht een opleiding hebben afgerond
- een vergoeding van 1.100 EUR voor de begeleiders van de (her)intreders voor het begeleiden van de (her)intreder tijdens diens praktijkstage.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2024 - Editie 2	12.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit besluit wordt voorzien in een derde manier van opening van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, door het ziekenfonds, aan alleenstaande werklozen van ten minste 3 maanden, alleenstaande arbeidsongeschikten van ten minste 3 maanden en alleenstaande invaliden na een aantal voorafgaande controles aan de hand van authentieke gegevensbanken.

Naast deze voorafgaande controles is de nieuwe procedure tot ambtshalve opening van de verhoogde tegemoetkoming ook onderworpen aan dezelfde *a posteriori* controles voor de verlenging van het recht zoals dit nu reeds van toepassing is bij een opening van het recht op de verhoogde tegemoetkoming na een verklaring op erewoord van de betrokkene zelf, met name de tussentijdse controle om na te gaan of het sociaal statuut van werkloze of arbeidsongeschikte/invaliden nog bestaat, de controle van de gezinssamenstelling om na te gaan of de betrokkene nog effectief alleenstaande is en de systematische controle om na te gaan of de inkomens onder het toepasselijk grensbedrag zitten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 5 van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen, eerste lid, worden de woorden “379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746, 309750-309761, 309573-309584, 309595-309606” vervangen door de woorden “379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 372816-372820, 372831-372842, 372853-372864, 372875-372886, 372890-372901, 372912-372923, 372934-372945, 372956-372960, 309573-309584, 309595-309606, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 302654-302665, 302676-302680, 302691-302702, 302713-302724, 302735-302746, 302750-302761, 302772-302783, 302794-302805”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2024	29.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het koninklijk besluit van 17 juli 2009 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de kandidaat-huisartsen:

- in artikel 1, § 2, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
=> in bepaling 3° worden de woorden “zoals bedoeld in artikel 3 van dit besluit” vervangen door de woorden “zoals bedoeld in dit besluit”;
=> de paragraaf wordt aangevuld met de bepalingen onder 6°, 7° en 8°.
- in artikel 2, § 1 worden de woorden “de vergoeding bedraagt 27.200 EUR” vervangen door de woorden “de basisvergoeding bedraagt 27.200 EUR”
- er wordt een artikel 2/1 ingevoegd
- in artikel 3 wordt het tweede woord “vergoeding” vervangen door het woord “basisvergoeding”
- er wordt een artikel 3/1 ingevoegd
- in artikel 4 wordt het woord “vergoeding” vervangen door het woord “basisvergoeding”
- in artikel 5 worden de woorden “individuele vergoeding” telkens vervangen door “individuele basisvergoeding” en wordt het woord “vergoedingen” vervangen door “basisvergoedingen”
- er wordt een artikel 5/1 ingevoegd
- artikel 6 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.06.2024 - Editie 1	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° 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

Artikel 1 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, wordt aangevuld met de bepalingen onder 68° en 69°, luidende:

68° “Haarprothese”, kunstmatige kapsels, van natuurlijke of synthetische oorsprong, die het hoofdhaar vervangen of aanvullen. Ze worden onderverdeeld in twee categorieën:

- totale prothese
- gedeeltelijke prothese, zoals toupet of - extensions.

69° “Accessoires die bedoeld zijn om het hoofd te bedekken”, hoofdbedekkingen van textiel, zoals sjaals, hoeden, mutsen, petten, baretten en andere soorten accessoires die niet noodzakelijk van textiel zijn maar wel dienen voor gebruik in het dagelijks leven. Vallen hier onder andere niet onder:

- helmen
- fantasieartikelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.06.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juli 2021 tot verlaging van de activiteitsdrempels inzake bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners wat betreft referentiejaar 2020 en 2021, ingevolge COVID-19

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift van het koninklijk besluit van 30 juli 2021 tot verlaging van de activiteitsdrempels inzake bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners wat betreft referentiejaar 2020 en 2021, ingevolge COVID-19 wordt vervangen als volgt: “Koninklijk besluit van 30 juli 2021 tot verlaging van de activiteitsdrempels inzake bepaalde vergoedingen of tegemoetkomingen voor zorgverleners wat betreft referentiejaar 2020, 2021, 2022 en 2023, ingevolge COVID-19”
- in artikel 3, derde lid, worden de woorden “referentiejaar 2021” vervangen door de woorden “referentiejaar 2021, 2022 en 2023”
- in artikel 5 worden de woorden “referentiejaar 2021” vervangen door de woorden “referentiejaar 2021, 2022 en 2023”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.06.2024	02.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 1 van het koninklijk besluit van 19 november 1970 betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit worden aanpassingen aangebracht in de reglementering betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers om rekening te kunnen houden met de verhoging van de wettelijke pensioenleeftijd in België vanaf 2025 (66 jaar) en vanaf 2030 (67 jaar).

Wat de band met het rustpensioen betreft, wordt in de reglementering betreffende het invaliditeitspensioenstelsel voor de mijnwerkers vandaag bepaald dat het invaliditeitspensioen niet wordt verleend of niet meer is verschuldigd:

- wanneer de betrokkene een rustpensioen geniet met toepassing van het koninklijk besluit nr. 50 van 24 oktober 1967 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor werknemers
- wanneer de betrokkene 65 jaar oud is.

Om te vermijden dat de verzekerde die een invaliditeitspensioen als mijnwerker geniet en het wettelijke rustpensioen bij het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd opneemt (de betrokkene opteert ervoor om geen aanspraken te doen gelden op het vervroegde wettelijke rustpensioen of kan geen aanspraak maken op dit vervroegde wettelijke rustpensioen), niet langer dit invaliditeitspensioen kan ontvangen gedurende de periode vanaf de maand volgend op de maand waarin hij 65 jaar oud is geworden tot en met de maand waarin hij de verhoogde wettelijke pensioenleeftijd van 66 jaar of 67 jaar bereikt, zal de reglementering in die zin worden gewijzigd dat het invaliditeitspensioen niet langer wordt toegekend vanaf de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin de betrokkene de op dat ogenblik geldende wettelijke pensioenleeftijd heeft bereikt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan geconventioneerde vroedvrouwen en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden, nadere regels en het bedrag van de financiële tegemoetkoming van het RIZIV voor 2024 vastgesteld. Het bedrag van die tegemoetkoming beloopt 975,49 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2024	25.05.2024	Koninklijk besluit tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan geconventioneerde verpleegkundigen en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt een financiële tegemoetkoming toegekend aan geconventioneerde verpleegkundigen en worden de voorwaarden en de nadere regels ervan bepaald.

In het kader van de gezondheidszorgbegroting 2024 wordt een bedrag van 13,9 miljoen EUR vrijgemaakt, dat de sector kan gebruiken voor gerichte herwaarderingen of voor de voortzetting van een gedeeltelijke conventiepremie.

De Overeenkomstencommissie kiest ervoor om 10 miljoen EUR de volgende jaren (2025 en 2026) te gebruiken voor de voortzetting van een conventiepremie. Met deze maatregel wordt voorzien in een tegemoetkoming voor de verpleegkundigen die de honoraria respecteren bij de oplopende praktijkkosten voor personeel, energie, enz.

Het voorziene globale bedrag zal worden verdeeld over de verpleegkundigen in de ambulante sector die voldoen aan de voorwaarden voor de toekenning van de premie en zal vanaf het jaar 2025 jaarlijks worden geïndexeerd overeenkomstig de indexeringsregeling in artikel 207bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2024	02.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2024 wordt de door het RIZIV toegekende financiële tegemoetkoming voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties vastgesteld op:

- het basisbedrag wordt vastgesteld op 142.071,09 EUR
- het aanvullend bedrag wordt vastgesteld op 54,48 EUR per geldige uitgebrachte stem.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2024	04.06.2024	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 februari 2017 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de logopedische verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1, § 2 worden de woorden “702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 en 704115-704126” vervangen door de woorden “700991-701002”
- in artikel 2, § 1, 2° worden de woorden “702015-702085, 704012-704082, 706016-706086, 708013-708083, 710010-710080 en 704115-704126” vervangen door de woorden “700991-701002”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2024	09.06.2024	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

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit wijzigt het persoonlijk aandeel voor orthopedische schoenen. Rechthebbenden die onder categorie A vallen zullen iets meer persoonlijk aandeel dienen te betalen, terwijl voor categorie B en C, het persoonlijk aandeel verlaagd wordt. De voornaamste doelstelling is hierbij de toegankelijkheid en billijkheid voor alle categorieën van orthopedische schoenen maximaal te kunnen waarborgen.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.04.2024	13.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt “F.1.4 Percutane transluminale coronaire angioplastiek” wordt met het punt “F.1.4.3. Percutane atherectomie” en met de verstrekkingen 184936-184940 en 184951-184962 en zijn vergoedingsmodaliteiten aangevuld
- de vergoedingsvoorwaarde F-§29 die bij die verstrekkingen hoort, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.05.2024 - Editie 1	19.04.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- de volgende wijzigingen worden in de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 aangebracht:

 - => in punt "1.6" wordt het derde lid opgeheven;
 - => in de Nederlandse tekst wordt in punt "3.2.1", eerste lid, het woord "voldoet" vervangen door het woord "voldoen";
 - => in de Nederlandse tekst wordt in punt "3.2.2" in het eerste en het vijfde lid het woord "biologisch" vervangen door het woord "biologische";
 - => in punt "3.2.2" in het laatste lid wordt het woord "tijdelijk" vervangen door het woord "tijdelijke";
 - => het punt "4.1.2" wordt vervangen;
 - => in de Nederlandse tekst worden in punt "5.2.3" de woorden "of in het toegetreden samenwerking" vervangen door de woorden "of in de toegetreden samenwerking".
- de volgende wijzigingen worden in de vergoedingsvoorwaarde F- § 19 aangebracht:

 - => in punt "2.1.1" wordt het punt d) opgeheven en het vroegere punt e) wordt het punt d);
 - => in het eerste lid van punt "5.1. Eerste implantatie" wordt vervangen;
 - => in de Nederlandse tekst worden in punt "6.2.2", eerste lid, de woorden "onder verstrekking 172491-172502 waarvoor een samenwerking" vervangen door de woorden "onder verstrekking 172491-172502 die een samenwerking".
- de volgende wijzigingen worden in de vergoedingsvoorwaarde F- § 25 aangebracht:

 - => in punt "1.2" wordt het tweede lid opgeheven;
 - => het punt "4.1.2" wordt vervangen;
 - => in punt "4.1.3", tweede lid, worden de woorden "binnen de dertig dagen" vervangen door de woorden "binnen de negentig dagen";
 - => in punt "4.1.4", vierde lid, worden de woorden "binnen dertig dagen" vervangen door de woorden "binnen negentig dagen".
- in de vergoedingsvoorwaarde F- § 29 in punt "4.1. Eerste gebruik" worden de woorden "Het volgnummer wordt onmiddellijk meegedeeld aan de adviserend arts, de ziekenhuisapotheker en de gedelegeerde personen verantwoordelijk voor het administratief aanvragen van de volgnummers" vervangen door de woorden "Het volgnummer wordt onmiddellijk meegedeeld aan de adviserend-arts en de gedelegeerde personen verantwoordelijk voor het administratief aanvragen en administratief raadplegen van de volgnummers".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.04.2024	19.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst en van de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt "Neurostimulatoren en toebehoren" wordt aangevuld met het punt "B.2.8 Neurostimulatoren en toebehoren in geval van clusterhoofdpijn" en de verstrekkingen 184973-184984; 184995-185006; 185010-185021; 185032-185043; 185054-185065; 185076-185080; 185091-185102; 185113-185124; 185135-185146; 185150-185161 en 185172-185183 en de vergoedingsvoorwaarden
- de vergoedingsvoorwaarde B-§14 die bij die verstrekkingen hoort, wordt ingevoegd.

Met het ministerieel besluit worden nieuwe nominatieve lijsten toegevoegd voor verstrekkingen betreffende de neurstimulatoren, elektroden en toebehoren in geval van clusterhoofdpijn, behorende bij de verstrekkingen 184973-184984, 184995-185006, 185010-185021, 185032-185043, 185054-185065, 185076-185080, 185091-185102, 185113-185124 en 185135-185146 in de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.04.2024	28.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
13.05.2024	28.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt “E.5. Ingreep op de lever, de pancreas of de galblaas” wordt aangevuld met het punt “E.5.5. Ablatie” en met de verstrekkingen 157231-157242 en 185231-185242 en zijn vergoedingsmodaliteiten
- de vergoedingsvoorwaarde E- §14 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.04.2024	28.03.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt “D.1 Nier” wordt vervangen
- de vergoedingsvoorwaarde D-§10 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.05.2024	19.04.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “D. Urologie en nefrologie” van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in punt “D.4 Prostaat” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de vergoedingscategorie van de verstrekking 154851-154862 wordt vervangen door II.D.a;
 - => de vergoedingsvoorwaarden gekoppeld aan de verstrekkingen 154851-154862 worden vervangen door D-§07, D-§08;
 - => het opschrift en de vergoedingsmodaliteiten van de verstrekking 172675-172686 worden vervangen.

- in de vergoedingsvoorwaarde D-§07 in het opschrift “Gelinkte verstrekkingen” wordt de verstrekking 172675-172686 toegevoegd
- in de vergoedingsvoorwaarde D-§08 in het opschrift “Gelinkte verstrekkingen” wordt de verstrekking 154851-154862 toegevoegd
- in de vergoedingsvoorwaarde D-§08 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt “2. Criteria betreffende de rechthebbende” wordt vervangen;
 - => in punt “3.1. Definitie”, in de Nederlandse versie, worden de woorden “met 3 à 4 armen” vervangen door de woorden “met 3 of 4 armen”;
 - => het punt “4. Aanvraagprocedure en formulier” wordt vervangen;
 - => het punt “5.1. Cumul- en non-cumulregels” wordt vervangen;
 - => het vroegere punt “7. Allerlei”, dat punt 8 wordt, wordt vervangen;
 - => het vroegere punt “7. Allerlei”, dat het nieuwe punt 8 wordt, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.04.2024	04.04.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “I. Pneumologie en ademhalingsstelsel” van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in punt 1.3. van de vergoedingsvoorwaarde I- § 02 van hoofdstuk “I. Pneumologie en ademhalingsstelsel” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, laatstelijk gewijzigd bij het ministerieel besluit van 28 maart 2024:

- de woorden “471796-471800” worden vervangen door de woorden “471796-471800 of 471892-471903”
- de woorden “471730-471741 + 355036-355040” worden vervangen door de woorden “471730-471741/471870-471881 + 355036-355040.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.04.2024	16.04.2024	6 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- 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 worden de paragrafen 8490000 en 11130000 geschrapt
- in bijlage I
- in bijlage II wordt het punt XXII.12 toegevoegd, luidende: “Vers ingevroren virusgeïnactiveerd menselijk plasma: Fa-25”
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.05.2024 - Editie 2	17.05.2024	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
10.06.2024 - Editie 1	24.05.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in:

- bijlage I
- in bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het punt II.22 wordt toegevoegd, luidende: “Geneesmiddelen voor de basisbehandeling van eosinofiele oesofagitis (EoE): B-383”;
 - => het punt VIII.38 wordt toegevoegd, luidende: “De proteasoom inhibitoren: Fa-26”;
 - => het punt VIII.39 wordt toegevoegd, luidende: “Geneesmiddelen gebruikt bij de behandeling van multipel myeloom: Fa-27”;
 - => het punt VI.1.19 wordt toegevoegd, luidende: “Allergenen alleen of onderling gemengd, gebruikt als desensibiliserende middelen. - Vergoedingsgroep : C-12”.
- in bijlage IV worden ATC-codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.06.2024	11.06.2024	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht:

- in bijlage I
- in bijlage IV wordt een ATC-code toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.05.2024	29.04.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in het hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de vergoedingsvoorwaarde C-§11, in het punt “5.2 Andere regels”, in het derde lid worden de woorden “de publicatiedatum” vervangen door de woorden “de datum van inwerkingtreding”;
 - => het punt “C.1.1.4 Cochleair implantaat bij eenzijdige doofheid” wordt vervangen;
 - => het punt “C.1.1.6 Vervangingen” wordt vervangen.
- in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de vergoedingsvoorwaarde F- §09, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - in punt “4.1.1” worden de woorden “181856-181860” vervangen door de woorden “181856-181860, 184214-184225”;
 - in punt “5.2.5 Overgangsmaatregelen, worden de woorden “de publicatiedatum” vervangen door de woorden “de datum van inwerkingtreding”;
 - => in de vergoedingsvoorwaarde F-§19, in punt “6.2.2 Jaarlijks aantal rechthebbenden per samenwerking in punt f), worden de woorden “de publicatiedatum” vervangen door de woorden “de datum van inwerkingtreding”;
 - => in hoofdstuk F.1.7 Hartondersteuning in de Nederlandse versie wordt de omschrijving van de verstrekking 180471 vervangen.
- in hoofdstuk “G. Bloedvatenheelkunde” in G.5. Embolisatiemateriaal, in de Nederlandse versie, wordt de omschrijving van de verstrekking 161490-161501 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.05.2024	26.04.2024	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 middelen toegevoegd in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 1 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
15.05.2024	03.05.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst en van de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- het punt "G.2. Materiaal voor trombectomie of embolectomie" wordt aangevuld met de verstrekkingen 185253-185264 en 185275-185286 en hun vergoedingsmodaliteiten
- de vergoedingsvoorwaarde G-§12 die overeenstemt met de voornoemde verstrekkingen, wordt ingevoegd.

In de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt een nieuwe nominatieve lijst 394 behorende bij de verstrekking 185253-185264 en 185275-185286 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2024	27.05.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
16.08.2024	27.05.2024	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in de Nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt een nieuwe nominatieve lijst 39301 behorende bij de verstrekking 185194-185205 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.06.2024	30.05.2024	Ministerieel besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden

Samenvatting van de wijzigingen

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming in de reiskosten van 0,34 EUR per kilometer aan de rechthebbende die zich begeeft naar een dialysecentrum waar hij in behandeling is en aan de rechthebbende die thuisdialyse ondergaat voor de verplaatsingen naar een controlecentrum voor de raadplegingen van toezicht.

Ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden alsook de artikelen 20 en 21 en de bijlagen 53 en 54 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.06.2024	06.06.2024	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 deel II, titel 1, hoofdstuk I van de bijlage 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:

- het opschrift van hoofdstuk I wordt vervangen door: “haarprothesen of accessoires die bedoeld zijn om het hoofd te bedekken”
- paragraaf 1, eerste lid, wordt vervangen als volgt: “ § 1. De haarprothesen of accessoires bedoeld om het hoofd te bedekken komen slechts in aanmerking voor een tegemoetkoming indien zij worden aangevraagd in het kader van de behandeling van volgende indicaties:”
- in paragraaf 2 worden de woorden “voor de haarprothesen” ingevoegd tussen de woorden “De tegemoetkoming” en de woorden “bedraagt”
- een paragraaf 2/1 wordt ingevoegd, luidende: “§ 2/1. De tegemoetkoming voor de accessoires bedoeld om het hoofd te bedekken voor de indicaties voorzien in § 1, 1° tot 4° bedraagt maximum 120 EUR, en een maximum van drie accessoires.”
- in paragraaf 3 worden de woorden “van de voldane factuur van de haarprothese” vervangen door de woorden “van elk afdoend bewijs van betaling van de haarprothese of accessoires bedoeld om het hoofd te bedekken. De tegemoetkomingen bedoeld in § 2 en § 2/1 kunnen niet gecumuleerd worden.”

- in paragraaf 4 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> de woorden “of voor accessoires bedoeld om het hoofd te bedekken” worden ingevoegd tussen de woorden “De hernieuwing van de tegemoetkoming voor een haarprothese” en de woorden “mag slechts worden toegestaan”;

=> in 2°, worden de woorden “vanaf de datum van de vorige levering” vervangen door de woorden “vanaf de datum van de eerste rekening”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.06.2024	11.06.2024	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 hoofdstuk II van bijlage I:

- er wordt een §10016 toegevoegd
- een radiofarmaceutisch product wordt ingevoegd in §10016.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.06.2024 - Editie 2	07.06.2024	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

Het ministerieel besluit verduidelijkt de procedures voor het aanvragen van een machtiging bij de adviserend arts, harmoniseert de teksten van hoofdstuk IV over de vergoeding van de werkzame bestanddelen voor magistrale bereidingen en maakt bijlage A21 facultatief voor grondstoffen voor magistrale bereidingen en voor medische hulpmiddelen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.06.2024	30.05.2024	Ministerieel besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de rechthebbenden die een oncologische behandeling volgen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming van 0,34 EUR per kilometer in de reiskosten van de rechthebbende die naar een ziekenhuis gaat dat beschikt over een zorgprogramma voor oncologische basiszorg of een zorgprogramma voor oncologie, erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 21 maart 2003

- de tegemoetkoming wordt automatisch toegekend op basis van de verstrekkingen opgenomen in de bijlage van het ministerieel besluit, zoals die worden vermeld op de ziekenhuisfactuur. De factuur vermeldt ook de site waar de betreffende verstrekkingen zijn verleend
- de tegemoetkoming wordt toegekend rekening houdend met de werkelijke afstand op het Belgisch grondgebied tussen de hoofdverblijfplaats van de rechthebbende en het ziekenhuis waar hij in behandeling is
- de verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming binnen een termijn van dertig dagen na betaling van de beoogde verstrekkingen
- de verzekeringsinstelling deelt aan de rechthebbende de informatie mee met betrekking tot de betaalde tegemoetkomingen
- het bedrag bedoeld in artikel 1 wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd, en dit voor de eerste keer op 1 januari van het jaar dat volgt op dit waarin het besluit in werking treedt
- het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt opgeheven.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.04.2024	05.02.2024	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 worden de formulieren F-Form-II-08 en F-Form-I-20 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.04.2024	19.02.2024	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, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende occipitale neurostimulatie in geval van refractaire chronische clusterhoofdpijn, het formulier B-Form-II-06 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurologie" van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.05.2024	11.03.2024	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 worden, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende de terugbetaling na toekenning van een volgnummer, de formulieren F-Form-I-06, F-Form-I-08, F-Form-I-12, F-Form-I-13, F-Form-I-19, F-Form-II-03, F-Form-II-05, F-Form-II-07 en F-Form-II-08 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.06.2024 - Editie 1	11.03.2024	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, met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de verstrekkingen betreffende centromedullaire magnetisch verlengbare nagels voor de distractie van de tibia of de femur, het formulier L-Form-II-03 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2024	13.05.2024	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 in de Nederlandse tekst het formulier B-Form-I-13 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "B. Neurologie" van de lijst, aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2024	11.12.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
30.05.2024 - Editie 2	11.12.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt bijlage 93 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	11.12.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het artikel 23 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt een paragraaf 3*bis* toegevoegd
- in het artikel 23 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt § 6 vervangen
- een bijlage 57*bis* wordt toegevoegd
- de bijlagen 57, 90 en 91 worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2024	13.05.2024	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 6, § 1, van de verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld met de bepaling onder 12°, luidende: “12° De formulieren beschreven in artikel 36, § 4, 1° en 5° van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, moeten conform zijn met de modellen opgenomen in bijlagen 98a, 98b, 98c, 98d, 98e en 98f. Het kennisgevingsformulier beschreven in artikel 36, § 4, 6°, 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 moet conform zijn met het model opgenomen in bijlage 99.”

- de bijlagen 98a, 98b, 98c, 98d, 98e, 98f en 99 worden toegevoegd aan de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.04.2024	20.03.2024	Verordening tot vervanging van artikel 50 van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Via deze reglementaire wijziging worden de documenten opgesomd die de werkneemster aan haar verzekeringsinstelling moet bezorgen om aanspraak te kunnen maken op een vergoeding in het kader van een maatregel van werkverwijdering:

- het attest van de werkgever waarin de ten aanzien van haar genomen maatregel van moederschapsbescherming wordt vermeld, evenals de wettelijke bepaling waarop de voormelde maatregel is gesteund
- het formulier voor de gezondheidsbeoordeling dat het advies van de preventieadviseur-arbeidsarts over de maatregel van moederschapsbescherming bevat die moet worden genomen, behalve als haar verzekeringsinstelling al over het voornoemde formulier beschikt dat de noodzaak van haar werkverwijdering tijdens de pre- en postnatale periode attesteert
- een attest van de behandelend arts dat de vermoedelijke bevallingsdatum en het gegeven of al dan niet de geboorte van een meerling wordt voorzien, vermeldt in geval van een maatregel van moederschapsbescherming die tijdens de prenatale periode wordt genomen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.06.2024	22.04.2024	Verordening tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de tandheelkundigen

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening legt de affichemodellen voor de tandheelkundigen vast en heft de verordening van 11 december 2023 tot vastlegging van het affichemodel voor het afficheren van de tarieven door de tandheelkundigen op.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

05.04.2024

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

INTERPRETATIEREGEL 3

Vraag

Kan een neurostimulator ingeplant in geval van “cluster headache” 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

Kan een neurostimulator ingeplant in geval van “cluster headache” 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.

De schrapping van interpretatieregel 3 treedt in werking op 1 april 2024.

Belgisch Staatsblad

11.04.2024

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

INTERPRETATIEREGEL 46

Vraag

“Onder welke voorwaarden komt een rechthebbende van minder dan 18 jaar met eenzijdige doofheid (congenitaal/verworven) in aanmerking voor vervanging van het implantaat en/of de geluidsprocessor in afwijking van de procedure zoals vermeld in punt 4.4. van vergoedingsvoorwaarde C- § 01?”

Antwoord

“De uitbreiding van de voorwaarden voor vergoeding van een cochleair implantaat tot eenzijdige doofheid (congenitaal/verworven) betreft de pediatrische populatie. Een rechthebbende jonger dan 18 jaar komt in aanmerking voor vervanging van het implantaat en/of de geluidsprocessor in afwijking van de procedure vermeld in punt 4.4. van vergoedingsvoorwaarde C- § 01 indien hij/zij vóór de implantatie voldeed aan alle voorwaarden vermeld in punt 2 van vergoedingsvoorwaarde C- § 01 en indien hij/zij geïmplant werd voor de leeftijd van 18 jaar.”

De interpretatieregel 46 heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2024.

Belgisch Staatsblad

17.04.2024

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregel 04 wordt opgeheven

INTERPRETATIEREGEL 07

Vraag

Wat gebeurt met de immuniteit wanneer een nieuwe ingreep volgt op een ingreep tijdens hetzelfde opnemingsstijdvak?

Wat gebeurt met de immuniteit wanneer de opneming wordt onderbroken of wanneer de rechthebbende wordt overgebracht naar een andere dienst?

Antwoord

a) Wanneer, tijdens een zelfde opnemingsstijdvak, verscheidene therapeutische heelkundige of orthopedische bewerkingen of verloskundige verstrekkingen elkaar opvolgen, maakt elke nieuwe ingreep een einde aan de vorige immuniteitsperiode en doet een nieuwe immuniteitsperiode van vijf dagen ingaan.

De zware heelkundige bewerkingen, bedoeld in artikel 25, § 2, a), 2^o, derde lid van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen hebben evenwel geen immunisatie van het honorarium voor toezicht gedurende vijf dagen tot gevolg. (Die uitzonderingsregel blijft van toepassing wanneer een niet in art. 25, § 2, a), 2^o, derde lid, van de nomenclatuur bedoelde heelkundige bewerking, een ingreep inzake zware heelkunde voorafgaat of erop volgt).

b) Er wordt geen einde gemaakt aan de immuniteitsperiode wanneer de rechthebbende terugkeert na een onderbreking van de opneming van minder dan 4 dagen (minder dan 31 dagen in de diensten K, A, T, Sp-chronisch, G en Tf) en de dagen afwezigheid worden derhalve in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal geïmmuniseerde dagen. Hetzelfde geldt voor het honorarium voor toezicht: de dagen afwezigheid worden in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal dagen toezicht tijdens de afwezigheid, zonder dat zulks de betaling van het honorarium voor toezicht impliceert.

Er wordt evenmin een einde gemaakt aan de immuniteitsperiode van vijf dagen wanneer hij in een zelfde verplegingsinrichting van een dienst naar een andere wordt overgebracht, in ziekenhuizen die zijn gefusioneerd en waaraan slechts één erkenningsnummer is toegekend of nog in een ziekenhuisgroepering zoals bepaald in het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen. Als de rechthebbende daarentegen naar een andere verplegingsinrichting dan de hierboven bedoelde wordt overgebracht, moet worden beschouwd dat er een nieuwe immuniteitsperiode begint.

De interpretatieregel 08 wordt opgeheven.

De interpretatieregel 12 wordt opgeheven.

Bovenvermelde opheffingen en wijziging hebben uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand na die waarin de beslissingen zijn bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

17.04.2024

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, l), van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De interpretatieregel 02 wordt opgeheven.

Bovenvermelde opheffing heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand na die waarin de beslissing is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

17.04.2024

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De interpretatieregel 05 wordt opgeheven.

Bovenvermelde opheffing heeft uitwerking met ingang van de eerste dag van de maand na die waarin de beslissing is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

08.05.2024 - Editie 1

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 3 (Technische geneeskundige verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De interpretatieregel 05 wordt opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

08.05.2024 - Editie 1

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 3 (Technische geneeskundige verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De interpretatieregel 17 wordt opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

27.06.2024

Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met pemetrexed als actief bestanddeel.**Vraag:**

In welke mate mag een farmaceutische specialiteit op basis van pemetrexed vergoed worden in het kader van de neoadjuvante behandeling van operabel niet-kleincellig stadium II longcarcinoom bij volwassenen met een hoog risico op recidief in combinatie met cisplatine en Keytruda (pembrolizumab).

Antwoord:

“Indien een stadium II patiënt reeds geniet van een vergoeding met de farmaceutische specialiteit KeytrudaR 100mg en voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van § 8090000 voor de behandeling van operabel niet-kleincellig longcarcinoom bij volwassenen met een hoog risico op recidief, in eerste instantie als neoadjuvante behandeling in combinatie met platinumbevattende chemotherapie, daarna voortgezet als monotherapie als adjuvante behandeling, mag een farmaceutische specialiteit met pemetrexed als actief bestanddeel vergoed worden op voorwaarde dat de desbetreffende farmaceutische specialiteit met pemetrexed als actief bestanddeel gebruikt en gefactureerd werd door het ziekenhuis waar de patiënt de vergoeding voor KeytrudaR geniet.”

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 juli 2024.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2024	17.05.2024	Vijfde wijzigingsclausule bij de Nationale overeenkomst van 12 december 2019 (ZH/2020 ^{sexies}) tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen - Ministerraad 17 mei 2024 - Notificatie punt 62

Samenvatting van de wijzigingen

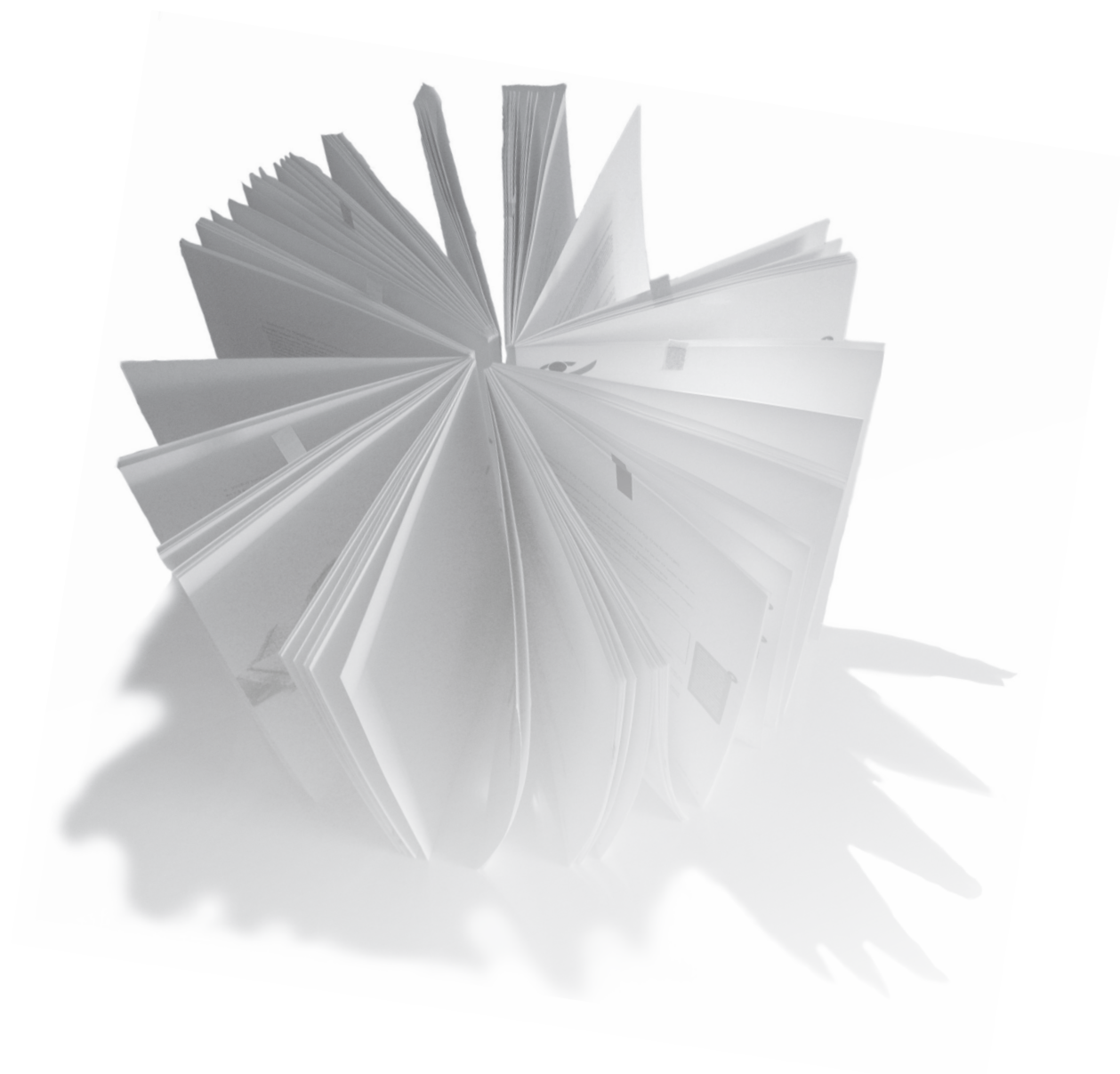
Goedkeuring van de overeenkomsten met de zorgverstrekkers en de verzekeringsinstellingen, in uitvoering van het artikel 51, § 1, 3^{de} lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - Nationale overeenkomsten: verpleeginrichtingen

De wijzigingsclausule bevat bepalingen met betrekking tot:

- de aanpassing van de lijst van prestaties van daghospitalisatie als gevolg van wijzigingen in de nomenclatuur
- de wijziging van de bepaling over de indexering
- de toevoeging van de antimycotica en de antivirale geneesmiddelen aan de lijst met geneesmiddelen die in aanmerking komen voor thuishospitalisatie.

2^e Deel

Rechtspraak



I. Arbeidshof Gent, afdeling Gent, 8 april 2024

Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994
– Evaluatie van arbeidsongeschiktheid - In aanmerking te
nemen criteria – Waarde van het deskundig onderzoek

Uit de bepalingen van artikel 100 § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 blijkt dat de vermindering van het verdienvermogen moet getoetst worden aan dat van een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding. Onder dezelfde stand wordt verstaan het intellectuele, het schoolse, het professionele, het sociale en het culturele profiel van de verzekerde. Door met deze persoonlijke factoren rekening te houden, is het de bedoeling sociale declassering van de verzekerde te vermijden.

Niet de tewerkstellingsvooruitzichten, maar de fysieke geschiktheid om activiteiten uit te oefenen zijn bepalend bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen.

De deskundige wordt aangeduid omwille van zijn hoedanigheid van onafhankelijke deskundige die zijn visie wetenschappelijk op afdoende wijze onderbouwt.

Bij de beoordeling van het deskundig verslag dient de arbeidsrechtbank na te gaan of de deskundige het onderzoek op een grondige, tegensprekelijke wijze gevoerd heeft en rekening heeft gehouden met de opmerkingen van de partijen, of er al dan niet elementen zijn in het verslag die twijfel zouden kunnen doen rijzen omtrent het advies.

... t./RIZIV en S.
A.R. 2023/AG/191

...

4. Bespreking

1.

De GRI besliste op 27 november 2013 dat appellant met ingang van 4 december 2013 niet langer erkend werd als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet.

Door appellant werd hiertegen beroep aangetekend, maar deze procedure vond niet onmiddellijk enige verderzetting, hetgeen appellant wijt aan het feit dat eerst de procedure in verband met het arbeidsongeval van 2009 diende te worden afgehandeld.

De zaak werd in december 2018 ambtshalve weggelaten van de rol en in 2019 opnieuw ingeschreven op verzoek van appellant.

De eerste rechter stelde bij tussenvonnis eerst dr. Vanermen en vervolgens dr. Roels aan als deskundige en deze laatste adviseerde uiteindelijk dat appellant vanaf 4 december 2013 niet arbeidsongeschikt was in de zin van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet.

Appellant kan zich daarmee niet verzoenen en heeft hoger beroep aangetekend, waarbij in hoofdorde de vernietiging wordt gevorderd van de bestreden beslissing en bijgevolg ook van het eerste vonnis, terwijl in ondergeschikte orde de aanstelling van een deskundige wordt gevorderd.

2.

Overeenkomstig artikel 100 § 1 van de ZIV-wet wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die elke werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen, waarvan erkend wordt dat ze zijn verdienvermogen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door de betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Die vermindering van het vermogen tot verdienen wordt over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsspanne (art. 100, § 1, 4^{de} alinea).

Gedurende de eerste zes maanden van de arbeidsongeschiktheid wordt het verdienvermogen van de betrokkene dus beoordeeld aan de hand van het gewone beroep van de werknemer en wordt bijgevolg nagegaan in welke mate de betrokkene nog in staat is iets te verdienen in zijn eigen beroep.

Na deze zes maanden worden echter alle beroepen die een persoon van dezelfde opleiding en stand zou kunnen uitoefenen, in aanmerking genomen om het verdienvermogen te bepalen.

Uit de bepalingen van artikel 100 § 1 van de ZIV-wet blijkt dus dat de vermindering van het verdienvermogen moet getoetst worden aan dat van een persoon van dezelfde stand en met dezelfde opleiding. Onder 'dezelfde stand' wordt verstaan het intellectuele, het schoolse, het professionele, het sociale en het culturele profiel van de verzekerde. Door met deze persoonlijke factoren rekening te houden, is het de bedoeling sociale declassering van de verzekerde te vermijden (Arbh. Bergen 13.10.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 325).

Het verdienvermogen zal worden bepaald op grond van een gepersonaliseerde analyse aan de hand van medische, persoonlijke en socio-economische factoren. De twee elementen die het profiel van de verzekerde zullen bepalen, zijn enerzijds zijn toestand en anderzijds zijn vorming. Zijn toestand zal gedetermineerd worden door de leeftijd, het geslacht, de nationaliteit, de algemene scholingsgraad, het familiaal en sociaal milieu en cultuur, terwijl bij de vorming rekening zal gehouden worden met de beroepsopleiding en het beroepsverleden (Arbh. Luik 09.09.1994, *Soc. Kron.* 1997, 178).

Om te beoordelen of de verzekerde opnieuw zal kunnen werken binnen de vroegere beroepencategorieën, mag verwacht worden dat daartoe een duidelijke meerinspanning zal worden geleverd. Het zal daarbij immers als voldoende worden beoordeeld dat de verzekerde voor 1/3 het werk aankan om hem als arbeidsongeschikt te beschouwen. Wie bijvoorbeeld (enkel) nog halftijds kan werken, is niet per definitie arbeidsongeschikt (Cass. 18.05.2015, A.R. nr. S.13.0012.F, www.cassatie.be; Arbh. Gent, afd. Brugge, 12.10.2012, *Inf. RIZIV* 2013, 223).

De arbeidsongeschiktheid dient daarbij te worden beoordeeld in functie van de werkelijk nog bestaande arbeidsongeschiktheid in plaats van in functie van de restcapaciteit die de verzekerde zou kunnen verwerven middels een adequate behandeling (Arbh. Luik 23.10.2012, *Soc. Kron.* 2013, 534).

Het zijn immers niet de tewerkstellingsvooruitzichten, maar de fysieke geschiktheid om activiteiten uit te oefenen die bepalend zullen zijn bij de evaluatie van de vermindering van het verdienvermogen (Arbh. Bergen 18.09.2008, *Inf. RIZIV* 2008, 570).

Daarbij zal een eventueel tekort aan werkgelegenheid, zijnde een sociaal risico dat gedekt wordt door de werkloosheidsreglementering, niet in aanmerking genomen worden bij de beoordeling van het al dan niet voorhanden zijn van de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid. Aldus zullen de eventueel beperkte mogelijkheden voor de verzekerde om zich opnieuw te integreren op de arbeidsmarkt, gelet op onder meer de concurrentie, geen redenen zijn om als arbeidsongeschikt te worden erkend (Arbh. Bergen 13.07.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 197).

Er moet wel nagegaan worden welk werkelijk bestaand beroep door de verzekerde nog kan worden uitgeoefend, in voorkomend geval door middel van de nodige aanpassingen en een geëigende wederaanpassing (Arbh. Bergen 14.04.1995, *Soc. Kron.* 1997, 301); een louter theoretische mogelijkheid zal dus niet volstaan.

Ook het enkele feit dat de verzekerde niet meer in staat is zwaar werk te verrichten in een niet gekwalificeerd beroep, volstaat niet om de graad van arbeidsongeschiktheid te verantwoorden wanneer niet onderzocht werd welke graad van arbeidsongeschiktheid ook bestaat ten aanzien van niet gekwalificeerde beroepen zonder zware arbeid (Cass. 26.02.1990, *J.T.T.* 1990, 228).

Er moet dus ook rekening worden gehouden met de mogelijkheid lichte arbeid uit te voeren (Arbh. Bergen 15.03.2002, *Inf. RIZIV* 2002, 59; Arbh. Luik, afd. Namen, 20.10.2011, *Inf. RIZIV* 2011, 327; Arbh. Antwerpen 11.12.2012, *Inf. RIZIV* 2013, 226).

Het feit dat lichte arbeidstaken al zittend kunnen worden uitgevoerd, kan bijgevolg volstaan om de arbeidsongeschiktheid niet langer te weerhouden, zelfs al zouden dergelijke functies niet in grote getallen voorhanden zijn op de arbeidsmarkt (Arbh. Luik 19.06.2003, *Inf. RIZIV* 2003, 515).

Het zal daarbij niet de taak van de deskundige of van de arbeidsgerechten zijn om de functies te bepalen die de verzekerde nog kan uitoefenen (Arbh. Gent, afd. Gent, 18.04.2005, *Inf. RIZIV* 2005, 461).

3.

Er dient te worden opgemerkt dat het de logica zelve is dat, bij discussies met betrekking tot de arbeids(on)geschiktheid van de sociaal verzekerde, beroep wordt gedaan op een onafhankelijke deskundige. De arbeidsgerechten beschikken immers niet zelf over de medische competenties om zich daarover een betrouwbaar oordeel te vormen. Een onafhankelijke deskundige moet in dat opzicht dan ook de nodige garanties bieden op een onpartijdig oordeel, aangezien hij geacht wordt een objectieve en correcte inschatting te kunnen maken van de medische toestand.

Bij de beoordeling van het verslag van de deskundige is het uiteraard niet aangewezen dat de arbeidsgerechten zich in de plaats zouden stellen van die deskundige voor wat betreft het eigenlijke medische oordeel. De arbeidsgerechten dienen wél na te gaan of de deskundige het onderzoek op een grondige, tegensprekelijke wijze gevoerd heeft en rekening heeft gehouden met de opmerkingen van de partijen, of er al dan niet elementen zijn in het verslag die twijfel zouden kunnen doen rijzen omtrent het advies.

Alhoewel het deskundigenverslag voornamelijk een advieswaarde heeft dat noch de rechter noch de partijen bindt, is het toch eerder vanzelfsprekend dat, ondanks de volstrekte vrijheid van de rechter, het advies wordt gevolgd van een vakman die werd aangeduid omwille van zijn hoedanigheid van onafhankelijke deskundige die zijn visie wetenschappelijk op afdoende wijze onderbouwt, eerder dan de visie te volgen van de raadgevend geneesheer van één der partijen die in bepaalde omstandigheden misschien iets meer moeite zal hebben om afstand te bewaren ten overstaan van zijn patiënt en van de argumenten van deze patiënt.

De medische toestand dient op objectieve wijze te worden nagegaan en niet bepaald te worden door de behandelende geneesheren die klantgebonden zijn en minder objectief in hun beoordeling. Een medisch deskundige heeft de kennis en de nodige expertise om aan de hand van zijn onderzoeken en de voorgebrachte stukken een advies te geven over de gezondheidstoestand van de betrokkene (Arbh. Gent 16.12.2013, AR nr. 2010/AG/369, *onuitg.*).

De wetenschap die geneeskunde is, is evenwel niet gebouwd op mogelijkheden, maar op waarschijnlijkheden. Vandaar dat kan worden gesteld dat een medische situatie niet onwaarschijnlijk is, maar zelden dat ze volstrekt onmogelijk is (M. VANDERWEERDT "La causalité dans l'assurance contre les maladies professionnelles", *R.D.S.* 1995, 442-444).

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

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

4.

Door de deskundige, aangesteld door de eerste rechter, werd een grondig overzicht gegeven van alle medische stukken die door appellant werden voorgelegd en voorts werd ook een grondig medisch onderzoek uitgevoerd van wervelzuil, heupen, onderste ledematen, schouders en bovenste ledematen. Er werd bijkomend ook nog een radiologisch onderzoek uitgevoerd op vraag van de deskundige.

Uit het deskundig verslag kunnen volgende relevante passages worden aangehaald:

... (°1976) volgde een universitaire opleiding in Marokko, geen bijkomende scholing of opleiding in België. Hij was in België werkzaam als arbeider (slachthuismedewerker, inpakker). Na een arbeidsongeval in 2009 (geconsolideerd zonder BAO) was hij jarenlang verder arbeidsongeschikt in ziekteverzekering waarna verdere onbekwaamheid niet langer weerhouden werd vanaf 4 december 2013. Sindsdien is hij werkloos. Hij vermeldt diffuse gewrichtsklachten in nek, schouders, rug, rechter heup en knieën. Behandeling van de gewrichtsklachten was steeds conservatief (relatieve rust, rugschool, medicatie, infiltraties, kinesitherapie).

Klinisch onderzoek toont een moeizaam gangpatroon met nagenoeg onmogelijke teen- en hielgang. Beweeglijkheid van nek, schouders, rug en heupen is beperkt. Onderzoek van knieën, enkels en voeten is nagenoeg onuitvoerbaar.

Bijkomende beeldvorming toont gewrichtsspleetvernauwing van de rechter heup, wijzend op matige coxartrose. Beeldvorming van de hals toont laagcervicale artrose. Beeldvorming van de rug toont geen evidentie van degeneratief discuslijden.

... vertoont jarenlange osteo-articulaire problematiek, waarbij matig afwijkende degeneratieve veranderingen (hals, heup) resulteren in uitgesproken subjectieve klachten en dysfunctioneel onderzoek.

Vermelde letsels en functionele stoornissen maken dat betrokkene niet arbeidsongeschikt mag verklaard worden voor repetitief gewrichtsbelastende beroepsactiviteiten. Arbeidsongeschiktheid voor gewrichtssparende beroepsactiviteiten (beperking van heffen, tillen, langzaam gaan/staan) kan niet weerhouden worden.

Antwoordend op de opmerkingen van appellant, heeft de deskundige daar nog het volgende aan toegevoegd:

De opdrachtgeving omvat beoordeling van letsels en functionele stoornissen die, vanaf 4 december 2013, mogelijke arbeidsongeschiktheid van meer dan 66 % wettigen.

[...]

Hernieuwde beeldvorming toont matig degeneratieve afwijkingen van heup en nek en geen duidelijke afwijkingen van de rug. [...]

Beroepen met duidelijke gewrichtsbelasting (lang staan/gaan, frequent bukken, tillen) zijn tegenaangegeven, maar werkonbekwaamheid voor ongeschoolde rugsparende beroepen (bvb. sorteerder, inpakker, verkoper) kan niet weerhouden worden. Medisch is er ook geen beletsel om bureauwerk te doen waarvoor hij, door zijn universitaire studies in Marokko, theoretisch ook in aanmerking kan komen.

Bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid mogen economische factoren die geen invloed hebben op de geschiktheid om een betrekking te vinden uiteraard evenmin een rol spelen.

5.

Zoals reeds hierboven aangehaald werd door de deskundige een grondig onderzoek gevoerd en werd ook een (bijkomend) radiologisch onderzoek aangevraagd, zodat de deskundige met volledige kennis van zaken een advies kon verstrekken.

Hij oordeelde dat appellant niet meer in aanmerking kwam voor arbeid die belastend zou zijn voor zijn gewrichten, maar beroepswerkzaamheden die rug- en/of gewrichtssparend zijn behoorden volgens de deskundige voor appellant zeker nog tot de mogelijkheden.

Dat appellant zélf daar niet van overtuigd is, is daarbij niet relevant. Dit betreft een medische beoordeling dewelke niet zomaar kan worden overgelaten aan het subjectieve oordeel en dito gevoelens van de betrokkene zelf, maar moet bekeken worden op grond van een objectief medisch onderzoek om te kunnen komen tot een hoge graad van waarschijnlijkheid.

Op te merken valt dat de deskundige melding maakt van “*uitgesproken subjectieve klachten en dysfunctioneel onderzoek*”. Met andere woorden, de deskundige onderkent bij appellant zéker bepaalde medische problemen die ook tot op zekere hoogte objectiveerbaar zijn, maar niet in die mate zoals deze klachten/medische problemen subjectief worden aangegeven door appellant. Dat het onderzoek in zekere mate als *dysfunctioneel* wordt omschreven, zal daar uiteraard niet vreemd aan zijn.

De voor het arbeidshof noodzakelijke hoge graad van waarschijnlijkheid wordt afgeleid uit de adviezen van het deskundigenverslag en de besluitvorming van de deskundige (Cass. 14.10.1991, *De Verz.* 1992, 22), dewelke het arbeidshof dan ook bijtreedt.

Er mag bij dit alles niet uit het oog worden verloren dat de medische situatie van appellant dient te worden beoordeeld op 4 december 2013. Uiteraard is het geen sinecure om dit 10 jaar na datum nog te gaan doen, maar de deskundige was toch voldoende overtuigend.

Hij wordt daarin hoegenaamd niet weerlegd door de recente, aanvullende medische verslagen die wél een situatie van appellant schetsen eind 2023, maar die totaal niets zeggen over zijn medische situatie van 2013 en al evenmin een antwoord geven of een repliek uitmaken op het verslag van de deskundige, zodat deze verslagen dus ook niet aangeven op welk vlak de deskundige het eventueel op flagrante wijze bij het verkeerde eind zou hebben. Deze nieuwe verslagen zijn dan ook niet van aard om het arbeidshof te laten twijfelen over het advies van de deskundige, laat staan dat deze een basis zouden vormen voor de aanstelling van een andere deskundige.

In casu moet bijgevolg vastgesteld worden dat het onderzoek door de deskundige voldoende grondig werd gevoerd, dat zijn verslag gebaseerd is op objectieve elementen en op een gedegen situatie van het dossier. Ook de opmerkingen van de partijen heeft hij grondig beantwoord en mede in overweging genomen.

Daarbij moet het ook duidelijk zijn dat “*de (recente) familiale problematiek*”, hoe schrijnend deze ook mag zijn, niet in aanmerking mag noch kan worden genomen bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid. Artikel 100 § 1 ZIV-wet heeft het immers over ‘*letsels en functionele stoornissen*’, zodat de problematiek dan ook (enkel) vanuit dat oogpunt mag benaderd worden.

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

6.

Door geïntimeerde wordt weliswaar een rechtsplegingsvergoeding gevorderd, maar wordt deze niet cijfermatig begroot.

Behoudens wanneer een procedureakkoord omtrent de omvang van de rechtsplegingsvergoeding, dan wel een grond of verzoek tot afwijking van het basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding voorligt, dient de rechter ambtshalve het met toepassing van de bepalingen van het tarief rechtsplegingsvergoeding correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding te bepalen. De rechter die op dergelijke wijze het correcte basisbedrag bepaalt, miskent niet het algemeen rechtsbeginsel betreffende de autonomie van de procespartijen in het civiele geding (Cass. 13.01.2023, *R.W. 2022-23*, 1).

De rechter is bijgevolg niet gebonden door het gebrek aan cijfermatige begroting van de rechtsplegingsvergoeding door de partijen. Ook in dat geval is de rechter verplicht om het correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding te bepalen.

Het basisbedrag van een rechtsplegingsvergoeding voor betwistingen voor niet in geld waardeerbare vorderingen bedraagt op datum van de inberaadname (Cass. 29.04.2018, AR nr. C.17.0420.N, *juportal*) 218,67 EUR. Het is bijgevolg dit bedrag dat dient te worden weerhouden als het correcte basisbedrag van de rechtsplegingsvergoeding.

OM DEZE REDENEN

HET ARBEIDSHOF GENT, AFDELING GENT, kamer B6,

Rechtsprekend op tegenspraak, dit na beraadslaging.

Verwerpt alle verdere, ruimere of strijdige conclusies.

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

Bevestigt het bestreden vonnis van 20 juli 2023 van de arbeidsrechtbank Gent, afdeling Sint-Niklaas, kamer S4, in de zaak met AR nr. 19/633/A.

...

II. Arbeidshof van Bergen, 19 juni 2024

Artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 – Erkenning van de arbeidsongeschiktheid – Vroegere Staat – Verdienvermogen

1. Het is aan de sociaal verzekerde met een handicap of een aangeboren aandoening of met bepaalde voorbeschiktheid om aan te tonen **dat hij daadwerkelijk op de arbeidsmarkt is ingeschakeld**; het is niet de bedoeling dat hij bewijs aandraagt van pogingen tot tewerkstelling die geen resultaat hebben opgeleverd om aan te tonen dat er sprake is van een aanvankelijk vermogen tot verdienen zoals bedoeld in artikel 100, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

2. Over het al dan niet bestaan van arbeidsgeschiktheid oordeelt men als volgt: vóór de toetreding tot de arbeidsmarkt, op basis van de daadwerkelijke of veronderstelde toetreding tot de 'arbeidsmarkt'; ná die datum van toetreding tot de 'arbeidsmarkt', op basis van het onderzoek van de uitvoering door de sociaal verzekerde van betekenisvolle arbeidsprestaties, alsmede op basis van omstandige medische gegevens waaruit blijkt dat de invaliditeitsverhogende verergering van zijn toestand zich ná de toetreding tot de 'arbeidsmarkt' heeft voorgedaan. Dat wijst op een correlatie, de sociaal verzekerde beschikte over voldoende vermogen tot verdienen tussen het moment waarop hij tot die arbeidsmarkt is toegetreden en het moment waarop de aandoening invaliderend is geworden.

3. In casu, bij ontstentenis van arbeidsprestaties die een aanvankelijk vermogen tot verdienen bewijzen, toont de sociaal verzekerde niet aan, door louter de betwistingen van zijn behandelend arts aan te dragen, dat hij over voldoende vermogen tot verdienen beschikte op het tijdstip waarop hij op de arbeidsmarkt toetrad.

RIZIV t./...

Rolnr. 2023/AM/91

...

5 – Discussion

5-1 Disposition applicable et principes

Selon l'article 100, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 : "Est reconnu incapable de travailler au sens de la présente loi coordonnée, le travailleur qui a cessé toute activité en conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels dont il est reconnu qu'ils entraînent une réduction de sa capacité de gain à un taux égal ou inférieur au tiers de ce qu'une personne de même condition et de même formation peut gagner par son travail, dans le groupe de professions dans lesquelles se range l'activité professionnelle exercée par l'intéressé au moment où il est devenu incapable de travailler ou dans les diverses professions qu'il a ou qu'il aurait pu exercer du fait de sa formation professionnelle".

S'agissant de personnes présentant un handicap ou une affection congénitale ou encore certaines prédispositions, mais qui ont effectivement exercé un emploi en s'insérant sur le marché du travail, qu'il soit général ou restreint, on doit considérer qu'elles ont bien eu, lors de leur entrée sur le dit marché du travail, une véritable capacité de gain qui a donné lieu, entre autres conséquences, au paiement ou à la perception de cotisations dans le régime de sécurité sociale.

Ainsi, apparaît en tel cas un fait que l'on doit considérer comme irréfutable : l'insertion avec toutes les incidences qui en découlent et, en particulier, la reconnaissance implicite d'une capacité effective à exécuter un travail dans le circuit économique à un moment donné, et l'obligation corrélative, lorsqu'une incapacité survient, d'examiner la situation médicale dans sa globalité, en ce compris ce qui a trait à ce que l'on nomme "l'état antérieur", sans qu'il puisse être question d'axer l'examen médical sur l'existence ou non d'une "aggravation" au moment ou à partir de la date litigieuse reprise dans la décision de fin d'incapacité (voir en ce sens, *C.T. Mons, sixième Ch.*, 10.01.1997, *jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 1997/495 – également cité dans *jurisprudence de Liège, Mons et Bruxelles*, 1999/1552).

Ce raisonnement, n'est néanmoins valable que pour les personnes présentant ce genre de "prédispositions" *qui ont effectivement travaillé sur le marché de l'emploi*.

Néanmoins, la jurisprudence exige des personnes présentant un handicap ou une affection congénitale, la preuve d'une réelle insertion sur le marché du travail et non la preuve d'essais de mise au travail qui se sont révélés non concluants.

À cet effet, il a été jugé que de courtes périodes d'emploi dans le cadre d'un travail intérimaire ne constituaient pas la preuve d'une capacité de gain préalable et suffisante sur le marché du travail régulier (*C.T. Anvers* 26.04.2005, *Bull. INAMI*, 2005/4, p. 457 ; *C.T. Liège, section Neufchâteau*, 03.06.2008, *Bull. INAMI*, 2008/4, p. 578 ; voyez aussi *S. HOSTAUX, Le droit à l'assurance soins de santé et indemnités*, *Larcier* 2009, p. 260).

En revanche, des périodes de travail suffisamment importantes que pour permettre l'admission au bénéfice des allocations de chômage ont été considérées comme une preuve suffisante d'une capacité de gain (*C.T. Bruxelles* 31.03.2010, *R.G.* 2008/AB/51.596 et 2008/AB/51.621, www.terralaboris.be ; *C.T. Mons (5^e Ch.)* 03.12.2020, *R.G.* 2019/AM/410 ; *C.T. Bruxelles* 06.10.2022, *R.G.* 2020/AB/603, www.terralaboris.be).

D'autre part, le bénéfice d'allocations de chômage n'établit pas davantage, en soi, l'aptitude au travail. L'octroi d'allocations de chômage requiert d'être apte au travail selon les critères de l'assurance maladie, mais cette condition n'est pas contrôlée systématiquement à l'entrée du chômage. L'accomplissement d'une période de chômage ne suffit donc pas à démontrer qu'on était apte au travail (*P. PALSTERMAN, L'incapacité de travail des travailleurs salariés dans le droit belge de la sécurité sociale : approche transversale, chronique de droit social*, 2004, p. 311 ; *P. PALSTERMAN, l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie (régime des travailleurs salariés) dans Regards croisés sur la sécurité sociale*, *C.U.P.* 2012, p. 902).

Enfin, la circonstance que l'intéressé bénéficie d'une allocation de remplacement de revenus est sans incidence. L'article 2, § 1 de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées contient une notion assez proche de celle posée par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, mais n'exige toutefois ni une cessation d'activité ni la preuve d'un lien entre cette cessation et une aggravation des lésions (*C.T. Bruxelles* 31.03.2010, *R.G.* 2008/AB/51.596 et 2008/AB/51.621, www.terralaboris.be).

Pour apprécier l'existence d'une aptitude au travail avant l'entrée sur le marché du travail, on considère qu'il s'impose (voir en ce sens : *C.T. Mons, 4^e Ch.*, 03.03.2010, www.juridat.be ; *C.T. Mons, 4^e Ch.*, 18.04.2018, *R.G.* 2018/AM/57, www.terralaboris.be) :

- de déterminer avec précision l'époque à prendre en considération, c'est-à-dire l'entrée effective ou présumée sur ce que l'on désigne communément "le marché du travail"

- d'examiner si, après cette date d'entrée sur "le marché du travail", l'intéressé a :
 - => soit apporté la démonstration de l'exécution par ses soins de prestations de travail conséquentes
 - => soit apporté la démonstration par des éléments médicaux circonstanciés que la survenance du moment de l'aggravation invalidante de son état est postérieure à l'époque de l'entrée sur "le marché du travail" et que, corrélativement, il a présenté une capacité suffisante entre le moment de son entrée sur ledit marché de l'emploi, et celui où l'affection est devenue invalidante.

S'agissant en l'espèce d'une matière relevant d'une législation d'ordre public, il ne pourrait en outre se concevoir qu'une situation médicale non conforme aux principes d'intervention de l'assurance maladie-invalidité puisse indéfiniment se maintenir au profit d'un assuré social car il n'existe pas en droit belge de droit pour l'assuré social à voir se perpétuer indéfiniment à son profit les effets d'une décision erronée (Cass., 03.05.1993, J.T.T. 1994, p. 8 ; C.T. Mons 26.04.2006, R.G. 19.623).

Il a cependant été jugé qu'en remettant en cause neuf ans plus tard la réalité de la capacité initiale, ainsi que l'aggravation ayant entériné la prise en charge de l'assuré social, par l'assurance obligatoire indemnités, l'INAMI commettait une faute parce qu'il alourdissait la charge de la preuve de manière inconsidérée (C.T. Bruxelles, 21.12.2006, R.R.D. 2006, p. 371).

Si cette faute ne peut entraîner réparation en soi, en l'absence d'un lien causal entre cette faute et un éventuel dommage, l'INAMI ne sollicitant pas la récupération des indemnités versées pour le passé, il convient de tenir compte de cette circonstance dans l'appréciation de la pertinence des documents médicaux produits contredisant le rapport de l'INAMI (T.T. Tournai, section de Tournai, 25.10.2011, R.G. n° 00/285513/A).

Si elle ne constitue pas un droit acquis, la reconnaissance d'un état d'incapacité pendant de longues années, crée une forme de présomption que les conditions ont été correctement appréciées à l'époque. En l'absence d'amélioration de l'état de santé, il appartient à l'auteur de la décision d'apporter la preuve du caractère erroné de la décision initiale, et donc de ce que la cessation des activités, à l'époque, ne trouvait pas sa cause dans une aggravation de l'état de santé. Il appartient certes à l'assuré social d'apporter la preuve de son incapacité de travail au moment où il sollicite le bénéfice des prestations, mais on ne saurait lui imposer aussi lui imposer aussi de rassembler lui-même les données permettant d'apprécier sa capacité de gain parfois des années auparavant. Dans la pratique, la question de la preuve se résoudra souvent par une expertise judiciaire, basée elle-même sur le dossier médical détenu par l'organe assureur (P. PALSTERMAN, *L'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, la problématique de l'état antérieur dans l'octroi d'indemnités d'assurance maladie, régime des travailleurs salariés, dans Regards croisés sur la sécurité sociale*, op. cit, p. 905).

S'agissant enfin de l'aspect ayant trait à l'expertise judiciaire, on relèvera à ce sujet ce qui suit :

- l'article 962, alinéa 4, du Code judiciaire dispose que "le juge n'est point tenu de suivre l'avis des experts, si sa conviction s'y oppose"
- le juge apprécie en fait la valeur probante des constatations faites par les experts et le fondement des griefs formulés par les parties contre celles-ci. Les faits constatés par l'expert ne sont pas revêtus d'un caractère authentique et le juge peut en apprécier l'exactitude (Cass. 07.05.2009, Pas. 2009, I, p. 1108 ; H. BOULARBAH, M. PHILIPPET, M. STASSIN, *État actuel de la procédure civile d'expertise dans Théorie et pratique de l'expertise civile et pénale*, CUP, Anthems 2017, p. 101, n° 80 citant Cass. 21.01.2011, Pas. 2011, p. 284)

- si le juge n'est pas astreint de suivre l'avis de l'expert si sa conviction s'y oppose, son pouvoir d'appréciation souverain est, cependant, limité par l'obligation qu'il a de justifier les motifs pour lesquels il entend rejeter les conclusions d'un rapport (.)
- en effet, il apparaît difficile pour un juge de justifier sa décision d'écarter le rapport de l'expert au profit de l'avis divergent du conseil technique d'une partie – fût-il des plus renommés – sans au moins en exposer les raisons qui ressortent d'éléments internes au rapport et, plus particulièrement du constat de défaillances ou de manquements qui en fragilisent le crédit (*conclusions de l'Avocat général GENICOT précédant l'arrêt de la C. cass. du 14.10.2019, S.18.0120.F, www.juportal.be*)
- l'article 984 du Code judiciaire, modifié par l'article 23 de la loi du 15 mai 2007, dispose que : "*si le juge ne trouve pas dans le rapport les éclaircissements suffisants, il peut ordonner soit la réalisation d'une expertise complémentaire par le même expert, soit la réalisation d'une nouvelle expertise par un autre expert. Le nouvel expert peut demander à l'expert précédemment nommé les renseignements qu'il jugera utiles*".

5-2 Le cas d'espèce

Sur le plan strictement juridique, il est entendu que la condition du *début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels* exigée par l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée par un arrêté royal du 14 juillet 1994, *n'est pas remplie*.

Certes, la consécration d'un état antérieur par une juridiction du travail a pour conséquence, *non seulement* d'exclure définitivement la personne concernée du régime de l'assurance-maladie invalidité, *mais aussi* de la rendre indisponible sur le marché de l'emploi au sens de la réglementation du chômage, *voire* de lui interdire d'envisager la signature d'un contrat d'intégration dans le cadre de la loi du 26 mai 2022 concernant le droit à l'intégration sociale. Néanmoins, il y a lieu en telle hypothèse d'orienter la personne concernée vers le régime des prestations aux personnes handicapées.

...

- si la période exacte au cours de laquelle cette formation a été suivie demeure incertaine (2010-2011, selon le rapport du Dr ... de l'INAMI ou 2012-2013, selon les conclusions de cet institut ou le rapport de l'expert), il apparaît des éléments du dossier que la remise en cause de l'existence d'une capacité de gain résulte des constatations recueillies par le médecin inspecteur de l'INAMI le Dr ..., lors de son examen du 10 mars 2020, où il a pu entendre l'assuré ainsi que sa mère (pièce 7 du dossier de l'auditorat du travail du Hainaut, division de Mons)
- selon les termes de ce rapport : "... La maladie a débuté à l'âge de 18 ans, pendant sa formation en mécanique en promotion sociale (2010-2011), il n'a pas pu terminer. Perte de 20 kg en 2 semaines. Vomissements, n'arrivait pas à manger ni boire. On lui a dit qu'il avait eu un gros stress, qu'il était hypocondriaque, il s'inquiétait pour tout. Il ne sortait plus de la maison, il s'enfermait. Cela a duré 6-7 ans, il ne sortait plus de chez lui sauf s'il était accompagné. Sa famille, essentiellement sa mère, l'a pris en charge. Sa mère dit qu'il a toujours eu du mal de se concentrer depuis qu'il est petit. Il a par exemple du mal à regarder un film en entier. Sa mère dit qu'il ne savait pas rester en place. Il a bénéficié de séances de logopédie pendant un ou deux ans quand il était en primaires car il confondait les lettres. Il n'y a pas eu de consultation spécialisée pour le manque de concentration. Pas d'hospitalisation dans l'enfance et l'adolescence. Sa mère lui donnait du Sédinal. Sur interpellation, sa mère déclare que dès l'âge de 19 ans, il ne savait pas sortir seul, il avait l'impression que les gens le regardaient et qu'ils se moquaient de lui. Selon sa mère, il n'aurait pas pu travailler à cause de cela. Le problème a commencé assez brutalement vers ses 19 ans, sa mère a dû aller le rechercher chez ses grands-parents. Il n'a pas de cause identifiée. Après cela, il faisait régulièrement appel au médecin traitant (Dr ...) car il avait des symptômes somatiques : estomac, douleur abdominale. Sa première hospitalisation date de juillet 2019, il a été amené par sa famille à l'hôpital car agressivité et violence physique, propos délirants. Il a été colloqué. Diagnostic : décompensation psychiatrique"

- même si les conclusions du rapport de l'expert ... comportent quelques inexactitudes chronologiques, probablement dues aux incertitudes sur la période exacte au cours de laquelle la formation en technologie pratique automobile a été suivie, force est de constater que ce dernier confirme dans ses conclusions, l'analyse du médecin inspecteur de l'INAMI selon lequel Monsieur ... n'a jamais eu de capacité de gain. Et il ne semble pas incohérent d'asseoir la conviction d'une absence initiale de capacité de gain sur les déclarations de la mère de l'intéressé qui l'a pris en charge et côtoyé quotidiennement et donc d'une révision d'une décision de reconnaissance erronée de l'incapacité de travail depuis le 13 janvier 2014
- à défaut de prestations de travail probantes d'une capacité initiale de gain, Monsieur ... ne démontre pas par les seules contestations de son médecin traitant, le Docteur ... qu'il possédait une capacité de gain au moment de son entrée sur le marché du travail.

Il y a lieu de déclarer l'appel fondé et d'entériner les conclusions du rapport de l'expert ... et par conséquent de confirmer la décision prise le 26 juin 2020 par le Conseil médical de l'invalidité.

PAR CES MOTIFS,
LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contractoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Vu l'avis écrit *conforme* déposé par Monsieur le Substitut Général ..., auquel il a été répliqué,

Déclare l'appel recevable et fondé,

Réforme le jugement déféré,

Entérine les conclusions du rapport de l'expert ... rendu en premier degré, et confirme par conséquent la décision prise le 26 juin 2020 par le Conseil médical de l'invalidité,

...

III. Arbeidshof te Bergen, 5 september 2024

SW-Voorwaarden voor erkenning van de A.O. Artikel 100, §1 (G.W. 94); Gerechtelijke deskundigenprocedure

1. Het is aan de partij die de conclusies van het deskundigenverslag aanvecht om aan te tonen dat de deskundige een fout heeft gemaakt.

2. De gemaakte fout kan blijken uit het feit dat de deskundige niet alle feitelijke gegevens in aanmerking heeft genomen, dan wel uit het feit dat de deskundige geen passend gevolg heeft gegeven aan alle feitelijke gegevens waarover hij beschikt (buitensporige of onjuiste duiding).

3. De rechter, die over de feitelijke gegevens beschikt, kan met volledige kennis van zaken beslissen. Aangezien de deskundige hem slechts een advies verstrekt, is de rechter niet verplicht dat te volgen.

4. De rechter is immers niet gehouden het advies van de deskundige te volgen indien dat niet strookt met zijn mening. Zijn soevereine appreciatiebevoegdheid wordt evenwel begrensd omdat hij verplicht is te motiveren waarom hij de conclusies van een deskundigenverslag wil afwijzen.

5. Anonieme aangifte mag niet worden beschouwd als een doorslaggevend gegeven bij de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van de betrokkene in hoofde van de arts van de Dienst voor Uitkeringen die lid is van de Geneeskundige Raad voor de Invaliditeit, noch in hoofde van de deskundige, aangezien de onderzoeken objectief zijn verricht.

... t./RIZIV

Rolnummer: 2023/AM/298

...

5. Discussion

Lorsque le juge a recours aux lumières d'un expert en vue de départager les opinions divergentes des parties, c'est parce qu'il ne dispose pas des éléments pour statuer lui-même ou parce qu'il ne possède pas les compétences requises.

Il convient en conséquence de faire confiance à l'expert *sauf* s'il est démontré que ce dernier a commis une erreur :

- soit en ne tenant pas compte de tous les éléments de fait (la contestation porte alors, par ex., sur le plan strictement médical lorsque comme, en l'espèce, l'expert désigné est un médecin ; s'il est fait droit à la contestation, le recours à un second expert ou à un complément d'expertise s'imposera généralement)
- soit en donnant à ces éléments de fait une portée excessive ou erronée dans un sens ou dans l'autre (en ce cas, le juge dispose des éléments de fait et peut trancher en toute connaissance de cause, l'expert ne lui donnant qu'un avis qu'il n'est pas tenu de suivre).

Selon l'enseignement de la Cour de cassation, la circonstance qu'une partie n'a, à l'époque de l'expertise, fait part à l'expert d'aucune observation pertinente, n'a pas pour conséquence de la priver ultérieurement du droit de soumettre à l'appréciation des juges ses griefs concernant le rapport d'expertise (voir Cass. 17.02.1984, PAS. I, p. 704) ; il faut, mais il suffit, que la partie qui sollicite l'écartement de l'expertise, le remplacement d'un expert, une expertise complémentaire, la désignation d'un autre expert, ou une décision judiciaire s'écartant sur le fond des conclusions de l'expert, rapporte la preuve qu'il pourrait effectivement être porté atteinte à ses droits si on lui interdisait de produire des éléments médicaux de nature à modifier les conclusions de l'expert (voir en ce sens "Traité de l'expertise en toutes matières", volume I, Paul Lurquin, Bruylant 1985, n° 184 in fine, p. 176).

Dans son arrêt précité du 17 février 1984, la Cour suprême a encore considéré que "le juge apprécie en fait s'il est suffisamment éclairé par l'expertise et les autres éléments de la cause pour statuer sur les griefs formulés (même) postérieurement au rapport de l'expert".

Conformément à ce qu'à rappelé la Cour de cassation dans un arrêt subséquent du 14 octobre 2019 (S.18.0102.F/3) :

- en vertu de l'article 962, alinéa 1^{er}, du Code judiciaire, le juge peut, en vue de la solution d'un litige porté devant lui, charger des experts de procéder à des constatations ou de donner un avis d'ordre technique
- cet article dispose, en son alinéa 4, qu'il n'est point tenu de suivre l'avis des experts *si sa conviction s'y oppose*
- il en résulte qu'il appartient au juge du fond d'apprécier *en fait* la valeur probante d'un rapport d'expertise
- en restreignant sa liberté d'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise au cas où celui-ci est affecté d'une erreur, l'arrêt attaqué viole l'article 962, alinéa 4, du code judiciaire.

Si le juge n'est pas astreint de suivre l'avis de l'expert, si sa conviction s'y oppose, son pouvoir d'appréciation souverain est cependant limité par l'obligation qu'il a de justifier les motifs pour lesquels il entend rejeter les conclusions d'un rapport, car il apparaît en effet difficile pour un juge de justifier sa décision d'écarter le rapport de l'expert au profit de l'avis divergent du conseil technique d'une partie – fût-il des plus renommés – sans au moins en exposer les raisons qui ressortent d'éléments internes au rapport et, plus particulièrement du constat de défaillances ou de manquements qui en fragilisent le crédit (*conclusions de l'avocat général GENICOT précédant l'arrêt de la Cour de cassation du 14.10.2019, R.G. S.18.0102.F, www.juportal.be*).

Il ressort de l'exposé de la cause du litige, ainsi que des éléments du dossier, tels que rappelés par le Ministère public dans son avis écrit, que :

- monsieur ... a été examiné par le conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, suite à une dénonciation anonyme adressée le 18 mars 2021 à ses services, pour un travail non autorisé en période d'invalidité, libellé comme suit : "je viens vers vous car je donne vous informer que Monsieur ... est depuis 3 ans en arrêt de travail il était salarié de la grande surface ... apparemment il serait en incapacité de travail suite à des douleurs lombaires. Il a 3 ans acquiert une maison dans laquelle il y avait de gros travaux de rénovation donc porte de charges lourdes avec preuves à l'appui photos et autres. Je ne comprends pas qu'on puisse continue à verser des indemnités d'incapacité de travail pour ces douleurs avec que chez lui ça ne lui pose aucun problème de soulever, porter ou déplacer des charges lourdes ... pourriez-vous me diriger vers un service en charge de cette fraude. Merci bien à vous Envoyé de mon iPhone."
- contrairement à ce que prétend Monsieur ... cet élément n'a pas été déterminant dans l'évaluation de son état d'incapacité, ni pour les membres du Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI, ni pour l'expert

- le Docteur ... du Conseil médical de l'invalidité a procédé à un examen médical détaillé le 29 avril 2021 montrant une bonne mobilité de la colonne lombaire, une marche aux trois modes sans boiteries, et une absence d'atrophie du membre inférieur déclarée présenter des signes de sciatalgie avec douleur au mollet et pied gauche. On notait néanmoins un lasègue et flip test positif à gauche mais sans déficit
- les rapports reçus, notamment ceux des Docteur ... ont bien été examinés et commentés, ainsi que l'INAMI le rappelle dans ses conclusions déposées au greffe de la Cour, le 22 février 2024
- il en est de même de l'expert qui précise à la page 5 de son rapport préliminaire ce qui suit : *"Les documents communiqués confirment un accident de travail le 3 juillet 2017 et non en 2018 comme premièrement déclaré. L'I.T.T. a été prise en charge par AXA du 3 juillet au 5 août 2017 avec consolidation sans séquelle (A4-1 à 4-2). Depuis lors, il déclare la persistance d'une douleur fessière gauche avec irradiation dans le membre inférieur gauche (sciatalgie SI gauche). De nombreux examens ont été pratiqués qui n'ont pas apporté d'explication claire à ce phénomène. Les CT scans et IRMs lombaires ont cependant démontré l'absence de conflit disco-radulaire. Les examens cliniques démontrent l'absence de déficit moteur et d'amyotrophie. L'examen clinique pratiqué par l'expert le 10 mars 2022 a démontré : Absence de déficit moteur ; Absence d'amyotrophie ; Réflexes normaux ; Douleurs à la palpation du massif fessier gauche. Fin 2021, Monsieur ... déclare l'apparition d'un engourdissement de l'extrémité de tous les doigts. À l'heure actuelle, les bilans neurologiques n'ont pas démontré d'explication."*
- Le certificat médical du Docteur ... du 23 octobre 2023 ne comporte aucune critique à l'égard de l'expertise ni aucun moyen nouveau. Il se contente de décrire une situation à la date de son examen, dont l'expert a eu connaissance.

Comme l'expertise aboutit à des conclusions aussi circonstanciées que pertinentes au terme d'un processus ayant respecté le principe du contradictoire, la présente juridiction ne pourra que procéder à leur entérinement, et ce d'autant qu'aucun élément ne permet de dire que sa conviction s'y opposerait.

PAR CES MOTIFS,
LA COUR DU TRAVAIL,

Statuant contradictoirement,

Vu la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire, notamment l'article 24 ;

Vu l'avis écrit conforme déposé par Monsieur le Substitut Général ..., auquel il n'a pas été répliqué,

Déclare l'appel recevable, mais dépourvu de fondement et confirme le jugement déféré, en ce compris ce qui a trait aux frais et dépens du premier degré,

...

IV. Hof van beroep van Luik, 3 juli 2024

De rechter in hoger beroep heeft in eerste instantie het criterium abnormale schade onderzocht en beslist dat de opgetreden complicaties niet konden worden vermeden. Met betrekking tot de toestand van de patiënt was het Hof evenwel van mening dat de complicaties en recidieven zich niet hadden moeten voordoen en dat er dus sprake is van abnormale schade. Met betrekking tot het criterium van de ernst beslist de rechter dat er niet is voldaan aan de voorwaarden voor tussenkomst van het FMO. Het Hof vernietigt daarom het bestreden vonnis en wees de vordering van de verweerders af.

A.R. 2019/RG/324
RIZIV t./...

...

II. 2. Sur le fondement de l'appel

II. 2. 1. RAPPORT DE L'EXPERT DÉSIGNÉ PAR LE FAM ET AVIS RENDU PAR LE FONDS

1.

À la suite de la demande d'avis introduite par ... le ... 2013, le FAM a organisé une expertise contradictoire sur le fondement de l'article 17, § 2, de la loi du 31 mars 2010, et désigné en qualité d'expert le professeur ... neuropasychiatre et neurophysiologiste, ainsi que le docteur ... en qualité de sapiteur, afin de diligenter les travaux de l'expertise.

L'expert ... a clôturé son expertise par un rapport du 24 novembre 2016, aux termes duquel il précise, s'agissant des complications port-opératoires rencontrées par ..., que :

(...)

6) L'évolution post-opératoire indique que la décompression résultant de la foraminectomie L4-L5 et L5-S1 pratiquée le samedi .../2010 a, dans un 1^{er} temps, été favorable avec diminution significative de la douleur au membre inférieur gauche (Rapport d'hospitalisation rédigé par le Dr ... en date du .../2010) ;

7) Le pseudo-méningocèle qui est apparu le samedi .../2010 et qui est diagnostiqué le mardi .../2010 est une complication connue quoique rare de ce type d'intervention (son incidence est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions chirurgicales rachidiennes confondues) et la prise en charge de cette complication semble avoir été correcte ;

8) Motivée par l'existence d'un pseudo-méningocèle douloureux et invalidant, une intervention a été pratiquée par le Dr ... le vendredi .../2010 au cours de laquelle un petit fragment discal a été enlevé au niveau du disque L5-S1 au départ duquel une discite s'est secondairement développée ;

9) La discite évoquée le .../2010 (son incidence est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées) n'a cependant été confirmée que le .../2010 et un traitement antibiotique est administré pour une durée de plusieurs mois ;

10) Monsieur ... a donc été victime de deux complications rares (pseudo-méningocèle et discite) dont l'enchaînement est exceptionnel, sa fréquence de survenue étant impossible à évaluer en raison du manque de données dans l'indication qui nous occupe.

Après avoir évalué le dommage temporaire de ... et avoir fixé la consolidation à la date du ... 2012, le professeur ... évalue le préjudice permanent comme suit : incapacité personnelle permanente de 25 % "en raison d'une atteinte à la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires documentées qui sont responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante", préjudice esthétique permanent inférieur à 1/7, compte tenu d'une boiterie quasi permanente du membre inférieur gauche.

2.

Le Fonds a transmis son avis par courrier du 16 mars 2017.

Il conclut en substance à l'absence de toute faute en lien avec le dommage allégué dans le chef du prestataire de soins et à l'absence d'accident médical sans responsabilité au motif que le dommage subi par ... ne pouvait être considéré comme anormal au sens de la loi.

II. 2. 2. SUR LES CONDITIONS POSÉES À L'INTERVENTION DU FAM

1.

En vertu de l'article 4, 1^o, de la loi du 31 mars 2010 relative à l'indemnisation des dommages résultant de soins de santé, le Fonds indemnise la victime ou ses ayants droit conformément au droit commun lorsque le dommage trouve sa cause dans un accident médical sans responsabilité, pour autant que le dommage réponde à l'une des conditions de gravité prévues à l'article 5.

L'article 2, 7^o, de la loi du 31 mars 2010 définit l'accident médical sans responsabilité comme étant "un accident lié à une prestation de soins de santé, qui n'engage pas la responsabilité d'un prestataire de soins, qui ne résulte pas de l'état du patient et qui entraîne pour le patient un dommage anormal", lequel est celui qui "n'aurait pas dû se produire compte tenu de l'état actuel de la science, de l'état du patient et de son évolution objectivement prévisible".

Suivant les travaux préparatoires, l'objectif de la loi du 31 mars 2010 est "d'indemniser les dommages résultant de soins de santé, que ceux-ci trouvent leur origine dans la responsabilité d'un prestataire ou dans ce que l'on appelle communément un *aléa thérapeutique*. Néanmoins, en raison de la difficulté de traduction de ce terme en néerlandais, il a été opté pour le terme *d'accident médical sans responsabilité*"¹. Le rapport fait au nom de la commission de la santé publique, de l'environnement et du renouveau de la société précise, s'agissant de la définition des accidents médicaux sans responsabilité, que "l'exposé des motifs indique qu'on vise une traduction du concept d'aléa thérapeutique. Cette notion exprime bien en français ce qu'elle vise. La traduction en néerlandais paraît toutefois imprécise (...) Le mot '*ongeval*' est trop lié à une erreur humaine. Il faut clairement spécifier, au moins au cours des travaux préparatoires, que ce n'est pas cette erreur humaine qui est visée, mais le malheur, la malchance, la mauvaise fortune"².

2.

L'appelant fait grief au jugement entrepris d'avoir considéré que le dommage subi par ... était anormal et grave au sens de la loi du 31 mars 2010.

2.1. Sur l'existence d'un dommage anormal

2.1.1.

Deux critères alternatifs³ permettent de conclure à l'existence d'un dommage anormal : l'état actuel de la science ou l'état du patient et son évolution objectivement prévisible. La loi ne contient aucune autre précision quant au dommage "qui n'aurait pas dû se produire" au regard de ces critères, lesquels ne sont pas davantage précisés.

1. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, p. 22.

2. Rapport fait au nom de la commission, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/006, p. 22.

3. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26; C. const., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017.

Aux termes de l'exposé des motifs, "ces critères peuvent être commentés comme suit :

- a. *L'état actuel de la science* : si en l'état actuel des connaissances, le dommage avait pu être évité, il devra être considéré comme anormal, puisqu'un prestataire correctement au fait de l'état de la science aurait pu prendre les mesures adéquates pour éviter qu'il se produise. Il importe de préciser que l'état de la science doit être apprécié au moment où la prestation de soins est posée. Le comportement du prestataire ne peut en effet être jugé sur la base de connaissances qui n'existaient pas au moment où il a posé l'acte.
- b. *L'état du patient et son évolution objectivement prévisible* : le dommage est également anormal lorsque le dommage n'est pas dû à la situation particulière du patient, déterminée en fonction de ses antécédents, de ses prédispositions particulières telle que son âge, ses capacités physiques, mais aussi de la pathologie pour laquelle la prestation de soins est posée, d'une autre pathologie, ou encore du traitement donné pour traiter cette dernière, etc ..., à la date de la prestation de soins de santé incriminée ou à l'aggravation 'naturelle' parce que prévisible et inévitable, de son état de santé initial. Le caractère normal ou non du dommage doit donc être apprécié en fonction de l'état de santé général du patient, et de ce que l'on peut raisonnablement prévoir comme évolution de celui-ci. Le décès ou un dommage grave causé à un patient en parfaite santé sera ainsi en principe plus facilement considéré comme anormal que le même dommage qui surviendrait chez un patient dont l'état de santé général est faible et déjà détérioré. Il s'agit d'une condition qui devra être appréciée au cas par cas en fonction du type de dommage allégué et des indications relatives à l'état de santé du patient".

2.1.2.

En l'espèce, il ne ressort d'aucun élément soumis à l'appréciation de la cour, et il n'est d'ailleurs pas soutenu, que la survenance d'un pseudo-méningocèle ou d'une spondylodiscite dans les suites d'une cure de canal lombaire rétréci par hémi-laminectomie pouvait être évitée en l'état des connaissances scientifiques, appréhendé à son niveau le plus élevé⁴, tel qu'il existait au moment où ... a subi ces interventions, soit respectivement en .../2010.

Le pseudo-méningocèle et la spondylodiscite dont a souffert ... et les conséquences préjudiciables qui en ont résulté ne peuvent dès lors être considérés comme étant un dommage anormal par application du critère de l'état de la science.

2.1.3.

Quand au second critère, il convient de se référer aux conséquences normales, appréciées à l'aune de ce qui est probable, attendu ou redouté, de l'état de santé particulier de ... et de son évolution objectivement prévisible.

La mesure de l'anormalité ou non des conséquences dommageables d'un accident médical est représentée par le pronostic général de l'état de santé du patient concerné et non par des statistiques abstraites de risques ; ces conséquences sont anormales lorsqu'il existe une démesure entre la réalité de ce qui survient et ce qu'il est raisonnable d'espérer ou de craindre compte tenu de cet état de santé particulier et de son évolution⁵.

Le fait qu'une conséquence dommageable soit connue, référencée dans la littérature médicale et s'inscrive dans les risques liés à une prestation de soins de santé ne suffit pas à la considérer comme un dommage "normal" qui échapperait au champ d'application de la loi. Encore faut-il qu'elle corresponde à la réalisation d'un risque dont il peut être raisonnablement considéré compte tenu de la situation particulière du patient qu'il devait se produire, et non d'un risque résultant simplement de l'aléa thérapeutique.

4. Cette référence au niveau le plus élevé de l'état actuel de la science ressort des travaux préparatoires (voy. Exposé des motifs, *Doc. Parl.*, Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 24-26 ; C. cont., 30.11.2017, arrêt n° 136/2017, pt. B.8.).

5. Voy. Q. Alaluf, "L'accident médical sans responsabilité et le dommage anormal" in I. Lutte, *États généraux du droit médical et du dommage corporel*, 2^e éd., Anthémis, 2018, pp. 219 et s. et les réf. Citées.

Quand aux complications rencontrées par ..., les parties s'opposent sur la question de savoir s'il convient d'apprécier la "normalité" de la survenance de chacune d'entre elles et de leurs conséquences préjudiciables distinctement, ou s'il convient de s'interroger sur la normalité de leur enchaînement.

Cette discussion ne présente en l'espèce pas d'intérêt dans la mesure où, contrairement à ce que soutient le Fonds, chacune de ces complications est constitutive d'un dommage anormal au sens de la loi du 31 mars 2010, dès lors que :

- s'agissant du pseudo-méningocèle

 - => le taux d'occurrence de cette complication dans les suites d'une intervention rachidienne est de 3,5 à 16 % de toutes les interventions rachidiennes confondues
 - => se référant à la littérature médicale, le FAM indique qu'une résorption spontanée du pseudo-méningocèle peut survenir, mais qu'il peut toutefois s'avérer nécessaire de procéder à un colmatage de la brèche de la dure-mère et à des ponctions de liquide céphalo-rachidien avant d'observer sa résorption, sans que le taux de résorption spontanée ou la résorption instrumentalisée soit précisé
 - => en l'espèce, le pseudo-méningocèle dont a souffert ... ne s'est pas résorbé spontanément, ce qui a nécessité de procéder chirurgicalement au colmatage de la brèche de la dure-mère. Malgré cette intervention, le pseudo-méningocèle a récidivé, nécessitant des ponctions répétées de liquide céphalo-rachidien pendant plus d'un mois⁶ ainsi qu'une nouvelle hospitalisation de ...⁷
 - => aucun élément ne permet de considérer que ... devait raisonnablement, compte tenu de sa situation particulière, s'attendre à subir un pseudo-méningocèle, nécessitant une nouvelle intervention chirurgicale pour colmater la brèche de dure-mère, ainsi qu'une récurrence de pseudo-méningocèle nécessitant des ponctions pendant plusieurs semaines.
- s'agissant de la spondylodiscite

 - => le taux d'occurrence de cette complication est de 0,3 à 1,5 % des hernies opérées, le tabagisme étant un facteur de risque
 - => cette complication nécessite un traitement par antibiothérapie d'une durée de six à douze semaines⁸.
Se référant à la littérature médicale, le Fonds indique quant aux conséquences habituelles de la discite, qu' "une fois que l'antibiothérapie est administrée, l'évolution est régulièrement favorable, la douleur régresse et les anomalies radiologiques s'estompent dans les 3 à 6 mois en moyenne"⁹
 - => en l'espèce, la spondylodiscite dont a souffert ... a été traitée par antibiothérapie pendant plusieurs mois, la décision étant prise le ... 2011 de poursuivre ce traitement débuté fin ... 2010¹⁰, ce qui a permis une diminution progressive du syndrome inflammatoire.
À la suite de cette complication, le disque intervertébral L5-S1 a cependant quasiment disparu, entraînant un frottement des vertèbres L5 et S1 et un endommagement des facettes articulaires¹¹

6. Rapport d'expertise du professeur ... p.1 – pièce 1 du dossier des intimés.

7. Avis du FAM, p. 3, pièce 1.2. du dossier de l'appelant.

8. Rapport d'expertise du professeur ... p. 20 – pièce 1 du dossier des intimés.

9. Avis du FAM, p. 18.

10. Avis du FAM, p. 3.

11. Avis du FAM, p. 19.

=> même s'il se situait dans la tranche haute du risque de survenance de cette complication en raison d'un tabagisme important, la probabilité pour ... d'être confronté à une discite demeurerait objectivement extrêmement faible, tandis qu'aucun élément ne permet de considérer qu'il devait raisonnablement, en considération de sa situation particulière, s'attendre à souffrir d'une spondylodiscite nécessitant une antibiothérapie de plus de cinq mois et entraînant, nonobstant l'instauration rapide de ce traitement, une disparition quasi complète du disque intervertébral infecté.

2.2. Existence d'un dommage grave

En vertu de l'article 5 de la loi du 31 mars 2010, le dommage est suffisamment grave lorsqu'une des conditions suivantes est remplie :

- 1° le patient subit une invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %;
- 2° le patient subit une incapacité temporaire de travail au moins durant six mois ou six mois non consécutifs sur une durée de douze mois ;
- 3° le dommage occasionne des troubles particulièrement graves, y compris d'ordre économique, dans les conditions d'existence du patient ;
- 4° le patient est décédé.

Les parties s'opposent quant à la gravité du dommage subi par ...

Se référant au rapport de l'expert ..., les intimés invoquent une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 % (art. 5, 1°) ainsi que des troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ... (art. 5, 3°), critères dont le Fonds conteste qu'ils soient rencontrés.

- Invalidité permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %

Au terme de son expertise, le professeur ... énonce que :

(...) Se basant sur ses propres observations & constatations personnelles, sur les considérations médicales des médecins-conseils des parties & du médecin sapiteur du FAM ainsi que sur l'ensemble des éléments résultant de l'analyse approfondie du dossier médical de monsieur ... l'Expert retient qu'en conséquence des interventions pratiquées par le Dr ... (médecin spécialiste traitant de monsieur ...) il persiste chez celui-ci une atteinte de la charnière lombo-sacrée avec lésions disco-ligamentaires responsables d'une atteinte sciatique S1 gauche invalidante.

Ces séquelles sont stabilisées et consolidables à la date du .../2012 qui correspond au moment où fut constaté l'échec de la dernière tentative d'améliorer le dommage en relation avec les complications présentées par monsieur ...

Se basant sur le guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique, l'Expert retient que ces séquelles correspondent respectivement aux articles 42-2-b (45 % au max.) et 2-3-a (25 % au max) et, compte tenu de l'état antérieur (10 %), celles-ci entraînent une IPP de 25 % à la date de consolidation qui est le .../2012¹².

Le dommage dont la gravité doit être appréciée pour déterminer si le seuil fixé par l'article 5, 1°, de la loi est atteint est celui qui trouve sa cause dans une prestation de soins de santé et qui découle de l'accident médical sans responsabilité dont ... a été la victime, à l'exclusion des conséquences dommageables de la pathologie dont il souffrait préalablement à la prestation de soins litigieuse et qui auraient en toute hypothèse été subies en son absence ainsi que des conséquences préjudiciables d'éventuelles autres pathologies.

En l'espèce, il n'est pas contestable que ... présentait un état antérieur important dès lors :

- qu'il ressort du rapport d'expertise du professeur ... qu'il souffrait depuis plus d'un an et demi de douleurs au membre inférieur gauche, lesquelles n'étaient pas soulagées par les médications anti-inflammatoires et antalgiques classiques et qu'il avait déjà été traité au centre de la douleur en 2009
- qu'il s'était présenté au service des urgences du ... le ... 2010 pour des douleurs avec endormissement du membre inférieur gauche, et qu'à l'issue d'une consultation du ... 2010, le docteur ... a diagnostiqué un canal lombaire étroit en L3-L4 et en L4-L5, ainsi qu'une sténose foraminale L5-S1 gauche¹³
- qu'une intervention neurochirurgicale consistant en une cure de canal lombaire étroit par hémilaminectomie gauche L4-L5 et L5-S1 a été pratiquée, sans que l'indication opératoire soit discutée.

Aux termes de son rapport, le professeur ... tout en énonçant péremptoirement tenir compte de cet état antérieur qu'il fixe à 10 %, précise ne « pas partager l'opinion du docteur ..., médecin conseil du docteur ..., lorsqu'il affirme qu'il est essentiel d'opérer une ventilation entre d'une part les séquelles résultant de l'accident médical sans responsabilité et d'autre part les séquelles résultant de l'examen médical sans responsabilité et d'autre part qui résultent de l'état antérieur du patient, de l'évolution normale de la pathologie »¹⁴, ce qui pourtant s'imposait à lui et aurait nécessairement abouti à la réduction du taux d'incapacité personnelle permanente retenu sous le seuil des 25 %.

Il appert par ailleurs du guide barème européen d'évaluation médicale des atteintes à l'intégrité physique et psychique que les articles 42-2-b et 2-3-a auxquels l'expert ... se réfère pour fixer le taux d'incapacité personnelle permanente de ... se rapportent respectivement à :

- "une situation clinique et radiologique exceptionnellement sévère du rachis lombaire et charnière thoraco-lombaire et lombo-sacrée", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité allant jusqu'à 25 % (et non 45 % comme erronément mentionné par l'expert ...)
- et à une "paralysie sciatique totale (lésion complète)", pour laquelle le guide préconise un taux d'incapacité de 45 % (et non 25 % comme indiqué par l'expert ...)

Ce qui ne correspond pas à l'état séquellaire de ... tel qu'il ressort des travaux d'expertise, après exclusion de son état antérieur.

Invité lors de la réunion d'expertise du ... 2015 à préciser les troubles et symptômes qu'il présentait à cette date, ... a en effet indiqué "ma jambe gauche s'endort ... je dois prendre du METATOP ... je ne dors pas bien ... j'ai une douleur 24h/24 qui part du dos et ça va jusqu'au pied gauche ... j'ai des fourmillements à la jambe gauche mais j'ai aussi des fourmillements dans la jambe droite, je ne sais plus rien faire ...", tout en précisant participer aux tâches ménagères, fréquenter ses amis et les membres de sa famille et faire parfois des promenades et des exercices d'assouplissement pour calmer la douleur, ajoutant que "selon lui, la situation clinique actuelle est globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait lors du début de la période litigieuse qui commence le ... 2010"¹⁵, soit avant la survenance des deux complications litigieuses.

Il ressort enfin des protocoles d'imagerie médicale reproduits dans le rapport du docteur ... du ... 2021¹⁶ que deux scanners réalisés en mars et mai 2014, soit avant la première séance d'expertise du professeur ... ont mis en évidence une "impaction nucléaire au niveau du plancher de L3" ainsi qu'une "fracture en compression avec dépression du plateau inférieur de L3", sans que ces événements et leur incidence sur la situation clinique de ... soient mentionnés et analysés dans le cours de l'expertise.

13. Avis du FAM, p. 2, note subpaginale 3.

14. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 18.

15. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 2.

16. Pièce I.4. du dossier du FAM, p. 8.

L'avis émis par l'expert ... quant au taux d'incapacité permanente de 25 % qu'il retient n'apparaît pas être le reflet d'un travail précis, scientifiquement documenté et objectif ; l'examen de son rapport ne permet pas de comprendre la démarche qu'il a suivie et d'y trouver une justification de ses conclusions.

Aucun autre élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que ... aurait conservé, des suites du pseudo-méningocèle et de la spondylodiscite, à l'exclusion des troubles dont il souffrait au préalable et de leur évolution naturelle, une incapacité personnelle permanente d'un taux équivalent ou supérieur à 25 %.

Il peut en revanche être relevé que le médecin-conseil de ... a indiqué, en réponse à l'avis provisoire de l'expert ..., qu' "en termes d'incapacité personnelle permanente, si le taux proposé par l'Expert à 25 % me paraît correct, je pense qu'il faut considérer qu'une partie, que j'estimerai à 10 %, n'est pas liée aux accidents médicaux présentés mais à l'état antérieur"¹⁷.

Les intimés restent en défaut d'établir que le dommage résultant de l'accident médical sans responsabilité dont a été victime ... aurait entraîné dans son chef une incapacité personnelle permanente d'un taux égal ou supérieur à 25 %.

En l'absence de tout élément accréditant la thèse d'une incapacité personnelle permanente résultant des seules complications subies suite aux interventions pratiquées les ... 2010 et ... 2010 atteignant le seuil de gravité fixé par l'article 5, 1^o, de la loi du 31 mars 2010, compte tenu de l'état antérieur dégénératif de ... et de la survenance de son décès rendant impossible tout examen complémentaire, il n'y a pas lieu de désigner un expert judiciaire avec pour mission de déterminer le taux de l'incapacité personnelle permanente qu'il a subie en lien avec ces complications.

- Troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence de ...

La loi du 31 mars 2010 ne précise pas la notion de "troubles particulièrement graves dans les conditions d'existence du patient".

Suivant l'exposé des motifs, le critère prévu à l'article 5, 3^o, de la loi est un critère qualitatif, qui vient nuancer les deux critères quantitatifs ci-dessus. Il s'agit ici de tenir compte des dommages qui ont un impact grave et important dans la vie de la victime, sans pour autant rencontrer l'une des deux premières conditions.

Il s'agit de tenir compte de l'impact "situationnel" du déficit fonctionnel, qui varie avec les conditions de vie de la victime (ex. retentissements relationnels, sensoriels, sportif, familiaux). Ce critère devra faire l'objet d'une appréciation individuelle, dès lors que par définition, cela variera en fonction des conditions d'existence de la victime. Cela vise donc tant la vie privée que la vie professionnelle. Il est cependant exigé que les troubles présentent un caractère de particulière gravité. Ce critère n'a pas pour objectif d'indemniser tous les dommages qui n'atteignent pas un des deux seuils visés aux points 1^o et 2^o. Néanmoins, il doit être possible d'intervenir, pour des dommages qui, sans répondre aux deux critères de quantification du dommage relatifs à l'invalidité permanente ou à l'incapacité temporaire totale, affectant la victime avec une gravité telle qu'une absence d'indemnisation serait contraire à l'esprit de la présente loi¹⁸.

En l'espèce, si les problèmes lombaires rencontrés par ... ont incontestablement troublé son existence, aucun élément soumis à l'appréciation de la cour ne permet de considérer que les seuls pseudo-méningocèle et spondylodiscite seraient à l'origine de troubles graves,

- le pseudo-méningocèle diagnostiqué en ... 2010 ayant finalement évolué favorablement pour disparaître le ... 2010 au plus tard¹⁹, sans qu'il apparaisse qu'il aurait engendré la moindre séquelle permanente, le FAM exposant d'ailleurs sans être contredit que tel n'était pas le cas

17. Rapport d'expertise du professeur ..., p. 16.

18. Exposé des motifs, Doc. Parl., Ch. Repr., sess. 2009-2010, n° 52-2240/001, pp. 39-40.

19. Avis du FAM, p. 3, renvoyant au rapport d'hospitalisation du ... 2010, non produit aux débats, pièce I.2. du dossier de l'appelant.

- le syndrome inflammatoire lié à la spondylodiscite ayant diminué progressivement avec l'antibiothérapie, et l'atteinte du disque intervertébral résultant de la spondylodiscite ayant donné lieu à une situation clinique décrite par ... comme étant "globalement inchangée par rapport à celle qui prévalait fin ... 2010", soit avant cette atteinte.

3.

Il suit des considérations qui précèdent que les conditions d'intervention du Fonds ne sont pas rencontrées en l'espèce. L'appel est fondé ; le jugement entrepris sera informé.

...

Tous autres moyens invoqués par les parties s'avèrent, au vu des motifs qui précèdent, non pertinents.

PAR CES MOTIFS,

Vu l'article 24 de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire,

LA COUR, statuant contradictoirement,

Donne acte à ... de leur reprise d'instance,

Reçoit l'appel, le dit fondé,

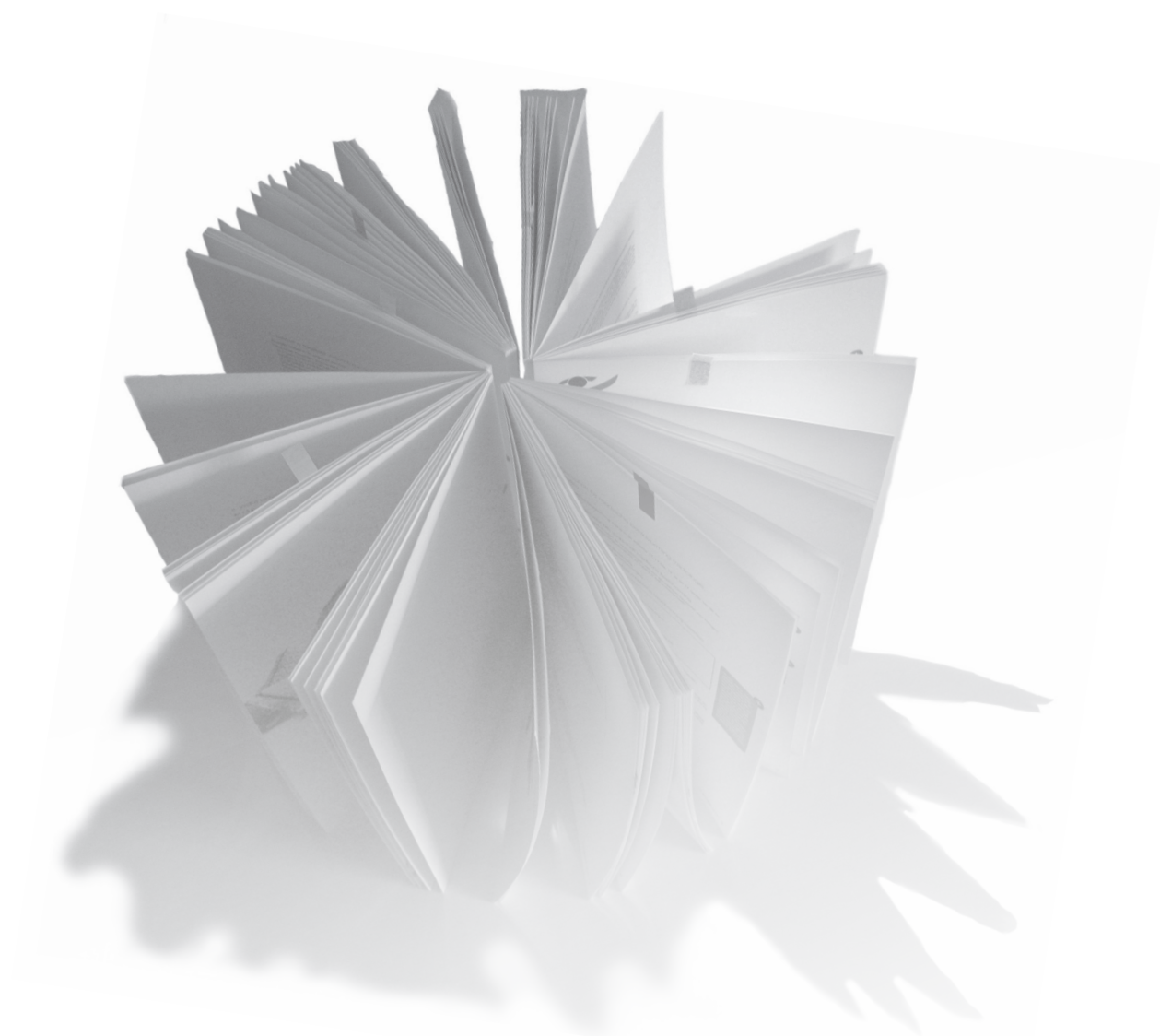
Réformant le jugement entrepris,

Dit la demande formée par ... à l'encontre du Fonds des accidents médicaux – INAMI, recevable, mais non fondée,

...

3^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



I. Artikel 37, § 19, van de wet van 14 juli 1994

Verhoogde tegemoetkoming – Bruto belastbaar inkomen – Fiscale logica

Vraag nr. 2183, gesteld op 12 juni 2023, aan meneer de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEPOORTER, volksvertegenwoordigster¹

In artikel 37, § 19 van de GVV-wet (wet van 14.07.1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen) verwijst men naar het bruto belastbaar inkomen voor de bepaling van de verhoogde tegemoetkoming. Dat bruto belastbaar inkomen wordt begrepen als: “Onder belastbare bruto-inkomsten verstaat men het bedrag van de inkomsten zoals ze zijn vastgesteld inzake inkomstenbelasting voor elke aftrek”.

Er kan echter geargumenteed worden dat men voor deze verplichte verzekering en vooral voor verhoogde tegemoetkoming niet het bruto maar wel het netto inkomen als referentiepunt neemt. Dat houdt dan rekening niet met wat men theoretisch zou verdienen maar wel met het bedrag dat een burger effectief ter beschikking heeft.

1. Kunnen uw diensten aangeven waarom, zoals in de wet werd verankerd, gekozen werd voor het bruto belastbaar bedrag?
2. Ziet u een piste om het netto inkomen/netto bedrag als referentiebasis te nemen in plaats van het bruto belastbaar bedrag?
3. Mocht deze piste bestaan: welke argumenten voor en tegen bestaan hiervoor?

Antwoord

Voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds worden inderdaad de belastbare bruto-inkomens van het gezin in aanmerking genomen: met name de inkomens die in aanmerking worden genomen voor de belastbare grondslag, zelfs als ze in werkelijkheid om een of andere reden niet worden belast. Het betreft tevens bruto-inkomens: dit zijn dus de inkomens zoals ze worden vastgesteld vóór elke aftrek, vermindering, vrijstelling of immunisatie.

De keuze werd gemaakt om de fiscale reglementering te volgen, omdat op die manier de inkomensgegevens kunnen worden gecontroleerd.

Afwijkingen voorzien op fiscale noties vermindert de mogelijkheden tot automatisatie van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, wat in het kader van de toekenning van rechten aan kwetsbare bevolkingsgroepen van belang is in de strijd tegen de non-take-up.

1. Bulletin nr. 134, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 359.

Dit leidt ook tot verschillende moeilijkheden op het vlak van bewijs en controle; het is voor de toekennende administratie immers moeilijk om de correctheid van de gegevens na te gaan indien de toekenning van het recht gebaseerd is op het netto-inkomen.

Daarnaast komt de fiscale logica niet steeds overeen met de sociale logica en daarom heeft de wetgever gekozen om rekening te houden met de bruto-inkomens, met name het bedrag van de inkomens zoals ze zijn vastgesteld inzake de inkomstenbelasting, vóór elke aftrek, vermindering, vrijstelling, immunisatie. De inkomens kunnen op fiscaal vlak vrijgesteld worden om bijvoorbeeld een werkgelegenheidsbeleid te ondersteunen (onder andere de vrijstelling van de bezoldigingen betaald of toegekend in uitvoering van de flexi-job arbeidsovereenkomst) of omdat ze vrijgesteld worden op basis van een internationaal belastingverdrag, wat eigen is aan de finaliteit van het fiscaal recht maar niet als dusdanig verband houdt met de bedoeling van de inkomensvoorwaarde inzake het recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Sommige aftrekposten zijn ook “keuzes” van de belastingbetaler (giften, pensioensparen, enz.) waarmee volgens ons geen rekening moet worden gehouden en die bovendien niet altijd mogelijk zijn voor het doelpubliek van de verhoogde tegemoetkoming.

Indien men dus binnen de verhoogde tegemoetkoming rekening zou houden met de netto-inkomens zou dat impliceren dat men bij het vaststellen van de inkomens rekening zou moeten houden met fiscale mechanismen die niet passen in de logica van de verhoogde tegemoetkoming: er zou dan bijvoorbeeld rekening gehouden worden met vrijgestelde inkomens die eigen zijn aan de finaliteit van het fiscaal recht.

II. Terug naar werkfonds

Bijdrage door de werkgever betaald – Indexatie – Tussentijdse evaluatie

Vraag nr. 2619, gesteld op 4 april 2024, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer VAN DER DONCKT, volksvertegenwoordiger¹

Via de programmawet van 26 december 2022 werd de wettelijke basis gelegd voor de invoering van het Terug Naar Werk-fonds (TNW). Na een ontslag wegens medische overmacht zal de werkgever in de toekomst 1.800 EUR moeten storten in dit TNW-fonds.

Het vasthouden aan dit bedrag zonder rekening te houden met de inflatie, betekent immers dat de waarde van de begeleiding die aan de zieke werknemers aangeboden wordt *de facto* daalt, en dat de kwaliteit van loopbaanbegeleiding die de aanbieders voor deze prijs kunnen aanbieden onder druk komt te staan.

Klopt het dat dit bedrag niet geïndexeerd wordt? Zo ja, bent u van plan om hier werk van te maken?

Antwoord

De maatregel van het Terug Naar Werk-fonds (TNW) is een voor de overheid budgetneutrale maatregel. Concreet wordt de begeleidingsvoucher gefinancierd via de bijdrage die de werkgever betaalt, indien er een arbeidsovereenkomst wordt verbroken wegens medische overmacht. Dus enkel wanneer het bedrag van die bijdrage aangepast wordt, kan het bedrag van de voucher aangepast worden. De bepaling van dit bedrag vormt onderdeel van de wet tot de verbetering van de werkgelegenheidsgraad van de werknemers van 5 september 2001.

Zoals u – blijkens uw andere vraag – goed weet, komt deze verplichte bijdrage in de plaats van het vroeger verplichte outplacement-aanbod. Van dat aanbod werd echter nauwelijks gebruik gemaakt en er was ook geen controle mogelijk of de werkgever effectief een aanbod had gedaan.

Het bedrag van dat vroegere outplacement-aanbod (en nu dus bijdrage) is historisch steeds een element geweest van het IPA-overleg (interprofessioneel akkoord).

In functie van een eerste, tussentijdse evaluatie van het gebruik en de werking van het nieuwe TNW-fonds zou de regering die op dat moment in functie is aan de sociale partners kunnen voorstellen om het bedrag van de bijdrage te bekijken.

1. Bulletin nr. 134, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 384.

III. Terug naar werkfonds

Communicatie – Aanklampend beleid – Responsabiliserend beleid

Vraag nr. 2620, gesteld op 4 april 2024, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer VAN DER DONCKT, volksvertegenwoordiger¹

Via de programmawet van 26 december 2022 werd de wettelijke basis gelegd voor de invoering van het Terug Naar Werk-fonds. Na een ontslag wegens medische overmacht zal de werkgever in de toekomst 1.800 EUR moeten storten in dit fonds. Dit vervangt de maatregel waarbij de werkgever verplicht was om outplacement aan te bieden ter waarde van 1.800 EUR bij ontslag wegens medische overmacht. De nieuwe regeling treedt vanaf 1 april 2024 in voege.

We hebben deels begrip voor de beweegredenen van de aanpassing van de regelgeving. Dat de niet-gebruikte middelen ook naar andere invaliden kunnen stromen, vinden we bijvoorbeeld een verbetering. Tegelijkertijd zien we in deze hervorming toch ook een aantal knelpunten.

1. In plaats van vier weken, krijgt de ontslagen werknemer nu zes maanden de tijd om gebruik te maken van het aanbod van loopbaanbegeleiding. Daar komt nog eens bovenop dat de regering de periode voor het ontslag om medische overmacht mogelijk te maken verlengde naar negen maanden. We weten dat snel ingrijpen cruciaal is om de drempel naar werk voor arbeidsongeschikten te verkleinen. Waarom heeft u ervoor gekozen om deze periode van zes maanden in te voeren?

2. Van het outplacement na medische overmacht werd niet veel gebruik gemaakt. We merken echter dat de nieuwe regeling nog altijd vrijblijvend is en de drempel om er gebruik van te maken werd niet echt verkleind.

a) De werknemer krijgt geen aanbod meer aangereikt van de werkgever, maar moet zelf een voucher aanvragen bij het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en vervolgens moet hij ook zelf op zoek naar begeleiding. De keuzevrijheid van de zieke wordt hier zeker mee versterkt, maar de drempels om tot begeleiding te komen ook. Hoe wilt u deze drempels verkleinen? Op welke concrete manieren wordt een zieke na ontslag wegens medische overmacht op de hoogte gebracht over zijn recht op begeleiding en de manieren waarop hij begeleiding kan zoeken?

b) De effectiviteit van deze maatregel zou verbeterd kunnen worden door een deel van de doelgroep tot het volgen van outplacement of een equivalente begeleiding te verplichten (tenzij er natuurlijk geen arbeidsvermogen meer is). Hoe staat u hier tegenover? Denkt u niet dat het beter is om de begeleiding naar een nieuwe werkgever in hogere mate in handen te leggen van private aanbieders, wiens expertise de begeleiding naar andere werkgevers is, in plaats van te focussen op begeleiding via de ziekenfondsen?

1. Bulletin nr. 134, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 385.

Antwoord

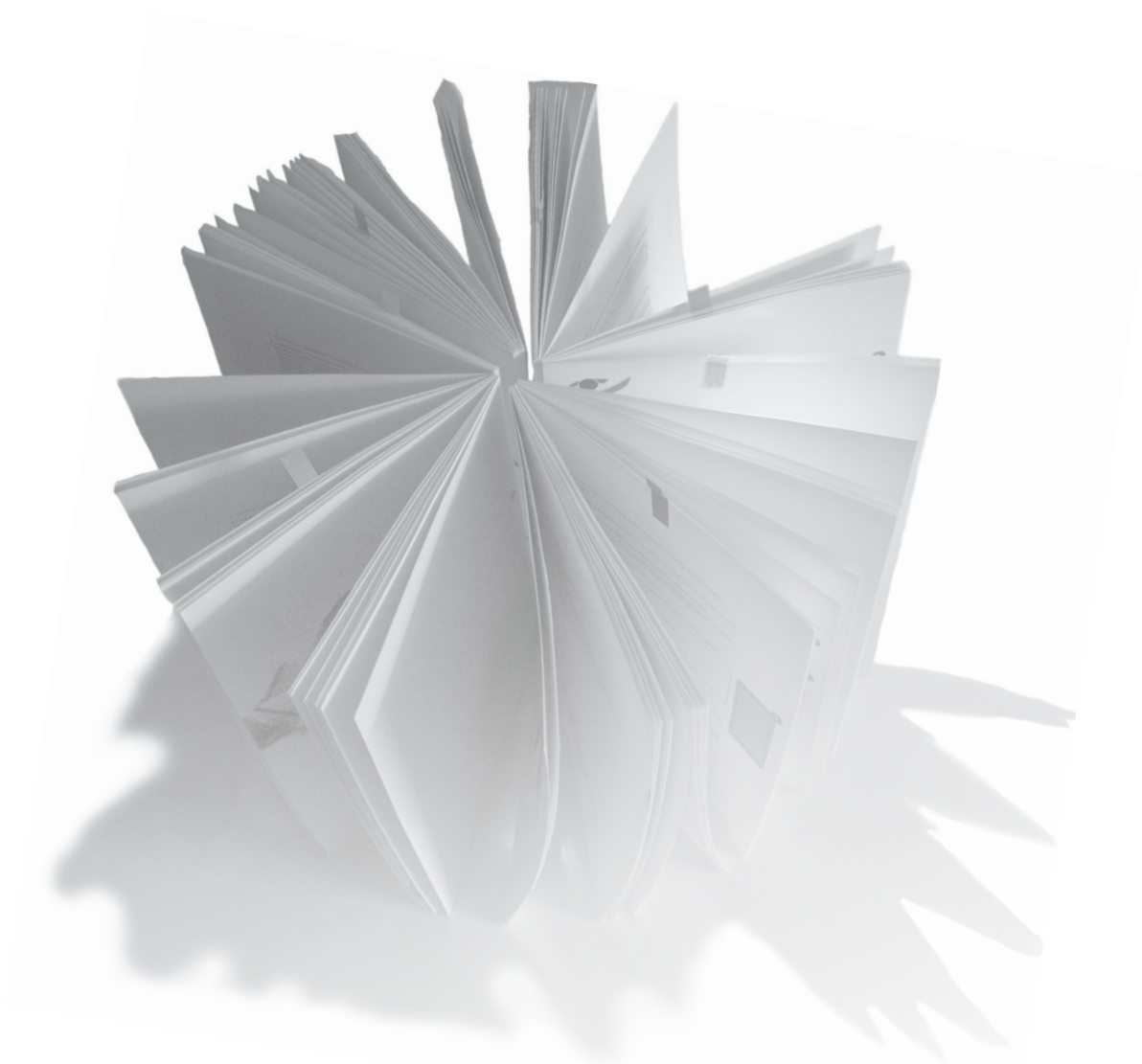
Het TNW-fonds is slechts één van de maatregelen die ter beschikking staan in een begeleiding naar werk voor personen met gezondheidsproblemen. Ik wil de andere gerust nog eens opsommen, maar ik ben ervan overtuigd dat u ondertussen wel weet welke hervormingen en innovaties ik op dit terrein heb doorgevoerd. We hebben parallel met de ontwikkeling van de maatregelen, sinds 1 januari 2024 ook een meer aanklappend beleid ontwikkeld dat start met de vragenlijst op tien weken, een eerste fysiek contact op vier maanden, een tweede op zeven maanden en een derde op elf maanden in het eerste jaar van de arbeidsongeschiktheid.

Dit geldt voor iedereen die arbeidsongeschikt is, ook voor mensen waarvan de arbeidsovereenkomst op een bepaald moment verbroken wordt wegens medische overmacht. Het is dus niet correct om te stellen dat we niet snel genoeg ingrijpen. Dat doen we wel degelijk, maar via andere vormen van dienstverlening. Die periode van zes maanden is ingevoerd om een werknemer die geconfronteerd wordt met een verbreking, voldoende tijd te geven om de keuze voor het TNW-fonds op een gefundeerde manier te maken. Ze hoeven echter geen zes maanden te wachten.

We zullen inzetten, samen met de sociaal secretariaten en de externe diensten, op het zo snel mogelijk communiceren van de maatregel aan de personen die behoren tot de doelgroep. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) heeft in dat kader al vier infosessies georganiseerd waarop alle stakeholders uitgenodigd waren. En daarmee geef ik direct ook een antwoord op het eerste deel van uw tweede vraag. Maar ook de TNW-coördinatoren worden geïnformeerd over het aanbod, en we zijn er zeker van dat de dienstverleners die erkend zullen worden om dit soort dienstverlening aan te bieden ook sterk zullen inzetten op communicatie omtrent dit aanbod.

U weet dat wij het verplichten van mensen om in een traject te stappen niet steunen. Vooral bij mensen met gezondheidsproblemen is het bepalen van de meest passende dienstverlening een complex gegeven. Het uitzoeken van wat wel nog kan en hoe je met die capaciteiten nog terug kunt naar de arbeidsmarkt moet op maat verlopen. Voor de één is dat snel geregeld via een gedeeltelijke werkhervatting die progressief opgebouwd kan worden, voor de ander zal het gaan over een intensief traject met bijvoorbeeld een beroepsopleiding van een aantal maanden of een opleiding op de werkvloer. Dus er bestaat geen *one size fits all*. Wij geloven vooral in het creëren van een diversiteit aan ingangspoorten, in combinatie met een aanklappend en responsabiliserend beleid, gebaseerd op een breed aanbod. En inderdaad, private dienstverleners kunnen daar voor een deel van de doelgroep zeker een belangrijke rol opnemen.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Sociale MAF - In aanmerking te nemen personen voor de toekenning van de sociale MAF - Gezinssamenstelling in de sociale MAF

Van toepassing vanaf 1 juni 2024.

1. In aanmerking te nemen personen voor de toekenning van de sociale MAF

Artikel 37^{novies} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt welke rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming het recht openen op de sociale MAF:

"De rechthebbenden bedoeld in artikel 37^{octies} zijn de rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, tenzij het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming uitsluitend wordt toegekend omdat de betrokkene rechthebbende is op een integratietegemoetkoming bedoeld in artikel 6, § 2 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, waarvoor daadwerkelijk de aftrek, bedoeld in artikel 9^{ter}, § 2, van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende en de integratietegemoetkoming, werd toegepast."

De sociale MAF wordt in het algemeen toegekend aan een gezin op basis van het feit dat de aanwezigheid binnen het gezin van een rechthebbende op de verhoogde tegemoetkoming toelaat te veronderstellen dat het gezin bescheiden inkomsten heeft. De MAF kan dan sneller worden toegekend dan in het kader van de inkomens MAF, aangezien de inkomsten niet opnieuw worden onderzocht. Om die reden worden in principe enkel de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming in aanmerking genomen aan wie het recht werd toegekend na een daadwerkelijk inkomensonderzoek, in het kader van de verhoogde tegemoetkoming zelf of in het kader van de toekenning van het sociaal voordeel dat aan de basis ligt van het recht op de verhoogde tegemoetkoming.

Voor de rechthebbenden die de verhoogde tegemoetkoming genieten op basis van een integratietegemoetkoming waarvoor de vrijstelling voor het inkomen van de partner werd toegepast is er wel een inkomensonderzoek gebeurd in het kader van de toekenning van dat voordeel. Gezien het inkomen van de persoon met wie de persoon met een handicap een huishouden vormt is vrijgesteld, is het echter mogelijk dat de inkomsten van dat gezin redelijk hoog zijn. Om die reden zijn de rechthebbenden met een integratietegemoetkoming wiens partner inkomsten heeft uitgesloten van de sociale MAF.

2. Gezinssamenstelling in de sociale MAF

Artikel 37^{octies} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bepaalt welke personen tot het gezin sociale MAF behoren.

“§ 1. De tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen wordt vastgesteld op 100 % van de vergoedingsbasis zodra het totaal van de persoonlijke aandelen met betrekking tot verstrekkingen die tijdens het lopende jaar zijn verricht en die daadwerkelijk ten laste zijn genomen door het gezin dat wordt gevormd door de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, 450 EUR bereikt. (...)

In dat geval is het gezin samengesteld uit die rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.”

Deze bepaling heeft tot doel de sociale MAF enkel toe te kennen aan de leden van het Rijksregistergezin die de verhoogde tegemoetkoming genieten.

1. Er is geen probleem als er slechts één “bron” van de verhoogde tegemoetkoming in het gezin is.

 *Voorbeeld 1:* een Rijksregistergezin is samengesteld uit een gepensioneerde, zijn echtgenote, gerechtigde, en hun zoon, gerechtigde. Het gezin verhoogde tegemoetkoming is samengesteld uit de gepensioneerde en zijn echtgenote. Hetzelfde geldt voor het gezin sociale MAF.

 *Voorbeeld 2:* een Rijksregistergezin is samengesteld uit een werkloze vader die de verhoogde tegemoetkoming geniet, en zijn zoon, gerechtigde. De verhoogde tegemoetkoming wordt enkel toegekend aan de vader. Het gezin sociale MAF bestaat uit hem alleen.

 *Voorbeeld 3:* een Rijksregistergezin is samengesteld uit een werkloze vader en zijn zoon, persoon ten laste. Ze krijgen de verhoogde tegemoetkoming. Ze vormen een gezin sociale MAF.

2. Wat als er zich binnen het Rijksregistergezin meerdere rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming bevinden, maar op verschillende basissen?

 *Voorbeeld 4:* een vader en een zoon genieten elk een invaliditeitsuitkering. Beiden genieten de verhoogde tegemoetkoming ten persoonlijke titel, zonder dat er rekening werd gehouden met de inkomsten van de ander. Vormen ze één of twee gezinnen sociale MAF?

Volgens artikel 37^{octies} is het gezin samengesteld uit *de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming*. Men dient aan te nemen dat alle rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming samen het gezin sociale MAF vormen.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2007/293¹.

 Omzendbrief V.I. nr. 2024/160 – 3998/69 van 31 mei 2024.

1. Gepubliceerd in I.B. nr. 2007/4, p. 621.

II. Recht op geneeskundige verstrekkingen voor ontheemden uit Oekraïne

Van toepassing vanaf 20 augustus 2024.

Inleiding

Deze omzendbrief voorziet bijzondere regels voor het recht op geneeskundige verstrekkingen voor personen met tijdelijke bescherming. Die bijzondere regels zijn slechts van toepassing als het gezin uitsluitend is samengesteld uit personen die de tijdelijke bescherming genieten. Als een persoon met tijdelijke bescherming bijvoorbeeld een persoon te zijnen laste laat inschrijven die geen tijdelijke bescherming geniet, is er sprake van een wijziging in de gezinssamenstelling en dient het recht op de verhoogde tegemoetkoming in principe te worden stopgezet. Als betrokkene geen verhoogde tegemoetkoming meer geniet, zal de vrijstelling van de bijdrage resident slechts kunnen worden toegekend als de gezinsinkomsten lager zijn dan het leefloon voor een persoon die samenwoont met een gezin te zijnen laste.

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

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

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

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

Inschrijving bij een ziekenfonds

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

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

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

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

De personen die de tijdelijke bescherming genieten kunnen worden ingeschreven in de hoedanigheid van gerechtigde resident, ook als ze een potentieel recht op geneeskundige verzorging hebben in Oekraïne. De inschrijving als resident heeft uitwerking vanaf de eerste dag van het kwartaal waarin het attest van tijdelijke bescherming of het attest van registratie wordt afgeleverd. **In het kader van het inkomensonderzoek dient geen rekening te worden gehouden met de inkomsten in Oekraïne.**

In geval personen die tijdelijke bescherming genieten voldoen aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als persoon ten laste van een andere persoon die tijdelijke bescherming geniet, kunnen zij ook worden ingeschreven als persoon ten laste van die persoon.



Bijvoorbeeld: een moeder en haar kinderen genieten tijdelijke bescherming: de moeder kan worden ingeschreven als resident en de kinderen kunnen worden ingeschreven als persoon ten laste van de moeder.

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



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

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

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

Verlenging van het recht op geneeskundige verstrekkingen

De gewone regels inzake verlenging van het recht op geneeskundige verstrekkingen zijn van toepassing. Het recht wordt behouden tot 31 december van het kalenderjaar dat volgt op dat waarin het recht wordt geopend. Het recht wordt vervolgens telkens verlengd voor een kalenderjaar op voorwaarde dat een hoedanigheid van gerechtigde bestond in het laatste kwartaal van het referentiejaar of in de loop van het daaropvolgende kalenderjaar en dat de bijdrageverplichtingen in verband met het referentiejaar werden nagekomen.

Het bewijs van tijdelijke bescherming laat toe om de betrokkene in te schrijven in de hoedanigheid van gerechtigde resident (zie supra). Het bewijs van tijdelijke bescherming is echter geen bewijs van de hoedanigheid van gerechtigde. Om het recht te kunnen verlengen in de hoedanigheid van gerechtigde resident is vereist dat betrokkene daadwerkelijk is ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen. Als betrokkene is uitgeschreven uit het Rijksregister en ook geen andere hoedanigheid heeft, bijvoorbeeld die van werknemer, kan het recht niet worden verlengd.

Recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

De tijdelijke bescherming kan worden beschouwd als een indicator van stabiele bescheiden inkomsten. De personen die vóór 1 september 2023 het attest tijdelijke bescherming hebben gekregen konden onder bepaalde voorwaarden echter de verhoogde tegemoetkoming genieten zonder dat een inkomensonderzoek moest worden uitgevoerd. Ze dienden geen verklaring op erewoord te ondertekenen.

Voor de personen die vanaf 1 september 2023 het attest tijdelijke bescherming hebben gekregen dient wel een inkomensonderzoek te gebeuren. Een van de gezinsleden dient dus een ondertekende aanvraag in te dienen bij het ziekenfonds en binnen een termijn van twee maanden na deze aanvraag een verklaring op erewoord te verstrekken. Het recht op de verhoogde tegemoetkoming kan worden toegekend als na een inkomensonderzoek door het ziekenfonds blijkt dat de inkomsten van het gezin het toepasselijke grensbedrag niet bereiken. **In het kader van het inkomensonderzoek dient geen rekening te worden gehouden met de inkomsten in Oekraïne.**

Wanneer het recht op de verhoogde tegemoetkoming werd toegekend, kijkt het ziekenfonds uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, na of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog altijd sprake is van een indicator. Als een dergelijke situatie niet meer bestaat en het gezin niet in aanmerking komt om het recht op de verhoogde tegemoetkoming te genieten, wordt het recht op 1 januari van het jaar dat volgt ingetrokken. Het recht wordt toch behouden, als het gezin vóór die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag. Als het recht kan worden verlengd, wordt het gezin vervolgens ook opgenomen in de systematische controle.

De Richtlijn 2001/55/EG van de Raad van 20 juli 2001 betreffende minimumnormen voor het verlenen van tijdelijke bescherming in geval van massale toestroom van ontheemden en maatregelen ter bevordering van een evenwicht tussen de inspanning van de lidstaten voor de opvang en het dragen van de consequenties van de opvang van deze personen bepaalt dat de tijdelijke bescherming één jaar duurt. Wanneer de bescherming niet wordt beëindigd door de Raad van de Europese Unie, kan deze automatisch met telkens zes maanden worden verlengd voor maximaal één jaar.

Het uitvoeringsbesluit (EU) van de Raad van 4 maart 2022 tot vaststelling van het bestaan van een massale toestroom van ontheemden uit Oekraïne in de zin van artikel 5 van Richtlijn 2001/55/EG, en tot invoering van tijdelijke bescherming naar aanleiding daarvan, is in werking getreden op 4 maart 2022. De verzekeringsinstellingen moeten voor de tussentijdse controle dus niet geval per geval gaan nakijken of een persoon nog tijdelijke bescherming geniet. De tijdelijke bescherming blijft van toepassing voor de geldigheidsduur van het uitvoeringsbesluit.

Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming kan ook worden toegekend als het gezin aantoonde dat het over bescheiden inkomsten beschikte tijdens het kalenderjaar dat voorafgaat aan het jaar waarin de aanvraag is ingediend. **In het kader van het inkomensonderzoek dient geen rekening te worden gehouden met de inkomsten in Oekraïne.** Voor het overige zijn de gewone regels van toepassing die gelden wanneer het recht wordt geopend op basis van een referentieperiodes van een kalenderjaar.

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

Het is ook mogelijk dat een persoon toekomt in het gezin van de gerechtigde met tijdelijke bescherming. In dat geval zijn eveneens de gewone regels inzake wijziging van de gezinssamenstelling van toepassing.

 *Bijvoorbeeld:* een gerechtigde met tijdelijke bescherming heeft de verhoogde tegemoetkoming. Die persoon is gehuwd met een gerechtigde zonder tijdelijke bescherming die al in België woont. De echtgenoot gaat na enige tijd samenwonen met de gerechtigde met tijdelijke bescherming. In dat geval zijn de regels inzake wijziging in de gezinssamenstelling van toepassing.

 *Bijvoorbeeld:* een gerechtigde met tijdelijke bescherming heeft de verhoogde tegemoetkoming, treedt in het huwelijk met iemand zonder tijdelijke bescherming en die persoon wordt ingeschreven als persoon ten laste. In dat geval zijn de regels inzake wijziging in de gezinssamenstelling van toepassing.

 *Bijvoorbeeld:* een gerechtigde met tijdelijke bescherming heeft de verhoogde tegemoetkoming, treedt in het huwelijk met iemand zonder tijdelijke bescherming en die persoon behoudt de inschrijving als gerechtigde. In dat geval zijn de regels inzake wijziging in de gezinssamenstelling van toepassing.

 *Bijvoorbeeld:* een gerechtigde met tijdelijke bescherming heeft de verhoogde tegemoetkoming en vraagt om een meerderjarige persoon zonder familieband als persoon ten laste samenwonende in te schrijven. Die persoon geniet zelf geen tijdelijke bescherming. In dat geval zijn de regels inzake wijziging in de gezinssamenstelling van toepassing.

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

Maximumfactuur

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

Als op eenzelfde adres in het Rijksregister enkel personen met tijdelijke bescherming zijn ingeschreven of personen met tijdelijke bescherming en hun kinderen jonger dan 16 jaar die geen tijdelijke bescherming zouden hebben, worden die voor de toepassing van de maximumfactuur als één gezin beschouwd.

Als personen met tijdelijke bescherming worden opgevangen in een gastgezin en zijn ingeschreven op hetzelfde adres als het gastgezin, zijn er voor de toepassing van de maximumfactuur 2 gezinnen: het eerste gezin bestaat uit de leden van het gastgezin en de personen met tijdelijke bescherming die gehuwd zijn met een lid van het gastgezin of die zijn ingeschreven als persoon ten laste van een lid van het gastgezin en die hierdoor het voordeel van de bijzondere regels van de omzendbrief hebben verloren. Het tweede gezin bestaat uit alle andere personen met tijdelijke bescherming en hun kinderen jonger dan 16 jaar die geen tijdelijke bescherming zouden hebben. Als die kinderen zijn ingeschreven als persoon ten laste van een lid van het gastgezin, maken ze echter deel uit van het gastgezin.

De personen met tijdelijke bescherming krijgen in principe het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. In dat geval zullen ze ook de sociale maximumfactuur genieten. Gezien het momenteel materieel onmogelijk is om op een accurate manier zicht te krijgen op de inkomenssituatie in het land van herkomst, zal in 2023 de inkomensmaximumfactuur niet van toepassing zijn voor deze personen. Het ziekenfonds zal hen ambtshalve de sociale maximumfactuur toekennen. Die personen moeten dus niet worden opgenomen in de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle en de verzekeringsinstellingen in het kader van de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen voor de toepassing van de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden.

De ambtshalve toekenning van de sociale maximumfactuur geldt slechts als de personen met tijdelijke bescherming geen gebruik hebben gemaakt van de gewone regels voor inschrijving bij een ziekenfonds en als ze de verhoogde tegemoetkoming genieten. Als een persoon met tijdelijke bescherming bv. wordt ingeschreven als persoon ten laste van een persoon zonder tijdelijke bescherming, worden deze personen voor de toepassing van de maximumfactuur als één gezin beschouwd. Als dat gezin geen verhoogde tegemoetkoming geniet, zal de persoon met tijdelijke bescherming ook niet ambtshalve de sociale maximumfactuur krijgen maar is de inkomensmaximumfactuur van toepassing. De FOD Financiën zal waarschijnlijk echter geen informatie hebben over de personen met tijdelijke bescherming. De verzekeringsinstellingen dienen in dat geval geen verklaring op erewoord betreffende de inkomsten te vragen van de betrokkenen en kunnen ervan uit gaan dat die personen geen inkomsten hadden.



Voorbeelden:

1. Persoon met bijzondere beschermingsstatus woont alleen en heeft VT.
Die persoon heeft enkel de sociale MAF.
2. 2 personen (gerechtigden) met bijzondere beschermingsstatus wonen samen en hebben VT.
Die personen hebben enkel de sociale MAF en vormen 1 MAF-gezin.
3. 2 gehuwde personen (gerechtigden) met bijzondere beschermingsstatus wonen samen en hebben VT.
Die personen hebben enkel de sociale MAF en vormen 1 MAF-gezin.
4. Een persoon met beschermingsstatus is PTL bij een andere persoon met beschermingsstatus en beide hebben VT.
Die personen hebben enkel de sociale MAF en vormen 1 MAF-gezin.
5. Een persoon met beschermingsstatus is gerechtigde met VT en heeft een persoon zonder beschermingsstatus ten laste.
In dat geval is er een wijziging van de gezinssamenstelling. Als het gezin de VT kan krijgen is de sociale MAF van toepassing. Er dient ook een inkomensonderzoek te gebeuren om na te gaan of de MAF 250 van toepassing kan zijn. Die personen vormen 1 MAF-gezin.
6. Een persoon met beschermingsstatus is PTL bij een persoon zonder beschermingsstatus met VT.

In dat geval is er een wijziging van de gezinssamenstelling. Als het gezin de VT kan krijgen is de sociale MAF van toepassing. Er dient ook een inkomensonderzoek te gebeuren om na te gaan of de MAF 250 van toepassing kan zijn. Die personen vormen 1 MAF-gezin.

7. Een persoon met beschermingsstatus is PTL bij een persoon zonder beschermingsstatus zonder VT.

De inkomens MAF is van toepassing. Die personen vormen 1 MAF-gezin.

Voor de MAF 2024 zijn de volgende regels van toepassing:

1. Gezinnen waarvan alle leden de tijdelijke bescherming genieten en gezinnen die uitsluitend zijn samengesteld uit personen met tijdelijke bescherming en hun kinderen jonger dan 16 jaar die geen tijdelijke bescherming zouden hebben.

Voor de gezinnen die in 2022 zijn aangekomen in België dienen de inkomsten te worden opgevraagd bij de FOD Financiën. Als de inkomsten gekend zijn bij de FOD Financiën en betrouwbaar, wordt de inkomens MAF toegepast overeenkomstig het meegedeelde grensbedrag. Voor de gezinsleden wiens inkomsten niet gekend zijn bij de FOD Financiën of niet betrouwbaar, kunnen de verzekeringsinstellingen er van uitgaan dat ze geen inkomsten hebben. Als het gezin de sociale MAF kan genieten en het grensbedrag van de inkomens MAF is hoger dan het grensbedrag van de sociale MAF, wordt overeenkomstig de gewone regels de sociale MAF toegepast.

Voor de gezinnen die in 2023 zijn aangekomen in België dienen de inkomsten niet te worden opgevraagd bij de FOD Financiën. Als die gezinnen de verhoogde tegemoetkoming genieten, krijgen ze de sociale MAF. Als die gezinnen geen verhoogde tegemoetkoming genieten, is hetzelfde grensbedrag van toepassing als het grensbedrag dat geldt voor de sociale MAF.

2. Gezinnen waarvan sommige leden tijdelijke bescherming genieten en sommige leden geen tijdelijke bescherming genieten.

Voor die gezinnen dienen de inkomsten te worden opgevraagd bij de FOD Financiën. Als de inkomsten gekend zijn bij de FOD Financiën en betrouwbaar, wordt de inkomens MAF toegepast overeenkomstig het meegedeelde grensbedrag. Voor de gezinsleden die tijdelijke bescherming genieten en wiens inkomsten niet gekend zijn bij de FOD Financiën of niet betrouwbaar, kunnen de verzekeringsinstellingen er van uitgaan dat ze geen inkomsten hebben. Als het gezin de sociale MAF kan genieten en het grensbedrag van de inkomens MAF is hoger dan het grensbedrag van de sociale MAF, wordt overeenkomstig de gewone regels de sociale MAF toegepast.

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2024/97.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/245 – 2299/22, 3991/392 en 3998/70 van 20 augustus 2024.

III. De uitvoering van een activiteit bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap in de Duitstalige Gemeenschap tijdens de periode van erkende arbeidsongeschiktheid

Van toepassing vanaf 1 juli 2024.

I. Tewerkstelling bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap in de Duitstalige Gemeenschap

De tewerkstelling bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap betreft incidenteel werk dat niet wordt uitgevoerd als onderdeel van een normale arbeidsrelatie. De betrokkene dient zich in te schrijven bij het plaatselijke werkgelegenheidsagentschap. Vóór de aanvang van de activiteit moet hij een arbeidsovereenkomst ondertekenen waarbij het *Arbeitsamt* de werkgever is.

Wat de werkzaamheden voor natuurlijke personen betreft, is er een limitatieve lijst in de reglementering bepaald. Voor rechtspersonen (gemeenten, administraties, scholen, VZW, ...) is er daarentegen slechts een generieke definitie van activiteiten in de reglementering bepaald, die geval per geval zeer gediversifieerde activiteiten toelaat. *Vgl.* artikel 79*bis*, § 3 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering.

Voor natuurlijke personen:

- kleine tuinwerkzaamheden
- kleine reparatie- en onderhoudsklussen die door professionelen worden geweigerd vanwege hun geringe omvang
- verzorgen en opvangen van huisdieren terwijl de eigenaar weg is, op voorwaarde dat er geen dierenpension in de nabije omgeving is
- hulp bij toezicht op, opvang, begeleiding of ondersteuning van kinderen, zieken, ouderen of personen met ondersteuningsbehoefte (bijvoorbeeld oppassen op kinderen bij de gebruiker thuis, boodschappen doen, ...)
- hulp bij administratieve formaliteiten, dat wil zeggen hulp bij administratieve procedures, invullen van formulieren, ...
- huishoudelijke hulp (alleen in bepaalde situaties). Deze activiteit mag alleen worden uitgevoerd door PWA-werknemers die op 1 juli 2009 minstens 50 jaar oud waren, die op 1 maart 2004 door een arbeidsovereenkomst verbonden waren en die tijdens de laatste 18 kalendermaanden minstens één uur effectief als huishoudhulp hebben gewerkt (deze periode kan worden verlengd in geval van arbeidsongeschiktheid of overmacht). PWA-werknemers die op 1 juli 2009 al minstens 33% blijvend arbeidsongeschikt waren, mogen in deze hoedanigheid blijven werken. Dezelfde voorwaarden gelden als de betrokkene na een onderbreking terugkeert in het PWA-stelsel.

Voor lokale overheden (gemeenten, OCMW), ministeries, de parlementaire administratie en andere openbare instellingen:

Activiteiten van beperkte duur of uitzonderlijke activiteiten, die zijn ontstaan of aanzienlijk zijn toegenomen als gevolg van recente ontwikkelingen in de samenleving, en die niet kunnen worden uitgevoerd door het gewone personeel of in het reguliere arbeidscircuit, bijvoorbeeld incidentele hulp in de plaatselijke bibliotheek, ondersteuning van kansarmen, milieubescherming, ...

Voor onderwijsinstellingen (scholen):

Activiteiten die gewoonlijk worden uitgevoerd door een vrijwilliger (vanwege hun occasioneel en bijkomstig karakter), en niet door vast personeel, noch als onderdeel van regulier werk, bijvoorbeeld:

- naschoolse opvang, toezicht tijdens de middagpauze
- organisatorische hulp bij school- en buitenschoolse activiteiten
- begeleiding van kinderen in een schoolbus.

Voor verenigingen zonder winstoogmerk en niet-commerciële verenigingen:

Activiteiten die gewoonlijk worden uitgevoerd door een vrijwilliger (vanwege hun occasioneel en bijkomstig karakter), en niet door vast personeel of als onderdeel van de reguliere werkroutine, bijvoorbeeld:

- administratieve hulp voor specifieke activiteiten
- begeleiden van en toezicht houden op jongeren tijdens vakantie-, vrijetijds- of sportactiviteiten
- onderhoud van gebouwen en reparatiewerkzaamheden.

Voor land- en tuinbouwbedrijven:

- alle activiteiten van de tuinbouwsector, met uitzondering van de champignonenteelt en het aanplanten en onderhouden van parken en tuinen
- de seizoensgebonden activiteiten overeenstemmend met arbeidspieken in de landbouwbedrijven, zoals zaaien en oogsten (het besturen van machines en het gebruik van chemische producten zijn niet toegestaan).

Er is bepaald dat de betrokkene maximaal **630 uur per kalenderjaar** en **70 uur per kalendermaand** mag werken.

In uitzonderlijke gevallen en in het algemeen belang (bijvoorbeeld bij overstromingen, ...) kan van deze limieten worden afgeweken.

II. Hervatting van een activiteit bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde: voorwaarden

Een gerechtigde kan met de toelating van de adviserend arts (of de medewerker van het multidisciplinaire team in geval van een verlenging van een eerder verstrekte toelating) een activiteit via een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap in de Duitstalige Gemeenschap uitoefenen.

Om de toelating te verkrijgen om tijdens de arbeidsongeschiktheid deze activiteit uit te oefenen, moet de gerechtigde de werkhervatting uiterlijk op de eerste werkdag onmiddellijk voorafgaand aan deze hervatting aan zijn verzekeringsinstelling aangeven en binnen dezelfde termijn aan de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling een aanvraag tot toelating indienen. In dit kader is het gebruikelijke formulier (twee luiken) van toepassing.

=> Deze aanvraag moet betrekking hebben op een specifieke taak (activiteit) en een specifiek volume in het kader van een activiteit bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap.

Opdat de toelating in het stelsel van de werknemers kan worden verstrekt, moet deze hervatting voldoen aan de voorwaarden bedoeld in artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en artikel 230, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Concreet betekent dit dat de betrokkene een vermindering van het vermogen, vanuit een medisch oogpunt, van ten minste 50% behoudt en dat de activiteit verenigbaar is met zijn aandoening.

In het stelsel van de zelfstandigen moet deze hervatting voldoen aan de voorwaarden van artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971. De gerechtigde moet dus arbeidsongeschikt erkend blijven als bedoeld in artikel 19 of 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en de activiteit moet verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde.

Deze toelating verstrekt door, naargelang het geval, de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team, preciseert de aard, het volume en de voorwaarden voor de uitoefening van deze activiteit.

Zij wordt verleend voor een beperkte periode die geen twee jaar overschrijdt (mogelijkheid tot verlenging).

De verzekerde dient (binnen de termijn bepaald in de toelating) geen nieuwe aanvraag in te dienen zolang de activiteit in het kader van het PWA-stelsel hetzelfde blijft en het toegelaten volume niet wordt overschreden, zelfs indien de "PWA-gebruiker" anders is (het speelt geen rol of het nu gaat om een particuliere gebruiker, dan wel om een rechtspersoon (lokale besturen, VZW's & niet-commerciële verenigingen, openbare instellingen van de Duitstalige Gemeenschap, bedrijven in de land- en tuinbouwsector)).

III. Hervatting van een activiteit bij een plaatselijk werkgelegenheidsagentschap door een arbeidsongeschikt erkende gerechtigde: invloed van de verworven vergoeding op het bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering

De betrokkene geniet een beperkte vergoeding per gepresteerd uur (zes EUR per uur).

Tijdens de uitoefening van de activiteit is de cumulatieregeling bedoeld in artikel 230, § 1*ter* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (stelsel van de werknemers) en artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (stelsel van de zelfstandigen) niet van toepassing.

Deze vergoeding beantwoordt immers niet aan de notie “beroepsinkomen” zoals omschreven in de voormelde bepalingen.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/183 – 249/45 en 481/93 van 24 juni 2024.

IV. Gegevensstromen in het raam van de systematische controle op het recht op de verhoogde tegemoetkoming in het jaar 2024

Inleiding:

Deze omzendbrief behandelt de inkomstencontrole bedoeld in artikel 37 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (B.S. 29.01.2014), bedoeld in artikel 37 § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (K.B. van 15.01.2014).

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van de systematische controle.

Als bijlage¹ bij deze omzendbrief gaat de technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling alsmede een document met de lijst van IPCAL-codes² betreffende het aanslagjaar 2023 (inkomsten van het jaar 2022) voor het berekenen van het gezinsinkomen en de lijst met de benaming en timing van de stromen.

1. Doel van de systematische controle

De systematische controle wordt in het koninklijk besluit van 15 januari 2014 beschreven in afdeling 9 van hoofdstuk 4, dat is het deel over het behoud van het recht (artn. 37- 41).

De belangrijkste bestaansreden van dit proces is de verzekeringsinstellingen in staat te stellen om na de opening op grond van een verklaring op eer (verder in deze omzendbrief afgekort tot "VOE") het recht op verhoogde tegemoetkoming (verder in deze omzendbrief afgekort tot "V.T.") te kunnen verlengen zonder tussenkomst van de sociaal verzekerden. De verlenging gebeurt op basis van de inkomensgegevens van de sociaal verzekerden die momenteel V.T. genieten. Deze inkomensgegevens worden opgevraagd bij de FOD Financiën. Dit proces verloopt via de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV (verder in deze omzendbrief afgekort tot DAC).

Het is de DAC die de noodzakelijke inkomensgegevens van de FOD Financiën aan de verzekeringsinstellingen bezorgt. De inkomsten van de gezinsleden stellen de verzekeringsinstelling in staat om de inkomensituatie van het V.T.-gezin te onderzoeken en het recht op V.T. daaropvolgend te kunnen verlengen of stop te zetten.

Als de inkomensgegevens, waarover de verzekeringsinstelling beschikt tijdens het inkomensonderzoek dat volgt op de gegevensuitwisseling met de FOD Financiën en de DAC, een overschrijding van het inkomstenplafond aangeven of als er geen fiscale gegevens beschikbaar zijn voor minstens één gezinslid, wordt het recht beperkt tot 31 december.³ Als in beide laatste situaties het gezin een nieuwe VOE indient en het recht opnieuw wordt toegekend vanaf 1 januari van het volgende jaar, dan wordt deze toekenning niet beschouwd als een opening van recht.

1. Hier niet gepubliceerd.

2. In bijlage 2 staat de lijst met de IPCAL-codes die worden opgevraagd bij de FOD Financiën voor het controlejaar 2024. Het zijn de inkomsten uit het jaar 2022, met aanslagjaar 2023, die worden opgevraagd. De lijst geeft ook een indicatie over de berekenwijze van de verschillende inkomsten. De afspraken rond de berekening van de gezinsinkomsten zijn terug te vinden in het K.B. van 15.01.2014 en worden verder uitgewerkt in de Omzendbrief V.I. nr. 2019/81 van 01.03.2019 betreffende "Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten".

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

De gegevens binnen dit proces stellen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV tevens ook in staat om de kwaliteit van de verklaringen op eer en de inkomstencontrole bij de toekenning van het recht op V.T. op te volgen en te evalueren.

2. Algemene beschrijving van het proces Systematische controle

2.1 Beschrijving van het proces

In het proces systematische controle worden tussen de verzekeringsinstellingen en de DAC drie bestanden uitgewisseld.

Het eerste bestand, "Syst_01", bestaat uit de gezinnen met een recht op V.T. op basis van een verklaring op erewoord. Meer bepaald de gezinnen die:

- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand⁴
- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referteperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 van het K.B. van 15.01.2014)
- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, die dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand opende met een referteperiode van een jaar en die het voorgaande jaar een verlenging kregen na de systematische controle (art. 46 van het K.B. van 15.01.2014).

Het tweede bestand dat wordt uitgewisseld tussen de DAC en de verzekeringsinstelling, het bestand "Syst_04", bestaat uit de opgevraagde inkomensgegevens. Het RIZIV heeft deze opgevraagd bij de FOD Financiën en geeft deze door aan de betrokken verzekeringsinstelling. De uitwisseling zal gebeuren via de filter van het Intermutualistisch College (verder in deze omzendbrief afgekort tot NIC).

Het feedbackbestand, "Syst_05", is het derde bestand dat wordt uitgewisseld tussen de verzekeringsinstellingen en de DAC binnen de systematische controle. Hierin laten de verzekeringsinstellingen weten welke rechten werden verlengd of stopgezet en de reden hiervoor.

De feedback zal worden gevraagd voor alle gezinnen uit de populatie van die controlecyclus en niet alleen voor deze met een overschrijding of waarbij het recht werd stopgezet.

De bestanden met fiscale gegevens die worden uitgewisseld tussen de DAC en de FOD Financiën zijn de "Syst_02" en "Syst_03" bestanden. De modaliteiten en inhoud van gegevensuitwisseling worden uitgewerkt in het Project Initiatie Document (PID), een Service level agreement (SLA) dat wordt afgesloten door het RIZIV (DAC) en de Kruispuntbank voor Sociale Zekerheid (KSZ), en worden niet uitgewerkt in deze omzendbrief.

2.2 Gebruik van het aanvraagnummer

Het aanvraagnummer bestaat uit de elementen verzekeringsinstelling + jaar + INSZ-aanvrager⁵. Dit jaar is het jaar waarin het bestand wordt doorgestuurd. Binnen het kader van deze omzendbrief is het jaar van uitwisseling het jaar 2024.

4. Dit zijn de gezinnen wiens V.T.-recht werd geopend op basis van een hoedanigheid en die gans het jaar 2022 recht hebben gehad.

5. Het INSZ-nummer van de aanvrager op moment van aanvraag.

Wanneer een persoon naar een andere verzekeringsinstelling muteert, kan het zijn dat de verzekeringsinstelling die de gegevens in flux Syst_05 moet doorsturen, niet de flux Syst_01 heeft doorgestuurd. De V.I. die de gegevens in flux Syst_05 doorstuurt, moet hetzelfde aanvraagnummer gebruiken als in de andere gegevensuitwisselingen voor hetzelfde controleproces. Het is niet mogelijk dat er een ander aanvraagnummer gebruikt wordt voor eenzelfde gezin in de bestanden van eenzelfde controlejaar.

Het aanvraagnummer verschilt niet tussen bestand Syst_01, Syst_04 en Syst_05. De reden waarom het aanvraagnummer als zone behouden blijft, heeft te maken met de stabiliteit. Een INSZ-nummer kan wijzigen tijdens het proces⁶ en ook de verzekeringsinstelling kan veranderen. Het aanvraagnummer blijft echter stabiel.

2.3 Het effect van een mutatie tijdens het proces systematische controle

In de systematische controle worden de inkomensgegevens verstuurd naar de actuele verzekeringsinstelling. Dit is mogelijk omdat het RIZIV de records verstuurd via het NIC. De NIC-filter zorgt ervoor dat de records met fiscale gegevens toekomen bij de actuele verzekeringsinstelling van de aanvrager.

Het gebruik vermijdt vertragingen. Als het RIZIV het bestand met fiscale gegevens volledig zou terugsturen naar de verzekeringsinstelling die de aanvraag deed, dan zou deze de inkomensgegevens ontvangen voor gezinnen waarvan de aanvrager geen lid meer was.

Zij zou de systematische controle daardoor niet kunnen uitvoeren. Deze verzekeringsinstelling zou het RIZIV op de hoogte moeten brengen van de situatie én van de nieuwe verzekeringsinstelling van de aanvrager. Van zodra het RIZIV op de hoogte werd gebracht kan deze laatste een nieuw bestand doorsturen naar respectievelijk alle nieuwe verzekeringsinstellingen.

Door het gebruik van de NIC-filter kan het gebeuren dat de records met fiscale gegevens toekomen bij een verzekeringsinstelling zonder dat deze verzekeringsinstelling de originele aanvraag verstuurde. Dit omdat deze verzekeringsinstelling in de tussentijd de verzekeringsinstelling werd van de aanvrager. Dit heeft een impact op de regels om de aanvraagnummers te bepalen.

Elke verzekeringsinstelling moet 'aanvraagnummers' die door een andere verzekeringsinstelling worden gebruikt, kunnen verwerken in hun programma's.

Met de mutaties die tussen het versturen van de aanvragen en het ontvangen van de fiscale gegevens plaatsvinden, wordt in het proces rekening gehouden. Aan de mutatie die gebeurt tussen het ontvangen van de fiscale gegevens door een verzekeringsinstelling en het opmaken en het versturen van de daaropvolgende feedback wordt het proces niet aangepast.

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die ook de feedback verstuurt. Deze geeft bovendien ook de feedback voor gezinnen die tegen dan muteerden naar een andere verzekeringsinstelling. In deze gevallen wordt in het feedback bestand meegedeeld dat het V.T.-recht van dat gezin bij deze verzekeringsinstelling wordt stopgezet als gevolg van een mutatie.

2.4 Historiek/wijziging van (de) INSZ-nummers

Indien iemand tussen het opmaken van het bestand flux Syst_01 een gewijzigd INSZ-nummer krijgt, wordt in de verdere gegevensuitwisselingen tussen het RIZIV en de verzekeringsinstelling dat nieuwe INSZ-nummer gebruikt. Het RIZIV houdt de oude bij en gebruikt de nieuwe in de opvraging bij de FOD Financiën en de gegevensuitwisselingen met de verzekeringsinstellingen.

Op basis van het aanvraagnummer kan de link worden gemaakt met het oude INSZ-nummer.

6. In het proces wordt het meest recente INSZ-nummer gebruikt.

3. Lijst gezinnen onderworpen aan de systematische Controle (Syst_01)

3.1 Overdracht van de gegevens

Elke verzekeringsinstelling moet het bestand met gezinnen met een V.T.-recht die participeren aan de systematische controle en waarvan de aanvrager bij hen is aangesloten, ten laatste op 15 april 2024 aan het RIZIV bezorgen via de interface Nippin.

Het gezin wordt dus door de verzekeringsinstelling 'beheerder' naar de DAC gestuurd. Dat is de verzekeringsinstelling waar de aanvrager lid is. De beheerder verzekeringsinstelling is de verzekeringsinstelling waarbij de aanvrager op 1 januari lid is. Het is deze verzekeringsinstelling die de aanvragen voor de systematische controle doorstuurt.

Er werd niet voorzien in de mogelijkheid om bepaalde records na het versturen te kunnen corrigeren in het geval er foutieve informatie (semantisch, syntactisch) in voorkomt. Er werd geen verbeterbestand voorzien in het proces, gezien de uitzonderlijke natuur van dit soort verwerpingen en de beperkte inhoud van de records.

Indien het hele bestand wordt verworpen, biedt de verzekeringsinstelling binnen de drie werkdagen een gecorrigeerd bestand aan.

Het gebruik van een incorrect of niet-bestaand INSZ-nummer in het bestand Syst_01 leidt automatisch in het antwoordbestand Syst_04 tot een antwoord met een returncode verschillend van 0.

Dit wil zeggen dat de inkomensgegevens niet gekend zijn bij de FOD Financiën. Dit antwoord wordt gegenereerd omdat het INSZ-nummer niet kon worden geïntegreerd en er dus geen inkomsten konden worden opgevraagd.

3.2 Welke gezinnen

Het gezin wordt samengesteld uit de aanvrager, zijn/haar echtgenoot of samenwonende en hun personen ten laste (art. 25 K.B. van 15.01.2014). Als de aanvrager een persoon ten laste is, is het gezin samengesteld uit de aanvrager, de gerechtigde ten laste waarvan de aanvrager is ingeschreven, de echtgenoot of de samenwonende van de gerechtigde en de personen ten laste van de gerechtigde of van de echtgenoot of de samenwonende van de gerechtigde. Als de aanvrager een kind is dat is ingeschreven als gerechtigde, dat voldoet aan de voorwaarden om te worden ingeschreven als kind ten laste en samenwoont met zijn ouders of adoptieve ouders of met een van hen, is het gezin samengesteld uit de aanvrager, de ouder(s) waarbij hij woont, alsook van de partner die niet feitelijk gescheiden is en ook niet van tafel en bed is gescheiden of samenwoont met die ouder en hun personen ten laste (art. 26 van het K.B. van 15.01.2014).

Voor elk van deze gezinsleden wordt het INSZ-nummer meegedeeld.

De verzekeringsinstellingen sturen naar het RIZIV een bestand dat alle gezinnen bevat die op dat moment recht op V.T. hebben op basis van een verklaring op eer, en waarvan de financiële situatie op het moment van de verklaring op eer controleerbaar is, met andere woorden de gezinnen die op 1 januari van dat jaar recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en:

- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en datzelfde recht ook hadden gedurende het volledige tweede jaar voorafgaand (.)
- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming, voor wie het recht het voorgaande jaar werd geopend en voor wie een referteperiode van een jaar van toepassing was (art. 37 § 1 van het K.B. van 15.01.2014) (.)
- op 1 januari 2024 recht hebben op de verhoogde tegemoetkoming en dit recht gedurende het tweede jaar voorafgaand opende met een referteperiode van een jaar die het voorgaande jaar een verlenging kregen na de systematische controle (art. 46 van het K.B. van 15.01.2014).

De rechthebbenden met een uitlooprecht worden niet opgenomen in de systematische controle.

Rechthebbenden op basis van een automatisch recht worden evenmin opgenomen in het bestand, tenzij ze deel uitmaken als persoon ten laste (PTL) van een gezin met een recht op V.T. op basis van een VOE.

Gezinsleden (tijdelijk) zonder recht op geneeskundige verzorging worden ook in het bestand opgenomen. Gezinnen waarvan één of meerdere gezinsleden op 1 januari geen recht hebben op prestaties geneeskundige verzorging, maar waarvoor het recht op V.T. potentieel bestaat, moeten opgenomen worden in de systematische controle. Er stellen zich geen praktische problemen (vb. in het gebruik van de NIC-filter).

De verzekeringsinstellingen bezorgen het identificatienummer van de sociale zekerheid van de leden van die gezinnen en andere informatie met betrekking tot die rechthebbenden, zoals beschreven in het technisch document.

De gegevensuitwisseling blokkeert niet als een gezin anders is samengesteld in de lijst van de systematische controle en het globaal bestand. In sommige situaties is zo'n verschil ook een logisch gevolg van enkele beslissingen (vb. oplossing bij een PTL met sociaal voordeel in een gezin met een recht na een inkomstenonderzoek).

Indien er zonder reden een verschillende samenstelling is in de systematische controle en het globaal bestand, wordt dat wel beschouwd als een element van slechte kwaliteit van de gegevensuitwisseling.

Indien tijdens de gegevensoverdracht, gezinnen niet zijn opgenomen in de systematische controle, zoals door een vergetelheid, zullen geen fiscale gegevens overgedragen worden voor deze gezinnen. Bijgevolg bekijken wij deze gezinnen zoals gezinnen voor degene de beperkte inkomensgegevens onvolledig of niet gekend zijn bij de FOD Financiën.

De omzendbrief voorziet dat indien geen fiscale gegevens beschikbaar zijn voor minstens één gezinslid, het recht gelimiteerd is tot 31 december 2024⁷. Indien het gezin een nieuwe verklaring op eer invult en het recht opnieuw toegekend is vanaf 1 januari van het volgende jaar, gaat dit niet over een opening.

3.3 Het INSZ-nummer van de aanvrager en de gezinsleden

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden.

Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt twee keer in het bestand systematische controle opgenomen: één keer in het veld INSZ-nummer van de aanvrager en één keer als gezinslid. De aanvrager is de rechthebbende die de aanvraag doet.⁸

3.4 Rechthebbenden zonder INSZ-nummer

Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- de rechthebbende – sociaal verzekerde - woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op V.T. na een inkomensonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ- of bisnummer⁹
- de pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 dagen à 10 dagen gegeven.

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

8. Bij de V.T. op basis van een sociaal voordeel is de aanvrager de persoon met het sociaal voordeel. De aanvrager in het fotobestand bij de gezinnen met verschillende rechthebbenden op een sociaal voordeel is het lid wiens sociaal voordeel het vroegste recht op V.T. opent. De rechthebbenden op basis van een sociaal voordeel worden niet opgenomen in de systematische controle. Uitsluitend deze die deel uitmaken van een ruimer V.T.-gezin met een recht op basis van een VOE.

9. Bij Belgen die naar het buitenland verhuizen, krijgen hun kinderen (die in het buitenland geboren worden) een INSZ-nummer via de FOD buitenlandse zaken.

In deze voorbeelden gaat het steeds om gezinsleden zonder INSZ-nummer, en niet om aanvragers. Bij in het buitenland wonende sociaal verzekerden zouden we (voor de flux) altijd deze persoon als aanvrager aangeven. De overige gezinsleden zijn geen sociaal verzekerden en kunnen effectief geen V.T.-recht aanvragen (vb. grensarbeiders).

In de systematische controle zijn de V.T.-gezinnen altijd samengesteld met minstens één gezinslid met een INSZ-nummer, namelijk de aanvrager. Bij gezinnen met een recht op V.T. die in het buitenland resideren, is het steeds de Belgisch sociaal verzekerde (of één van de Belgische sociaal verzekerden) die de aanvrager is. Elk gezin telt minstens één INSZ- of bisnummer, dat van de aanvrager.

Als er gezinsleden zijn zonder INSZ-nummer worden deze gezinsleden niet meegedeeld. Dit heeft een kleine impact op de statistieken met betrekking tot het aantal rechthebbenden, maar niet op de controle. De fiscus heeft toch geen inkomstengegevens voor deze personen. Het is aan de verzekeringsinstelling om deze gevallen op te volgen.

4. Inkomsten van de gezinnen en van de afzonderlijke gezinsleden (Syst_04)

4.1 *Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling*

De DAC stuurt voor 15 juni 2024 de lijst met INSZ-nummers uit de systematische controle door naar de belastingadministratie (art. 37 § 2 van het K.B. van 15.01.2014). Deze uitwisseling verloopt via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ).

In de praktijk worden de inkomsten van de gezinsleden en het totale gezin twee keer binnen een controlejaar verstuurd. Voor 15 juni wordt de lijst met alle INSZ-nummers een eerste keer verstuurd. Daarop volgt een eerste antwoordbestand naar het NIC in augustus 2024. Voor de gezinnen waarvan de dienst en dus ook de verzekeringsinstelling de eerste keer geen antwoord ontving, wordt een tweede opvraging gedaan bij de belastingadministratie. Het antwoord daarop wordt doorgestuurd in een tweede bestand in de maand oktober. Het versturen van dit tweede bestand moet gebeuren voor 1 november 2024 (art. 37 § 3 van het K.B. van 15.01.2014). Het NIC verstuurt de informatie naar de verzekeringsinstelling van de aanvrager via de NIC-filter.

Voor elke “aanvraag” verstuurt de DAC een antwoord. Door het gebruik van de NIC-filter kan het zijn dat elke verzekeringsinstelling apart niet hetzelfde aantal aanvragen als antwoorden heeft, maar het totaal over alle verzekeringsinstellingen is gelijk. Het antwoord wordt dus ook in twee zendingen verstuurd.

4.2 *Welke informatie*

Naast de informatie die dient voor de identificatie van het gezin (INSZ-aanvrager, INSZ-gezinsleden, controlejaar) bestaat het antwoord uit het inkomstenjaar, per gezinslid een returncode uit TAXI-AS, per gezinslid een nummer van het aanslagbiljet voor dat inkomstenjaar, mogelijk IPCAL-codes, mogelijk apart het KI van de eigen woning, het totaal persoonlijk inkomen en voor het volledige gezin het totale gezinsinkomen.

In de systematische controle wordt steeds het inkomen van het jaar X-2 opgevraagd, waarbij X het controlejaar is. Het inkomstenjaar voor de systematische controle in 2024 is 2022. Het inkomstenjaar 2022 is ook gekend als het aanslagjaar 2023.

Voor het inkomstenjaar voor de systematische controle in 2024 wordt het gemiddeld grensbedrag van 2022 gebruikt.

De inkomensgrens die van toepassing is, is vastgesteld op 23.303,84 EUR verhoogd met 4.314,18 EUR per bijkomende persoon in het gezin (art. 21 van het K.B. van 15.01.2014).

Gemiddeld grensbedrag van het jaar 2022	
Basisgrensbedrag	Bedrag per bijkomend gezinslid
23.303,84 EUR	4.314,18 EUR

De returncode geeft de beschikbaarheid van het dossier van de rechthebbende in de TAXI-AS databank aan.

De returncode 0 geeft aan dat de inkomensgegevens voor dat inkomstenjaar en voor die persoon beschikbaar zijn in de databank en de FOD Financiën deze heeft doorgestuurd. Achter deze code volgt dan minstens één IPCAL-code. De overige returncodes duiden aan dat de gegevens nog niet of niet beschikbaar zijn in de databank. Op deze codes volgen geen IPCAL-codes. (zie punt 4.3.)

Verschillende inkomsten worden gecodeerd meegedeeld met een welbepaalde code, namelijk een IPCAL-code. De inkomsten waarmee bij de toekenning en controle op de verhoogde tegemoetkoming rekening wordt gehouden zijn de bruto belastbare inkomens (Afd. 5 van het K.B. van 15.01.2014). Het zijn dan ook de IPCAL-codes voor deze inkomsten die worden opgevraagd.

In bijlage bevindt zich de lijst van codes die in 2024 worden opgevraagd voor het inkomensjaar 2022. In deze bijlage staat ook aangeduid op welke wijze de dienst op basis van de meegedeelde inkomsten het totaal gezinsinkomen berekent¹⁰ (zie pt. 4.4).

4.3 Beschikbaarheid van de inkomsten

Als de FOD Financiën in de databank TAXI-AS beschikt over inkomensgegevens voor een recht-hebbende uit de systematische controle stuurt zij als antwoord een returncode gelijk aan "00" samen met de lijst van IPCAL-codes en de bijhorende waarde.

Indien één gezinslid niet gekend is in de databank voor dat jaar of zijn inkomsten (nog) onbekend zijn op het ogenblik van de opvraging, bestaat het antwoord voor deze persoon uit een returncode verschillend van "00" (zie de lijst op blz. 11 van het technisch document in bijlage van deze omzendbrief). Voor deze persoon verstuurt de FOD Financiën geen IPCAL-codes.

Zoals verder wordt beschreven in het technisch document in bijlage wordt het veld met het totale gezinsinkomen enkel ingevuld als alle leden van het gezin gekende inkomsten hebben in de gegevensuitwisseling. Als het inkomen van één gezinslid ongekend is, bij de FOD Financiën, kan het veld "totaal gezinsinkomen" uit het bestand SySt_04 niet worden berekend.

In die gevallen wordt het detail van de fiscale inkomensgegevens van de andere gezinsleden, waarvan de inkomsten wel gekend zijn, wel aan de verzekeringsinstelling overgemaakt.

Als de ongekende persoon een gezinslid is dat jonger is dan 18 jaar of de ongekende inkomsten de inkomsten zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar, wordt diens inkomen gelijk gesteld aan nul EUR. De verzekeringsinstelling ontvangt voor deze rechthebbende een returncode gelijk aan "00". Op die manier kan het gezinsinkomen wel worden berekend. Voor deze gezinnen ontvangt de verzekeringsinstelling dus wel een totaal gezinsinkomen.

10. De afspraken rond de berekening van de gezinsinkomsten zijn terug te vinden in het K.B. van 15.01.2014 en worden verder uitgewerkt in de Omzendbrief V.I. nr. 2019/81 van 01.03.2019 betreffende "Verhoogde tegemoetkoming: aard van de in aanmerking te nemen inkomsten".

Een vergelijkbare afspraak bestaat voor gezinsleden onder de 18 jaar die het gezin vervoegen tijdens het eerste trimester van het jaar en hierdoor niet werden opgenomen in het globaal bestand. Indien dit gezinslid enkel in de systematische controle voorkomt en de V.I. hierdoor een returncode verschillend van 00, maar een foutcode van de KSZ ontvangt, omdat deze persoon niet werd geïntegreerd, mag de V.I. de ontvangen returncode negeren en 0,00 EUR meetellen bij het gezinsplafond.

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum in relatie tot 1 januari van het aanslagjaar wordt bepaald of het gezinslid ouder of jonger is dan 18 jaar op datum voor de systematische controle.

Voor de systematische controle in 2024 is het aanslagjaar 2023, want de inkomsten 2022 hebben als aanslagjaar 2023. Dus de rechthebbenden die op 1 januari 2023 jonger zijn dan 18 jaar en ongekende inkomsten hebben in de controle van 2024, krijgen toch een returncode "00" met een inkomen gelijkgesteld aan 0 EUR.

In de gevallen waarvoor bij de FOD Financiën gegevens aanwezig zijn in juli, maar deze gegevens nog niet verwerkt zijn¹¹, hernieuwt de Dienst de vraag naar de FOD Financiën in september. Indien op dat ogenblik voor dat gezinslid nog steeds geen returncode "00" kan worden verkregen, worden de inkomsten voor deze persoon voor de controle van 2024 als onbekend beschouwd.

4.4 Totaal gezinsinkomen

De berekeningswijze van de waarde van het totale inkomen die wordt doorgegeven in het bestand Syst_04, wordt aangeduid in de lijst met IPCAL-codes in bijlage. De berekeningswijze die wordt gehanteerd is een hulpmiddel voor de verzekeringsinstelling en dient als zodanig te worden beschouwd. De instructies met betrekking tot de inkomsten uit het koninklijk besluit van 15 januari 2014 vormen de basis van het inkomensonderzoek.

Om het gezinsinkomen te bepalen moet de verzekeringsinstelling zelf nog een aantal bewerkingen uitvoeren, zoals bijvoorbeeld de verrekening van de vrijgestelde bedragen van het kadastrale inkomen, toevoeging buitenlandse inkomsten, vrijstelling beroepsinkomsten van kinderen indien zij het effectieve genot van de kinderbijslag behouden tijdens de periode waarin zij de voormelde inkomsten hebben verkregen...

Indien het ziekenfonds een totaal negatief familie-inkomen ontvangt voor een gezin, mag het ziekenfonds het totaal negatief familie inkomen terugbrengen naar 0,00 EUR. Met het negatief inkomen hoeft er dus geen rekening gehouden te worden.

Voor de te volgen werkwijze, indien geen enkele informatie met betrekking tot de leden van het betrokken gezin werd ontvangen, verwijst de dienst naar artikel 38 § 3 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 en naar punt 4.3.

5. Feedback van de verzekeringsinstellingen (Syst_05)

5.1. Overdracht van de gegevens

Het derde bestand dat wordt uitgewisseld tussen de verzekeringsinstellingen en het RIZIV binnen de systematische controle is het feedbackbestand (flux Syst_05). Hierin laten de verzekeringsinstellingen weten welke rechten werden verlengd of stopgezet, en de reden voor de verlenging of stopzetting van het recht op V.T. Het ziekenfonds deelt in het bijzonder de motivering van de beslissing mee. (art. 39 K.B. 15.01.2014)

In de feedbackstroom worden dezelfde gezinnen gecommuniceerd als in Syst_01 en met hetzelfde aanvraagnummer. De feedback zal worden gevraagd voor alle gezinnen uit de systematische controle.

11. Het gaat om de returncodes 03, 04, 10 en 11. Zie Technisch document in bijlage.

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die de feedback stuurt naar de DAC. Dit bestand moet voor 1 mei van het jaar volgend op de uitwisseling van het bestand flux Syst_01 worden verstuurd. Voor de controle in 2024 is dat dus voor 1 mei 2025.

Op basis van de informatie ontvangen in de Syst_04 en van de informatie waarover zij beschikt (zie art. 37 § 3 van het K.B. van 15.01.2014 en punt 4.3) onderzoekt de verzekeringsinstelling of het recht op V.T. voor dat gezin al dan niet wordt verlengd. Indien uit dat onderzoek blijkt dat het betrokken gezin aan de inkomstenvoorwaarden voldoet voor het jaar waarop die informatie betrekking heeft, (in dit geval voor het controlejaar 2024), wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming verlengd tot 31 december 2025.

Indien blijkt dat het gezin geen recht had op de V.T. voor het jaar waarop die informatie betrekking heeft, vervalt het recht op de verhoogde tegemoetkoming op 31 december 2024. Ook als er voor één of meer gezinsleden geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën, wordt de verhoogde tegemoetkoming ingetrokken op 31 december 2024 (art. 38 § 3 K.B. 15.01.2014). Hier houdt men rekening met de uitzondering voor kinderen jonger dan 18 jaar waarvoor geen inkomsten zijn gekend bij de FOD Financiën.

Als gezinnen in één van beide situaties uit de voorgaande paragraaf een nieuwe verklaring op erewoord indienen op basis waarvan het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt toegekend vanaf 1 januari 2025, dan gaat het niet om een opening van het recht en wordt deze hetzelfde jaar opgenomen in de systematische controle.

Het recht wordt toegekend vanaf 1 januari 2025 als de nieuwe verklaring op erewoord wordt ingediend tussen 1 oktober 2024 en voor 1 april 2025.

In gevallen waar de verzekeringsinstelling het recht toekent vanaf 1 januari 2025 aan gezinnen die in navolging van de afspraken in artikel 38 § 4 toch zouden moeten meegedeeld worden in de systematische controle, maar waarvan de VOE niet volledig¹² is (ontbrekende bewijsstukken, nog geen handtekening) voor 20 maart 2025, ondervindt de verzekeringsinstelling geen impact als deze gezinnen niet worden opgenomen in de lijst met gezinnen onderworpen aan de systematische controle (Syst_01).

5.2. Welke verzekeringsinstelling

Het is de verzekeringsinstelling die de fiscale gegevens ontvangt, die de feedback stuurt naar de DAC. Dit bestand moet voor 1 mei 2025 worden verstuurd.

Het aanvraagnummer van een gezin in het feedbackbestand moet overeenkomen met het aanvraagnummer voor hetzelfde gezin uit de lijst met aan de controle onderworpen gezinnen (Syst_01).

5.3. Welke feedback

Na de effectieve behandeling van de dossiers bij de verzekeringsinstellingen, delen deze de Dienst de feedback mee van hun beslissing met betrekking tot het behoud van het recht op V.T.

De mogelijkheden zijn:

- stopzetting recht door verandering van de gezinssamenstelling
- einde dossier recht door verandering van verzekeringsinstelling
- stopzetting recht door overlijden
- stopzetting recht door aanvullende fiscale informatie bij verzekeringsinstelling (vb. buitenlandse inkomsten, alimentatiegeld)
- stopzetting recht door de systematische controle (inkomsten)
- behoud recht door verkrijgen van een sociaal voordeel
- behoud recht door nieuw inkomstenonderzoek (VOE)
- behoud recht door de systematische controle.

12. De VOE is pas "compleet" als deze is ondertekend en alle nodige bewijsstukken bevat.

Stopzetting recht door verandering gezinssamenstelling

In alle gevallen waarin de samenstelling van het gezin wordt gewijzigd, wordt het recht op de verhoogde tegemoetkoming in het kader van dit hoofdstuk beëindigd, uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Behalve als die wijziging het gevolg is van de opname in het gezin van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie voor de eerste keer een inschrijving in het Rijksregister wordt gevraagd, in welk geval het recht op de verhoogde tegemoetkoming eveneens aan het kind wordt toegekend (art. 35 K.B. 15.01.2014). Als het recht wordt ingetrokken op basis van zo'n wijziging in de gezinssamenstelling, wordt in het veld "Reden" de gecodeerde waarde voor 'Stopzetting recht door verandering gezinssamenstelling' gebruikt.

In volgend onderdeel worden voorbeelden geschetst van situaties waar een wijziging van de gezinssamenstelling gecombineerd wordt met een overschrijding van het inkomensplafond. Voor elk voorbeeld, wordt de reden voor het einde recht weergegeven die moet worden gebruikt in de feedback (= ReasonCode):

 *Voorbeeld 1:* Een verandering in de gezinssamenstelling treedt op tijdens het tweede trimester van 2024 en heeft als gevolg dat het recht op V.T. moet worden stopgezet uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Het recht op V.T. stopt op 30 september 2024. Het ziekenfonds contacteert zijn leden om hen te informeren over het einde van hun recht op de V.T. en de mogelijkheid een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen. In oktober 2024 stuurt de DAC het bestand SYST_04 naar de V.I. Volgens de fiscale gegevens is het inkomensplafond overschreden. Naar aanleiding van de systematische controle wordt het recht op V.T. stopgezet op 31 december 2024. Het ziekenfonds moet geen actie meer ondernemen, want het recht werd reeds stopgezet naar aanleiding van de wijziging in de gezinssamenstelling.

Wat betreft de reden voor de intrekking van het recht in de feedback gebruikt de V.I. de code "STOP-FAM" (= stopzetting van het recht na een wijziging in de gezinssamenstelling. De V.I. communiceert de "ReasonCode" waarin het recht op V.T. het eerst werd beëindigd.

Voor een nieuwe inkomensverklaring gelden ook de regels gelinkt met de wijziging in de gezinssamenstelling en niet deze van toepassing bij het einde recht na de systematische controle.

 *Voorbeeld 2:* Een verandering in de gezinssamenstelling komt voor in het derde trimester 2024 en bijgevolg moet het recht op V.T. worden beëindigd uiterlijk op het einde van het volgende trimester waarin de wijziging in de gezinssamenstelling heeft plaats gevonden. Het recht op V.T. stopt op 31 december 2024. Het ziekenfonds contacteert zijn leden om hen te informeren over het einde van hun recht op de V.T. en de mogelijkheid een nieuwe verklaring op erewoord in te dienen. In oktober 2024 stuurt de DAC het bestand SYST_04 door naar de V.I. Volgens de fiscale gegevens is het inkomensplafond overschreden. Naar aanleiding van de systematische controle wordt het recht stopgezet op 31 december 2024.

De reden voor de intrekking van het recht die moet worden gebruikt in de feedback (bestand SYST_05) is de code "STOPFAM" (= stopzetting van het recht na een wijziging in de gezinssamenstelling). De V.I. communiceert de "ReasonCode" waarin het recht op de V.T. het eerst werd beëindigd.

 *Voorbeeld 3:* Wanneer er een verandering in de gezinssamenstelling optreedt tijdens het eerste kwartaal van 2023 en de stroom SYST_04 van de systematische controle in 2023 wordt daarna verstuurd (vb. In juli 2024) en op basis van deze informatie blijkt dat het inkomensplafond werd overschreden, dan is de periode van het behoud van het recht op V.T. door middel van de wijziging in de gezinssamenstelling korter dan de periode behoud van recht naar aanleiding van de systematische controle. Omdat het recht al op 30 juni 2024 werd stopgezet, wordt de reason-code 'Einde recht naar aanleiding van een wijziging in de gezinssamenstelling', zijnde STOPFAM gebruikt.

Behoud recht door een nieuw inkomstenonderzoek (VOE)

Wanneer gezinnen die op basis van de fiscale gegevens of het gebrek aan fiscale gegevens voor alle gezinsleden (met uitzondering van gezinsleden tot 18 jaar) een nieuwe verklaring op erewoord indienen op basis waarvan het recht op de verhoogde tegemoetkoming wordt verlengd (zie 5.1.), dan wordt de waarde 'Behoud recht door nieuwe VOE' gebruikt.

Einde onderzoek door verandering verzekeringsinstelling:

In een dergelijk geval heeft de verzekeringsinstelling geen informatie meer over het recht omdat het gezin met een overschrijding op basis van de systematische controle muteerde zonder een VOE in te dienen voor het heronderzoek.

Voor de 'oude' verzekeringsinstelling is het recht voor dat gezin ten einde, maar er kan een heronderzoek (een nieuwe VOE) zijn afgenomen in de nieuwe verzekeringsinstelling. Daarnaast hoeft het niet alleen te gaan om mutaties, maar kan een gerechtigde PTL worden van een gerechtigde in een andere verzekeringsinstelling en dat is dus geen mutatie. Ten einde een duidelijke beschrijving te geven wordt: 'Einde recht door mutatie' 'Einde onderzoek door verandering verzekeringsinstelling'.

6. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot betaling van prestaties in de geneeskundige verzorging verjaart 2 jaar na het einde van de maand waarop die prestaties betrekking hebben. Maar krachtens artikel 174, derde lid geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste 5 jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen.

Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.



Opmerking: Alhoewel in het kader van het gebruik van de "Nippin"-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de V.T. ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: De machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn tot 6 jaar, zoals hiervoor vermeld. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Nippin-gegevens-overdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

7. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief geldt voor de systematische controle in 2024.



Omsendbrief V.I. nr. 2024/165 – 3991/388 van 5 juni 2024.

V. Organisatie van de gegevensstromen waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming kunnen identificeren (“de proactieve flux”)

Deze omzendbrief en het bijhorend technisch document¹ hebben betrekking op de proactieve flux 2024.

Inleiding

Deze omzendbrief behandelt de proactieve gegevensuitwisseling bedoeld in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (B.S. 29.01.2014)², bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze gegevensuitwisseling heeft als doel de V.I. te ondersteunen in de detectie van potentiële rechthebbenden op de V.T. Deze detectie gebeurt op basis van het gezinsinkomen, dat wordt opgevraagd bij de FOD Financiën.

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens (Directie ACCES) van de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van deze detectiestroom.

Als bijlage bij deze omzendbrief gaat de technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling alsmede de tabel met overzicht van de gegevensuitwisseling.

1. Doel van de proactieve gegevensuitwisseling

De proactieve flux is een gegevensuitwisseling binnen de context van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (V.T.). De proactieve flux wordt voorzien om op een gestandaardiseerde manier voor alle sociaal verzekerden zonder recht op de V.T. na te gaan of ze potentieel toch in aanmerking komen voor het recht op de V.T. De personen waarvan op basis van hun gezinsinkomen dat wordt opgevraagd bij de FOD Financiën, blijkt dat ze een echt potentieel recht hebben, worden hierover door hun V.I. gecontacteerd.

2. Algemene beschrijving van het proces

De organisatie van de proactieve flux kan worden teruggebracht tot een proces bestaande uit 4 procesfasen: 3 uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen (V.I.) en 1 uitgevoerd door de Directie ACCES, namelijk:

- fase 1 - de selectie van de doelgroep
- fase 2 - inkomstenopvraging en –berekening

1. Niet gepubliceerd.

2. K.B. tot wijziging van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994, dat o.a. voorziet in de organisatie van een jaarlijkse proactieve flux die werd gepubliceerd in het B.S. van 31.03.2020.

- fase 3 - contactnames
- fase 4 - inkomstenverklaringen en toekenning van het recht.

Om de potentiële rechthebbenden te identificeren organiseren de ziekenfondsen een stroom in samenwerking met het RIZIV en de FOD Financiën.

2.1. Fase 1: de selectie van de doelgroep

De proactieve flux wordt georganiseerd om voor gezinnen zonder recht op V.T. na te gaan of ze een potentieel recht op V.T. hebben.

Om na te gaan of deze gezinnen in aanmerking komen voor het recht op de V.T. maken de V.I. een lijst op met gezinnen waarvan minstens 1 van de leden op 1 januari 2024 geen recht heeft op de V.T.

Uit proportionaliteits- en privacyoverwegingen wordt deze lijst ingekort tot de gezinnen die volgens hun V.I. wel een potentieel recht hebben op de V.T. De gezinnen waarvan de V.I. op basis van de criteria uit artikel 20 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 (verder uitgewerkt in de omzendbrief V.I. nr. 2020/151 van 28.05.2020 betreffende de gezinssamenstelling in het kader van de proactieve flux van de verhoogde tegemoetkoming) vaststelt dat ze niet aan de inkomstenvoorwaarden zouden voldoen, worden niet in opgenomen in de lijst.

Zo worden gezinnen waarvan één van de gezinsleden in de loop van een van de vier voorgaande jaren geen gevolg gaf aan een uitnodiging om een aanvraag voor V.T. in te dienen of een aanvraag deed om het recht op de V.T. te openen en deze aanvraag niet vervulde of niet voldeed aan de inkomstenvoorwaarden uitgesloten van deelname aan de proactieve flux.

Ook gezinnen waarvoor de V.I. weet, onder meer op basis van de bijdragebonnen, dat 1 of meerdere gezinsleden inkomsten hebben die samengeteld hoger zijn dan het grensbedrag dat van toepassing is voor het reëel gezin of voor een gezin dat is samengesteld uit twee gerechtigden en twee personen ten laste indien het beherend ziekenfonds het reële gezin niet zelf kan vormen.³

Het feit dat de gezinssamenstelling, vastgelegd in artikel 25 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014, moet worden gehanteerd, betekent dat gerechtigden die samen een gezin vormen moeten worden geïdentificeerd.

Bij gerechtigden die zijn gehuwd of wettelijk samenwonen, kan de V.I. de gezinssamenstelling bepalen zonder de verzekerde(n) in kwestie te contacteren.

Indien het gezin niet met zekerheid vastgesteld kan worden dan wordt een fictief gezin voor de proactieve stroom meegedeeld als minstens één van de gezinsleden op 1 januari van het jaar geen verhoogde tegemoetkoming geniet (onder voorbehoud van de uitsluitingen voorzien in het art. 20 van het K.B. van 15.01.2014).

De afspraken met betrekking tot de samenstelling van de gezinnen in het kader van de proactieve flux zijn uitgewerkt in de omzendbrief V.I. nr. 2020/151 van 28 mei 2020.

2.2. Fase 2: inkomstenopvraging en –berekening

Algemene beschrijving gegevensuitwisselingen

Voor 16 april 2024 delen de ziekenfondsen de lijst met gezinnen zoals samengesteld in 2.1. mee aan het RIZIV. Hiermee start de 2^{de} fase van de proactieve flux, namelijk de fase bestaande uit de inkomstenopvraging en –berekening.

In deze fase komen 4 gegevensuitwisselingen voor: Twee tussen de V.I.'s en het RIZIV en twee tussen het RIZIV en de FOD Financiën.

3. Bij de proactieve flux worden de inkomsten van twee jaar voordien gebruikt. Voor de proactieve flux in 2024 is het inkomstenjaar 2022 (zie 2.2.). (Art. 19 § 2 al. 1^{ste} al. K.B. 15.01.2014) Gezien de inkomsten van 2022 worden gebruikt, worden voor de voorgemelde berekening ook de gemiddelde inkomensbedragen van het jaar 2022 (omzendbrief V.I. nr. 2022/418 van 06.12.2022) alsook de bijdragebons 2022 gebruikt. Het grensbedrag V.T. dat van toepassing is op een gezin bestaande uit 2 gerechtigden en 2 personen ten laste komt op basis van de inkomensbedragen 2022 neer op een bedrag van 36.246,38 EUR.

- De verzending van de lijst met gezinnen van de V.I. naar het RIZIV (Pro_01)
- De verzending van INSZ-nummers van de afzonderlijke gezinsleden door het RIZIV naar de KSZ/FOD Financiën (Pro_02)
- De verzending van Inkomstengegevens van de afzonderlijke gezinsleden door de FOD Financiën/KSZ naar het RIZIV (Pro_03)
- De verzending van gecodeerde resultaten van het inkomstenonderzoek van het RIZIV naar de V.I. (Pro_04).

Alleen flux Pro_01 wordt in één keer verstuurd. Van de bestanden Pro_02, Pro_03 en Pro_04 worden er in de loop van het proces 2 zendingen uitgewisseld.

Ook de semi-geautomatiseerde inkomstenberekening en de vergelijking tussen het gezinsinkomen en het V.T.-plafond gebeurt in deze fase. Bij de proactieve flux wordt het totaal gezinsinkomen berekend op net dezelfde wijze als bij de systematische controle op de V.T. in 2024 (omzendbrief V.I. nr. 2024/165 van 05.06.2024).

Het proces kent geen uitwisseling van een feedbackstroom van de V.I. naar de DAC. De resultaten van de proactieve detectiestroom worden geëvalueerd door het RIZIV op basis van de kruising van het bestand proactieve flux (Pro_01 van 2024) met het fotobestand van de jaarlijkse uitwisseling V.T. van het daaropvolgende jaar (Foto_01 van 2025).

Pro_01: de lijst met gezinnen

Voor 16 april 2024 delen de ziekenfondsen de lijst met gezinnen zoals samengesteld in 2.1. mee aan het RIZIV.

De voornaamste informatie in dit bestand zijn het aanvraagnummer waarmee een gezin wordt geïdentificeerd en de INSZ-nummers van de gezinsleden.

Het aanvraagnummer bestaat uit de elementen verzekeringsinstelling + jaar + INSZ-aanvrager. Dit jaar is het jaar waarin het bestand wordt doorgestuurd. Binnen het kader van deze omzendbrief is het jaar van uitwisseling het jaar 2024.

Het aanvraagnummer verschilt niet tussen bestand Pro_01 en de Pro_04. De reden waarom het aanvraagnummer als zone behouden blijft heeft te maken met de stabiliteit. Een INSZ-nummer kan wijzigen tijdens het proces en ook de verzekeringsinstelling kan veranderen. Het aanvraagnummer blijft echter stabiel.

Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt twee keer in het bestand proactieve flux opgenomen: één keer in het veld INSZ-nummer van de aanvrager en één keer als gezinslid. De aanvrager is het oudste gezinslid.

Het is de V.I. van de aanvrager, dus van het oudste gezinslid, die het gezin meedeelt in het bestand Pro_01 in het geval er sprake is van een intermutualistisch gezin.

De gezinnen waarvan de aanvrager muteerde op 1 april 2024 moeten niet worden opgenomen in het bestand Pro_01.

Pro_02: Lijst met INSZ-nummers

De opvraging van inkomstengegevens gebeurt op basis van personen, niet op basis van gezinnen. Binnen de Directie ACCES worden de verschillende INSZ-nummers van de gezinsleden weerhouden en wordt op basis hiervan een lijst opgemaakt voor de FOD Financiën.

De Directie bezorgt de INSZ-nummers van de gezinsleden voor 15 juni 2024 via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ) aan de belastingadministratie (Art. 19, § 2 al. 1^{ste} al. K.B. van 15.01.2014).

Pro_03: inkomsten per INSZ

Bij de proactieve flux worden de inkomsten van 2 jaar voordien (getaxeerd in het voorafgaande jaar) opgevraagd bij de FOD Financiën uit de TAXI-AS databank. Voor de proactieve flux in 2024 is het inkomstenjaar 2022 met als aanslagjaar 2023 (Art. 19 § 2, 1^{ste} al. van het K.B. van 15.01.2014).

De FOD Financiën stuurt de inkomensgegevens voor de INSZ-nummers door naar het RIZIV voor 1 oktober 2024 (Art. 19 § 2 al. 1^{ste} al. K.B. van 15.01.2014).

Verschillende inkomsten worden meegedeeld met een welbepaalde code, namelijk een IPCAL-code. De inkomsten waarmee rekening wordt gehouden zijn de bruto belastbare inkomens (Afdeling 5 K.B. van 15.01.2014). Het zijn dan ook de IPCAL-codes voor deze inkomsten die worden opgevraagd. In het kader van de proactieve flux in 2024 worden dezelfde IPCAL-codes opgevraagd als voor de systematische controle op de V.T. in 2024.

Deze IPCAL-codes en rekenregels zijn vastgelegd in de omzendbrief V.I. nr. 2024/165⁴ van 5 juni 2024 betreffende “Gegevensstromen in het raam van de systematische controle in het jaar 2024 op het recht op de verhoogde tegemoetkoming”.

Naast de informatie over de IPCAL-codes stuurt de FOD Financiën ook een returncode door. De returncode geeft de beschikbaarheid van het dossier van de rechthebbende in de TAXI-AS databank aan. De returncode 00 geeft aan dat de inkomensgegevens voor dat inkomstenjaar en voor die persoon beschikbaar zijn in de databank en de FOD Financiën deze heeft doorgestuurd. Achter deze code volgt dan minstens één IPCAL-code. De overige returncodes duiden aan dat de gegevens nog niet of niet beschikbaar zijn in de databank. Op deze codes volgen geen IPCAL-codes.

Inkomstenberekening en vergelijking gezinsinkomen met het V.T.-plafond

De gezinnen worden gegroepeerd op basis van informatie in de Pro_01.

Enerzijds wordt op basis van het aantal gezinsleden per gezin het in aanmerking genomen grensbedrag bepaald. Dat bedrag wordt berekend op basis van het gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2022 opgenomen in de omzendbrief V.I. nr. 2022/418 van 6 december 2022.

Anderzijds worden de inkomsten van de verschillende gezinsleden samengeteld.

Op basis van de resultaten van de vergelijking tussen beiden checkt de Directie ACCES vervolgens of het gezamenlijke inkomen van het gezin hoger of lager is dan het in aanmerking genomen grensbedrag. Het resultaat van deze vergelijking wordt omgezet in een code.

Het gezinsinkomen wordt berekend op basis van de opgevraagde inkomsten (onder de vorm van inkomstencodes of IPCAL-codes) en volgens de rekenregels die gelden voor de systematische controle op de V.T. in 2024. Deze IPCAL-codes en rekenregels zijn vastgelegd in de omzendbrief V.I. betreffende de systematische controle in het jaar 2024.

Als het inkomen van één gezinslid ongekend is bij de FOD Financiën, kan het totale gezinsinkomen niet worden berekend. Als de ongekende inkomsten de inkomsten zijn van een gezinslid dat jonger is dan 18 jaar⁵, wordt diens inkomen gelijkgesteld aan nul EUR.

In de gevallen waarvoor bij de FOD Financiën gegevens aanwezig zijn in mei, maar deze gegevens nog niet verwerkt zijn, hernieuwt de Directie ACCES de vraag naar de FOD Financiën in september. Indien op dat ogenblik voor dat gezinslid nog steeds geen returncode “00” kan worden verkregen, worden de inkomsten voor deze persoon als onbekend beschouwd.

Het berekende gezinsinkomen wordt vergeleken met het V.T.-plafond dat voor het gezin van toepassing is. Het in aanmerking genomen grensbedrag is afhankelijk van het aantal gezinsleden en wordt berekend volgens de principes opgenomen in artikel 21 van het K.B. van 15 januari 2014. Voor 2022 gelden de bedragen zoals opgenomen in de omzendbrief V.I. nr. 2022/418 van 6 december 2022.

4. Hiervoor gepubliceerd.

5. De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum in relatie tot 1 januari van het aanslagjaar wordt bepaald of het gezinslid ouder of jonger is dan 18 jaar.

Het resultaat van deze vergelijking tussen gezinsinkomen en V.T.-plafond wordt gecodeerd. Van de uitkomst van deze analyse werd de betrokken V.I., uitsluitend onder de vorm van deze code, op de hoogte gebracht.

Het detail van de inkomsten wordt niet gecommuniceerd naar de V.I.. En ook binnen de Directie ACCES wordt de berekening gecodeerd uitgevoerd en worden de inkomstengegevens niet bewaard.

Er zijn 3 mogelijke codes die worden gecommuniceerd in het antwoordbestand (Pro_04) aan de V.I. De code geeft aan of volgens het antwoord van de FOD Financiën de inkomsten van het gezin:

- groter of gelijk zijn aan het gezinsplafond: NOK
- lager zijn dan het gezinsplafond: OK
- ongekend zijn: ONHOLD.

Uitsluitend en alleen deze codes worden naar de V.I. gestuurd, niet het detail van de inkomsten of het resultaat in EUR van de berekening.

Pro_04: gecodeerde resultaten van het inkomstenonderzoek

De Directie ACCES stuurt in de antwoordbestanden van de Pro_04 de reeds vermelde codes door (OK, NOK of ONHOLD).

De Pro_04 bestaat uit 2 zendingen. De eerste zending met codes wordt in augustus verstuurd naar de V.I. en de tweede in oktober (voor 01.11.2024) (Art 19, § 2, al. 3) K.B. 15.01.2014). De V.I. sturen op hun beurt de informatie die zij ontvangen door naar het betrokken ziekenfonds. Het ziekenfonds heeft de verantwoordelijkheid om de gezinnen te contacteren.

De Directie ACCES be vraagt de FOD Financiën een tweede keer in september 2024. Indien op dat ogenblik voor een gezinslid nog steeds geen inkomen⁶ kan worden verkregen, worden de inkomsten voor het gezin als onbekend beschouwd.

In de proactieve flux moet de code met betrekking tot het potentieel V.T.-recht steeds toekomen bij de V.I. die het gezin doorstuurt in zijn lijst, ook al is er sprake van mutatie in de tussentijd. Deze verzekerden kunnen niet genieten van het voordeel van de proactieve bevraging, want de oude V.I. kan geen contact meer opnemen met het gezin én de nieuwe V.I. heeft geen weet van het verstuurd antwoord. Anderzijds werd beslist dat het erg complex was om voor deze gegevensuitwisseling de NIC-filter te gebruiken.

De DAC stuurt per “aanvraag” één antwoord/één code per gezin door. Voor de INSZ-nummers waarvoor men reeds een definitief antwoord kreeg van de FOD Financiën wordt geen nieuwe aanvraag gedaan. We ontvangen per INSZ-nummer maar één “definitief en bruikbaar” antwoord van de FOD Financiën. Aan de hand van deze informatie wordt een unieke code opgemaakt met betrekking tot het potentieel recht op V.T. Deze unieke code wordt naar de V.I. gestuurd die de aanvraag bij de DAC indiende.

2.3. Fase 3: Verwerking van de gecodeerde antwoorden door de V.I.

De V.I. neemt contact op met het gezin waarvan het gezinsinkomen volgens de berekening onder het gezinsplafond ligt. Ze doet dit niet (of op eigen initiatief) met de gezinnen waarvoor de code zegt dat het gezinsinkomen groter of gelijk is aan het gezinsplafond of waarvan het inkomen niet volledig gekend is.

Er zijn uitzonderingen op dit principe. De V.I. is niet verplicht om contact op te nemen met gezinnen waarvan zij op basis van andere informatie weet dat ze het plafondbedrag gaan overschrijden.

6. Geen antwoord met een returncode “00”.

Dit zijn gezinnen waar tussen het versturen van het bestand Pro_01 en het behandelen van het bestand Pro_04 blijkt dat:

- op basis van de bijdragebons één of meerdere gezinsleden over beroepsinkomsten beschikken die samen hoger zijn dan het grensbedrag dat in het kader van dit hoofdstuk van toepassing is voor een gezin bestaande op basis van zijn werkelijke gezinssamenstelling
- de projectie op jaarlijkse basis van de afzonderlijke bijdragebons geeft aan dat het grensplafond overschreden zou worden
- een recht werd geopend
- een verklaring op erewoord (VOE) werd na de verzending van de Pro_01 afgelegd zonder te leiden tot een opening van het recht wegens overschrijding van het inkomensplafond
- de aanvrager muteerde naar een andere V.I.
- de gezinssamenstelling wijzigde (behalve als de wijziging bestaat uit de komst van een kind ten laste jonger dan 16 jaar voor wie het een eerste inschrijving is in het Rijksregister)
- een gezinslid is overleden
- een kind jonger dan 16 jaar het gezin verlaten heeft.

2.4. Fase 4: inkomstenverklaringen en toekenning van het recht

Het resultaat van fase 2 van de proactieve flux leidt niet tot een automatische toekenning van het recht op V.T. Nadat de verzekerde wordt gecontacteerd, moet de V.I. een inkomstenonderzoek afnemen bij de verzekerden opdat die zijn recht op de V.T. zou kunnen openen.

Alle standaardvoorwaarden en -procedures zoals vastgelegd in afdeling 6 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 gelden bij de inkomstenonderzoeken in het kader van de proactieve flux.

Niet alle gezinnen die worden gecontacteerd in het kader van de proactieve flux zullen effectief een recht op de V.T. openen. De V.I. sturen geen feedbackbestand door naar de Directie ACCES als gevolg op het Pro_04bestand, maar er is wel een uitwisseling van de statistieken voorzien om de resultaten van de proactieve flux op te volgen. Deze statistieken en hun uitwisseling staan beschreven in een aparte omzendbrief.

De V.I. hebben tot 1 jaar na de ontvangst van het tweede antwoordbestand van de DAC de tijd om deze fase uit te voeren.

3. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot betaling van prestaties in de geneeskundige verzorging verjaart 2 jaar na het einde van de maand waarop die prestaties betrekking hebben. Maar krachtens artikel 174, derde lid geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste 5 jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen.

Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Nippin”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de V.T. ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: De machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn tot 6 jaar, zoals hiervoor vermeld. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Nippin-gegevens-overdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing voor de proactieve gegevensuitwisseling van 2024.

 Omzendbrief V.I. nr. 2024/200 – 3991/390 van 3 juli 2024.

VI. Opmaak van de statistieken van de gegevensstromen waarmee de ziekenfondsen de potentiële rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming kunnen identificeren

1. Inleiding

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

De omzendbrief stelt de modaliteiten vast voor de opmaak van de statistieken betreffende de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor Administratieve Controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van proactieve detectie van potentiële rechthebbenden op de V.T. (= de proactieve flux).

2. Doel van de statistieken proactieve gegevensuitwisseling

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

Om de resultaten van de proactieve flux te kunnen opvolgen werd deze uitwisseling van geaggregeerde statistieken tussen V.I. en RIZIV ingesteld. Deze cijfers maken het mogelijk om het proces op te volgen op niveau van de verzekeringsinstellingen met als doel een evaluatie te verwezenlijken van de maatregel en diens impact.

3. Technische Procedure

Jaarlijks sturen de V.I. een rapport op betreffende de verwerking van de proactieve flux. Het is de beherende V.I. uit de gegevensuitwisseling proactieve flux die verantwoordelijk is voor de opname van een gezin en zijn leden in deze statistieken.

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

De resultaten van deze contactnames worden weergegeven in de tabel in bijlage 1¹ van deze omzendbrief. Deze tabel geeft eerder een algemeen beeld van de resultaten van de contactnames naar aanleiding van de proactieve flux, zonder veel detail. De tabel geeft een overzicht van het aantal werkelijk gecontacteerde gezinnen en verzekerden binnen deze gezinnen en geeft weer hoeveel hiervan het recht op de V.T. openden. Concreet zijn dit gezinnen die het recht op V.T. hebben verkregen na een uitnodiging; ontvangen in het kader van de proactieve flux.

Voor elk van de daadwerkelijk gecontacteerde gezinnen wordt vervolgens bijgehouden voor wie het recht op de V.T. geopend werd na de contactname en voor wie het niet geopend werd na de contactname. Er is een tabel met de resultaten op gezinsniveau enerzijds (tabel in bijlage 2²) en een tabel met de aantallen verzekerden individueel anderzijds (tabel in bijlage 3³).

De resultaten in deze tabellen worden onderverdeeld in 6 categorieën. De categorieën geven aan of een recht op V.T. werd toegekend of niet en waarom. Er werden 4 redenen onderscheiden waarom een recht niet kon worden toegekend en 2 waarom dit wel mogelijk bleek. Deze 6 categorieën worden in het volgende deel van de omzendbrief inhoudelijk gespecificeerd.

Alle leden van eenzelfde gezin bevinden zich in de statistieken in dezelfde categorie. Op deze regel bestaat 1 uitzondering namelijk de kinderen met een eigen, automatisch recht op de V.T. (weeskinderen en kinderen die recht hebben op verhoogde kinderbijslag). Deze kinderen kunnen een recht op de V.T. hebben geopend zonder dat de andere leden van het gezin dat werd opgenomen in de proactieve flux een recht openden op de V.T. In dit geval kan het gezin twee categorieën toegewezen krijgen.

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



De statistieken worden via mail (in Excel-formaat) verstuurd naar het algemeen mailadres van de Directie controle en beheer van toegankelijkheidsgegevens en archivering van gegevens, met name dac-access@riziv-inami.fgov.be.

De templates⁴ voor de 3 tabellen bevinden zich in bijlage bij deze omzendbrief.

4. Inhoudelijke toelichting

Dit deel van de omzendbrief beschrijft de 6 categorieën van resultaten van een contactname met een gezin in het kader van de proactieve flux. Het is belangrijk op te merken *dat één persoon slechts één van de 6 categorieën kan worden toegewezen*. Een gezin kan twee categorieën verkrijgen in het geval van kinderen die een individueel recht op V.T. verkrijgen. Deze specifieke onderverdeling is van toepassing voor tabellen 2 en 3 die zich in bijlage bevinden.

1. Niet gepubliceerd.
2. Niet gepubliceerd.
3. Niet gepubliceerd.
4. Niet gepubliceerd.

4.1. Categorieën voor niet-toekenning van het recht

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

CATEGORIE 1 – WIJZIGING GEZINSSAMENSTELLING

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

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

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

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

CATEGORIE 2 - INFORMATIE VOOR DE V.I.

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

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

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

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

CATEGORIE 3 – OVERSCHRIJDING PLAFOND VOE

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

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

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

CATEGORIE 4 – GEEN ANTWOORD VAN DE VERZEKERDE

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

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

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

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

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

4.2. Categorieën voor het toekennen van het recht

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

CATEGORIE 5 – RECHT VOE

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

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

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

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

CATEGORIE 6 – AUTOMATISCH RECHT

Automatisch recht op V.T. op basis van een sociaal voordeel.

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

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

5. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking vanaf de dag van de publicatie en zal vanaf dat moment Omzendbrief V.I. n° 2023/209 van 26 juli 2023 vervangen.



Omzendbrief V.I. nr. 2024/250 – 3991/393 van 13 augustus 2024.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

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

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

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

1 juli 2015 indexering

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

1 juni 2016 indexering

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

1 juni 2017 indexering

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

1 september 2018 indexering

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

1 maart 2020 indexering

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

1 september 2021 indexering

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

1 januari 2022 indexering

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

1 maart 2022 indexering

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

1 mei 2022 indexering

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

1 augustus 2022 indexering

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

1 november 2022 indexering

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

1 december 2022 indexering

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

1 november 2023 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 27 = 3.008,93 EUR

1 mei 2024 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 28 = 3.069,11 EUR

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
4 ^{de} trimester 2009	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2010	$2.148,87^{*3/3}$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2010	$2.148,87^{*2/3} + 2.191,85^{*1/3}$	2.163,20 EUR
4 ^{de} trimester 2010	$2.191,85^{*3/3}$	2.191,85 EUR
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85^{*3/3}$	2.191,85 EUR
2 ^{de} trimester 2011	$2.191,85^{*1/3} + 2.235,68^{*2/3}$	2.221,07 EUR
3 ^{de} trimester 2011	$2.235,68^{*3/3}$	2.235,68 EUR
4 ^{de} trimester 2011	$2.235,68^{*3/3}$	2.235,68 EUR
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68^{*1/3} + 2.280,40^{*2/3}$	2.265,49 EUR
2 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*3/3}$	2.280,40 EUR
3 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*3/3}$	2.280,40 EUR
4 ^{de} trimester 2012	$2.280,40^{*2/3} + 2.326,00^{*1/3}$	2.295,60 EUR
1 ^{ste} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2013	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2014	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2015	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2015	$2.326,00^{*3/3}$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2015	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
4 ^{de} trimester 2015	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
1 ^{ste} trimester 2016	$2.372,52^{*3/3}$	2.372,52 EUR
2 ^{de} trimester 2016	$2.372,52^{*2/3} + 2.419,97^{*1/3}$	2.388,34 EUR
3 ^{de} trimester 2016	$2.419,97^{*3/3}$	2.419,97 EUR

4 ^{de} trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 ^{ste} trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 ^{de} trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 ^{de} trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 ^{de} trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 ^{ste} trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 ^{de} trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 ^{de} trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimester 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimester 2020	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
2 ^{de} trimester 2021	2.568,10*3/3	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3	2.585,22 EUR
4 ^{de} trimester 2021	2.619,46*3/3	2.619,46 EUR
1 ^{ste} trimester 2022	2.671,85*2/3 + 2.725,28*1/3	2.689,66 EUR
2 ^{de} trimester 2022	2.725,28*1/3 + 2.779,79*2/3	2.761,62 EUR
3 ^{de} trimester 2022	2.779,79*1/3 + 2.835,39*2/3	2.816,86 EUR
4 ^{de} trimester 2022	2.835,39*1/3 + 2.892,09*1/3 + 2.949,93*1/3	2.892,47 EUR
1 ^{ste} trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
2 ^{de} trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
3 ^{de} trimester 2023	2.949,93*3/3	2.949,93 EUR
4 ^{de} trimester 2023	2.949,93*1/3+3.008,93*2/3	2.989,26 EUR
1 ^{ste} trimester 2024	3.008,93*3/3	3.008,93 EUR
2^{de} trimester 2024	3.008,93*1/3+3.069,11*2/3	3.049,05 EUR
3^{de} trimester 2024	3.069,11*3/3	3.069,11 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2024/253 – 248/92 van 5 september 2024.

II. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2024 - Berekening van de aanvullende bijdrage

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

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

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

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

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 november 2023, en sedertdien 1.994,18 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2024 als volgt worden vastgesteld:

- 21 jaar en ouder: $1.994,18 \text{ EUR} \times 4 = 7.976,72 \text{ EUR}$
- minder dan 21 jaar: $7.976,72 \text{ EUR} \times 3/4 = 5.982,54 \text{ EUR}$

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

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

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

- A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken;
- B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;

- C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere **euro** te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

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

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

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

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

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

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

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



Omzendbrief V.I. nr. 2024/164 – 271/79 van 28 mei 2024.

1. Hier niet gepubliceerd.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Charlotte Lefebvre
De h. P.-A. Briffeuil
De h. Christophe Ciprietti
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Espérance Nahimana
Mevr. Marleen Stevens
De h. Tom Candaele

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726