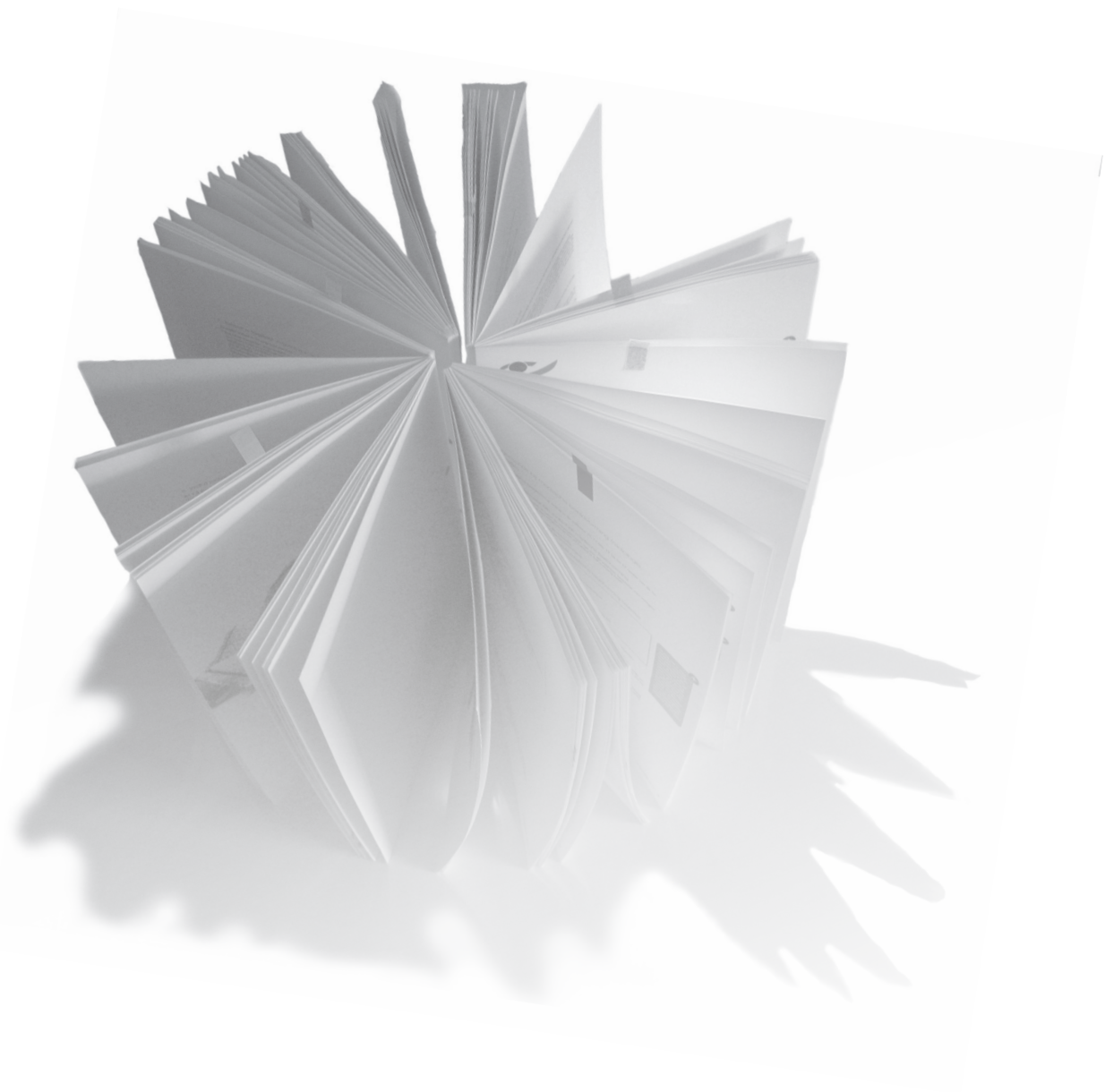


1^e Deel Studies



Kroniek van de rechtspraak van de Raad van State (2018-2021)

In deze kroniek bieden we een overzicht van de rechtspraak van de Raad van State, Franstalige kamer (6^e k.) en Nederlandstalige kamer (7^e k.), met betrekking tot geschillen waarin zorgverleners tegenover de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle stonden.

De voorgaande kronieken zijn gepubliceerd in het Informatieblad van het RIZIV.¹

Door Inge MEYERS en Paul-André BRIFFEUIL
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle
Juridische directie

RvS (7^e k.), 29 januari 2018, nr. 240.601, V.²

[Gelijkheidsbeginsel – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter – Terugbetaling is geen straf – Motiveringsplicht / artikel 149 van de Grondwet – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid](#)

Het gelijkheidsbeginsel is gericht tot de wetgevende en de uitvoerende macht. Het betreft niet de beslissingen van de rechter als zodanig. De rechter moet de aan hem voorgelegde geschillen beslechten aan de hand van de bestaande rechtsregels en algemene rechtsbeginselen.

De Raad van State is niet bevoegd om de beoordeling van de feiten van de Kamer van beroep over te doen. De Raad van State controleert wel of de Kamer van beroep naar de juiste rechtsgrond verwezen heeft.

Kritiek op de bewijswaarde van de processen-verbaal van verhoor van de patiënten is een overtollig motief dat niet tot cassatie kan leiden.

De terugbetaling is geen straf, maar een herstelmaatregel.

De wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de materiële motiveringsplicht als beginsel van behoorlijk bestuur zijn als dusdanig niet van toepassing op de beslissingen van de administratieve rechtscolleges.

De bij artikel 149 van de Grondwet opgelegde verplichting aan de rechter om zijn rechterlijke uitspraak te motiveren, heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6 van het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van beroep heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redengeving uiteenzet die hem ertoe brengt die beslissing te nemen en de aangebrachte excepties en grieven te verwerpen of in te willigen, al ware die redengeving verkeerd of onwettig. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, maakt een schending uit van artikel 149 van de Grondwet.

1. I.B. 2012/1, I.B. 2014/2, I.B. 2015/4 en I.B. 2017/4.

2. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 23.05.2017.

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als ten aanzien van het recht. De beslissing van de Kamer van beroep komt in de plaats van die van de Kamer van eerste aanleg.

De Kamer van beroep is geen orgaan van het RIZIV. Het gaat om een rechtsprekend orgaan waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever gewild is. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslaging. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen die zetelen in persoonlijke naam en vrij en naar eigen goeddunken kunnen oordelen. De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

De enkele omstandigheid dat de zittingen van de Kamers in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de Kamers niet in het gedrang.

Kritiek met betrekking tot de transparantie van de vergoedingen, de bestemming van de teruggevorderde bedragen en de administratieve geldboetes en de aanwijzing van de griffies, komt voor als opportuïteitskritiek die niet tot cassatie van de bestreden beslissing kan leiden.

(verworpen)

RvS (7^e k.), 29 maart 2018, nr. 241.143, M.³

Vordering tot terugbetaling / verjaring – Artikel 2244 en 2262bis, § 1 Burgerlijk Wetboek

Ten tijde van de feiten stond er in de wet geen bepaling die regelde wanneer de vordering tot terugbetaling verjaarde. Bij gebrek aan een specifieke verjaringstermijn, dient toepassing gemaakt te worden van de gemeenrechtelijke verjaringstermijn.

Het gaat om een onverschuldigde betaling die onderworpen is aan de tienjarige verjaringstermijn van artikel 2262bis, § 1, eerste lid van het Burgerlijk Wetboek. De dag waarop de laatste betaling door de verzekeringsinstelling werd verricht, vormt het vertrekpunt van de termijn van tien jaar. Wat betreft de stuiting van die termijn van tien jaar, gelden ook de gemeenrechtelijke bepalingen van artikel 2244 van het Burgerlijk Wetboek. Dat artikel somt expliciet op welke handelingen de termijn kunnen stuiten:

§ 1. Een dagvaarding voor het gerecht, een bevel tot betaling, een aanmaning tot betaling als bedoeld in artikel 1394/21 van het Gerechtelijk Wetboek of een beslag, betekend aan hem die men wil beletten de verjaring te verkrijgen, vormen burgerlijke stuiting.

Een dagvaarding voor het gerecht stuit de verjaring tot het tijdstip waarop een definitieve beslissing wordt uitgesproken.

3. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 23.03.2017.

Er gebeurde in dit dossier geen geldige stuitingsdaad binnen de termijn van tien jaar dus was de vordering tot terugbetaling van de DGEC verjaard.

(verworpen)

RvS (6^e k.), 27 juli 2018, nr. 242.155, M.⁴

Afstand van geding

De Raad van State spreekt de afstand van geding uit aangezien de verzoekende partij geen aanvraag tot voortzetting van de procedure binnen de daarvoor voorziene termijn heeft ingediend.

(afstand van geding)

RvS (7^e k.), 18 oktober 2018, nr. 242.690, T.⁵

Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Geen verzet van de adviserend arts – Artikel 149 van de Grondwet – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State – Ontvankelijkheid van het middel

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing is niet ontvankelijk.

De Kamer van beroep doet uitspraak met volle rechtsmacht. De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een bestuurlijk rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar niet dat zij deel uitmaakt van de DGEC of van het RIZIV.

Het gaat om een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

De enkele omstandigheid dat de zittingen in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden (overeenkomstig art. 145, § 3, eerste lid, GVVU-wet), brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.

Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft beslissingsbevoegdheid. Wegens de techniciteit van de materie heeft de wetgever aan de stemgerechtigde magistraat raadgevende leden toegevoegd, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen en de representatieve beroepsgroepen. De raadgevende leden zetelen in de Kamer van beroep niet in de hoedanigheid van vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling of de beroepsgroep die hen heeft voorgedragen, maar in persoonlijke naam. Dat houdt in dat zij vrij en naar eigen goeddunken oordelen. De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

4. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 09.11. 2017.

5. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 08.01. 2018.

Artikel 19, § 5, van het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep bepaalt dat wordt beraadslaagd achter gesloten deuren en dat het geheim van de beraadslaging wordt gewaarborgd. Gelet op het geheim van de beraadslaging mag de bestreden beslissing het tijdens deze beraadslaging gegeven advies van de leden van de Kamer van beroep niet weergeven.

Theoretische veronderstellingen volstaan niet om de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de Kamer van beroep als zodanig in twijfel te trekken. De omstandigheid dat de prestaties van een rechter worden vergoed door de overheid ten aanzien van wie hij beslissingen moet nemen, brengt zijn onafhankelijkheid niet in het gedrang. Een andere opvatting zou de functie van de rechter, en inzonderheid de bestuursrechter, onmogelijk maken.

Artikel 8, § 7, 3^o, derde lid, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen heeft verband met de tegemoetkoming verschuldigd aan de patiënt, en niet die aan de zorgverlener. Die bepaling bevat een waarborg voor de patiënt, maar heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige voor de toepassing van de evaluatiecriteria.

De omstandigheid dat de adviserend arts geen verzet heeft gedaan, ontslaat de verpleegkundige niet van de verplichting de forfaitaire honoraria slechts aan te rekenen voor zover aan de in de nomenclatuur gestelde voorwaarden van fysieke afhankelijkheid is voldaan en slechts voor zover de verstrekkingen werden uitgevoerd. Het ontbreken van verzet vanwege de adviserend arts ontnemt aan de vastgestelde feiten niet hun onrechtmatig karakter.

De motiveringsplicht uit artikel 149 van de Grondwet heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de DGEC heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redengeving uiteenzet, al ware die redengeving verkeerd of onwettig, die hem ertoe brengt die beslissing te nemen en de aangebrachte excepties en beroepsgrievens te verwerpen of in te willigen. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, maakt een schending uit van artikel 149 van de Grondwet.

De Raad van State doet als cassatierechter geen uitspraak over de grond van de zaak. De feitelijke elementen vaststellen, behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de bestuurlijke rechter. Een middel dat de feitelijke beoordeling door de Kamer van beroep betwist, is onontvankelijk.

(verworpen)

RvS (7^e k.), 21 maart 2019, nr. 243.999, D.⁶

Belang / geen memorie van wederantwoord

Overeenkomstig artikel 21, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, stelt de Raad van State het ontbreken van het vereiste belang vast als de verzoevende partij de termijn voor het toesturen van de memorie van wederantwoord niet eerbiedigt.

(verworpen)

6. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.09.2018.

RvS (6^e k.), 7 mei 2019, nr. 244.405, A.

Artikel 77sexies GvU-wet / Beslissing Leidend ambtenaar – Administratief kortgeding – Raad van State / Onbevoegd

De zorgverlener verzocht de Raad van State om de schorsing van de uitvoering van de beslissing van de Leidend ambtenaar van 15 april 2019 die de verzekeringsinstellingen beveelt om de uitbetalingen in het kader van de derdebetalersregeling voor een periode van 12 maanden volledig te schorsen (art. 77sexies van de GvU-wet).

Artikel 17, § 1, eerste lid van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, bepaalt het volgende:

“De afdeling bestuursrechtspraak is als enige bevoegd om, de partijen gehoord of behoorlijk opgeroepen, bij arrest de schorsing te bevelen van de tenuitvoerlegging van een akte of een reglement, vatbaar voor nietigverklaring krachtens artikel 14, §§ 1 en 3, en om alle maatregelen te bevelen die nodig zijn om de belangen veilig te stellen van de partijen of de personen die een belang hebben bij de beslechting van de zaak.”

Artikel 14, § 1 van voormelde wetten bepaalt het volgende *“Indien het geschil niet door de wet aan een ander rechtcollege wordt toegekend, doet de afdeling uitspraak bij wijze van arresten, over de beroepen tot nietigverklaring wegens overtreding van hetzij substantiële, hetzij op straffe van nietigheid voorgeschreven vormen, overschrijding of afwendings van macht, ingesteld tegen de akten en reglementen (...)”*

Overeenkomstig artikel 77sexies, zesde lid GvU-wet kan de zorgverlener een niet schorsend beroep instellen bij de Kamer van eerste aanleg tegen de beslissing van de Leidend ambtenaar.

Uit een samenlezing van die bepalingen blijkt dat de Raad van State het verzoek van de zorgverlener tot schorsing van de uitvoering van de beslissing van de Leidend ambtenaar moet afwijzen.

De Kamer van eerste aanleg is daarentegen wel bevoegd.

(verwerping van het schorsingsverzoek)

RvS (7^e k.), 9 mei 2019, nr. 244.420, D. W.⁷

RvS (7^e k.), 8 juli 2019, nr. 245.104, M.⁸

Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State – Artikel 149 van de Grondwet – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Ontvankelijkheid van het middel

Als administratieve cassatierechter komt het de Raad van State niet toe op zijn beurt te onderzoeken of de aangevoerde inbreuken bewezen zijn.

7. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.09.2018.

8. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 10.09.2018.

Kritiek op de bewijswaarde van de processen-verbaal van verhoor van patiënten betreft een overtollig motief en kan niet tot cassatie leiden.

De motiveringsplicht uit artikel 149 van de Grondwet heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep bij de DGEC heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redengeving uiteenzet, al ware die redengeving verkeerd of onwettig, die hem ertoe brengt die beslissing te nemen en de aangebrachte excepties en beroepsgrievens te verwerpen of in te willigen. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, maakt een schending uit van artikel 149 van de Grondwet.

Als een motivering van een middel in de bestreden beslissing zou steunen op feiten die onjuist zijn, maakt dat geen schending uit van artikel 149 van de Grondwet. Het feit dat de bestreden beslissing één verzekerde waarvan sprake in de eerste tenlastelegging niet zou bespreken, is een element dat vreemd is aan de rechterlijke motiveringsplicht.

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. Haar beslissing komt in de plaats van die van de Kamer van eerste aanleg.

Een middel dat niet gericht is tegen de bestreden beslissing, is niet ontvankelijk.

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, niet dat zij deel uitmaakt van de DGEC of van het RIZIV.

Het gaat om een rechtsprekend orgaan, waarvan de onafhankelijkheid ten opzichte van het RIZIV door de wetgever is gewild. De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen. Enkel de voorzitter-magistraat van de Kamer van beroep heeft immers beslissingsbevoegdheid.

De enkele omstandigheid dat de zittingen in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden (overeenkomstig art. 145, § 3, eerste lid GVVU-wet), brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.

De omstandigheid dat de prestaties van een rechter worden vergoed door de overheid ten aanzien van wie hij beslissingen moet nemen, brengt zijn onafhankelijkheid niet in het gedrang. Een andere opvatting zou de functie van de rechter, en inzonderheid de bestuursrechter, onmogelijk maken.

De kritiek van de verzoekende partijen met betrekking tot de aanwijzing van de griffiers is een opportunistische kritiek die niet tot cassatie van de bestreden beslissing kan leiden.

De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 van het EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

(verworpen)

RvS (6^e k.), 18 juni 2019, nrs. 244.836 en 244.837, J.

Kamer van beroep – Wraking van leden adviserend artsen – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

Dit arrest volgt op het arrest nr. 239.864 van 14 november 2017 van de Raad van State⁹ waar het een aantal prejudiciële vragen stelde aan het Grondwettelijk Hof met betrekking tot artikel 145 van de GVU-wet, en op het arrest nr. 15/2019 van 31 januari 2019 van het Grondwettelijk Hof.

De Raad van State onderzoekt de vijf ontvankelijk verklaarde wrakingsgronden die werden opgeworpen door dr. J.:

- de dokters C. en R. zouden in hun hoedanigheid van adviserend arts een verzekeringsinstelling vertegenwoordigen in het kader van hun functie als lid van de kamer van beroep
- in sommige beslissingen van de kamer van beroep die met name zijn uitgesproken in 2016, zouden die personen nog steeds worden aangeduid als “vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen”
- het is niet van belang dat die personen in de kamer van beroep slechts een raadgevende stem hebben
- de kamer van beroep erkent zelf (cf. een beslissing van 2008) dat de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen, haar beslissing beïnvloeden
- reeds vóór de verandering van houding van de tegenpartij zouden de dokters C. en R gedurende een aantal jaren een verzekeringsinstelling hebben “vertegenwoordigd”, wat laat vermoeden dat hun denkwijze niet is veranderd.

Die vijf elementen hebben gevolgen voor de bestaande structurele banden tussen de leden van de kamer van beroep van wie de wraking wordt gevraagd en de verzekeringsinstellingen.

Hoewel de verzekeringsinstellingen adviserend artsen moeten voordragen met het oog op een benoeming in de kamer van beroep, die na hun benoeming moeten worden beschouwd als de “vertegenwoordigers” van die instellingen, volstaat dat volgens de Raad van State op zich niet om te besluiten dat het door de wetgever uitdrukkelijk beoogde mechanisme automatisch in strijd zou zijn met de vereisten inzake onpartijdigheid.

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens benadrukte al dat het bestaan van gespecialiseerde rechtscolleges met gemengde samenstelling een kenmerk is dat in veel landen kan worden teruggevonden (EHRM, arrest AB Kurt KELLERMANN t./Zweden, 26.10.2004, § 60).

In zijn arrest DEFALQUE t./België van 20 april 2006 heeft hetzelfde Hof reeds als beginsel gesteld dat het bestaan van een rechtscollege met gemengde samenstelling op zich geen bewijs van partijdigheid vormt. De onpartijdigheid van een dergelijk college kan namelijk alleen op het individuele niveau van zijn leden worden beoordeeld. Een dergelijk systeem is met name gebaseerd op het evenwicht tussen de vertegenwoordigde belangen dat voortvloeit uit de collegialiteit tussen de betrokken rechtscolleges en hun paritaire samenstelling.

In zijn arrest DEPRAETERE t./België van 18 december 2018 heeft het Europees Hof voor de Rechten van de Mens geoordeeld dat de samenstelling van de Kamer van beroep artikel 6.1. van het EHRM niet schond.

9. I.B. 2017/4, p. 9.

In zijn arrest nr. 15/2019 van 31 januari 2019 oordeelde het Grondwettelijk Hof overigens dat artikel 145 van de GVV-wet, de artikelen 10 en 11 van de Grondwet, gelezen in combinatie met artikel 6 van het EVRM, niet schond: *“de huidige samenstelling van de kamers van beroep voldoet aan de vereisten van rechterlijke onafhankelijkheid en onpartijdigheid, gewaarborgd door artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens”* en *“de gemengde en paritaire samenstelling, wat de adviserend artsen betreft, van die kamers waarborgt overigens dat zowel de belangen van de verzekeringsinstellingen als die van de zorgverleners in aanmerking worden genomen door de magistraat die alleen uitspraak doet over de betwisting, na de artsen uit de twee voormelde beroeps categorieën te hebben geraadpleegd”*.

Het Grondwettelijk Hof benadrukt: *“De artsen die in de kamer van beroep zetelen als “vertegenwoordigers” van de verzekeringsinstellingen en als “vertegenwoordigers” van de beroepsorganisaties van de zorgverleners, zijn geen lasthebbers in de zin van de artikelen 1984 tot 2010 van het Burgerlijk Wetboek. Die artsen mogen bij de behandeling van de dossiers immers geen instructies ontvangen van de verzekeringsinstellingen of van de beroepsorganisaties van de zorgverleners, maar dienen enkel op grond van de elementen van het dossier hun raadgevende stem uit te oefenen. De rol van de verzekeringsinstellingen en van de beroepsorganisaties van de zorgverleners is ertoe beperkt een “voordracht” te doen van de kandidaat-artsen op een dubbele lijst waaruit de Koning de artsen benoemt die zitting nemen in de kamer van beroep”*.

Dr. J. verwijt het Grondwettelijk Hof een foute interpretatie te hebben gegeven aan het arrest van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens van 20 april 2006 (DEFALQUE t./België) en geen aandacht gehad te hebben voor het arrest van 18 december 2018 (DEPRAETERE t./België) waarin werd aangegeven dat rekening diende te worden gehouden met de wijzigingen die sinds dit arrest van 20 april 2006 zijn aangebracht.

Naar aanleiding van dat arrest van 18 december 2018 stelt hij vast dat het Europees Hof zich niet heeft uitgesproken over de kwestie van de representativiteit van de adviserend artsen.

Het Europees Hof heeft zich in zijn arrest van 18 december 2018 echter wel degelijk uitgesproken waarbij het op de hoogte was van de representativiteit van de adviserend artsen en de raadgevende stem waarover zij beschikken, en over de invloed die ze eventueel kunnen uitoefenen op de overtuiging van de magistraat die over de enige beraadslagende stem beschikt.

Dr. J. verwijt het Grondwettelijk Hof eveneens dat het artikel 145 van de GVV-wet niet heeft bestudeerd in het licht van het algemeen beginsel van onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

Uit het arrest nr. 15/2019 van 31 januari 2019 blijkt echter dat het Hof de conformiteit van het systeem met de *“vereisten van rechterlijke onafhankelijkheid en onpartijdigheid, gewaarborgd door artikel 6, lid 1, van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens”* heeft onderzocht.

Dr. J. stelt ten slotte vast dat het Grondwettelijk Hof voor recht heeft verklaard dat de verzekeringsinstellingen immers rechtstreeks betrokken zijn vermits zij de betwiste prestaties uitbetaald hebben. Er zou dus een wettige verdenking bestaan ten aanzien van de adviserend artsen die de vertegenwoordigers zijn van de verzekeringsinstellingen.

Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens heeft in zijn arrest van 18 december 2018 (DEPRAETERE t./België) enerzijds benadrukt dat *“alleen de beroepsmagistraat over een beraadslagende stem beschikt”* en anderzijds heeft het de analyse van de Raad van State overgenomen, volgens welke *“de verzekeringsinstellingen niet rechtstreeks betrokken waren bij de zaak voor de kamer van beroep, de bestaande zaak tussen de zorgverlener (de eiser) en de DGEC. In tegenstelling tot wat de eiser betoogt, was het dus het RIZIV, en niet de verzekeringsinstelling, die zijn schuldeiser was”* (paragraaf 8 waarnaar wordt verwezen in paragraaf 19 van het arrest van 18.12.2018).

De Raad van State is van oordeel dat de vijf opgeworpen wrakingsgronden ongegrond zijn.

Dr. J. werpt een nieuwe wrakingsgrond op omdat dr. R. bestuurder is van een vereniging zonder winstoogmerk die gevestigd is in de lokalen van het RIZIV waar de artsen-inspecteurs van het RIZIV zitting hebben en waar zij als vertegenwoordigster van een verzekeringsinstelling zitting heeft. Deze nieuwe wrakingsgrond die werd opgeworpen in de laatste memorie is niet voorgelegd aan de betrokken magistraat en is bijgevolg onontvankelijk.

(verwerping verzoek tot wraking)

RvS (6^e k.), 8 juli 2019, nr. 245.110, F.¹⁰

RvS (6^e k.), 8 juli 2019, nr. 245.111, V.A.¹¹

Samenstelling Kamer van beroep / artikel 145, § 10 GvU-wet

De verzoekers voeren een schending van artikel 145, § 1, derde lid van de GvU-wet aan omdat de bestreden beslissing door drie personen is genomen, terwijl elke Kamer van beroep uit vijf leden is samengesteld en geen enkele wettelijke bepaling de Kamer van beroep toestaat om in beperkte samenstelling te beslissen. De bestreden beslissing die door drie en niet door vijf leden van de Kamer van beroep is genomen, zou een schending inhouden van de voormelde bepaling.

De regels met betrekking tot de samenstelling van een rechtscollege zijn van openbare orde. De schending ervan mag voor het eerst worden opgeworpen voor de Raad van State die als cassatie-rechter optreedt.

Artikel 145, § 1, derde lid GvU-wet moet worden gelezen in samenhang met paragraaf 10 van hetzelfde artikel waarin de vervanging wordt geregeld van een lid van de Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep dat verhinderd is om op een zitting van deze Kamer aanwezig te zijn. In het licht van de voorbereidende werkzaamheden van deze wet blijkt dat de wetgever - door de invoering van deze paragraaf 10 - geen andere bedoeling had dan toe te zien op de goede werking van de Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep door ervoor te zorgen dat, wanneer bepaalde omstandigheden dit vereisen, deze Kamer in een andere samenstelling dan de normale kan zetelen.

Er wordt niet betwist dat de samenstelling van de Kamer van beroep die zitting heeft gehouden op 22 februari 2018, niet voldeed aan het vereiste van artikel 145, § 1, derde lid van de GvU-wet.

In een poging om de regelmatigheid van de samenstelling van de Kamer van beroep die zitting heeft gehouden op 22 februari 2018 aan te tonen, beroept de tegenpartij zich op artikel 145, § 10 van de GvU-wet. Uit de uitleg die zij heeft gegeven, blijkt echter dat de toepassingsvoorwaarden van deze bepaling niet zijn vervuld. Er kan niet worden aangetoond dat een plaatsvervangend lid zou zijn uitgenodigd om het werkend lid dat verhinderd was, te vervangen.

(cassatie en verwijzing)

10. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 08.03.2018.

11. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 08.03.2018.

RvS (6^e k.), 9 maart 2020, nr. 247.255, R.¹²

RvS (6^e k.), 9 maart 2020, nr. 247.256, N.¹³

RvS (6^e k.), 9 maart 2020, nr. 247.257, V.¹⁴

RvS (6^e k.), 9 maart 2020, nr. 247.258, P.¹⁵

Zorgverlener in loondienst - Gelijkgestelde zorgverlener – Aansprakelijkheid – Bevoegdheid van de Kamer van beroep – Terugbetaling van onverschuldigde bedragen – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid

De eerste eisende partij is verpleegster en werkte ten tijde van de feiten als werknemster voor de tweede eisende partij waarbij de derdebetalersregeling werd toegepast. De eerste eisende partij heeft met de tussenkommende partij een overeenkomst gesloten waarbij deze laatste zich ertoe verbindt om de getuigschriften voor verstrekte hulp op te stellen en de honoraria voor de verpleegkundige zorg die door de eerste eisende partij werd verstrekt, te tarifieren en te innen, de tussenkommende partij is ermee belast om de ontvangen bedragen op de bankrekening van de tweede eisende partij terug te storten, onder aftrek van een commissie.

De eisende partijen zijn van mening dat ze buiten verdenking gesteld moesten worden, aangezien de tussenkommende partij als “gelijkgestelde zorgverlener” in de zin van artikel 2, n) van de GvU-wet zou kunnen worden gekwalificeerd.

De Raad van State onderstreept dat niks erop wijst dat de wetgever een zorgverlener absoluut van zijn aansprakelijkheid had willen vrijstellen met als reden dat een persoon die met een zorgverlener wordt gelijkgesteld, ook aansprakelijk zou kunnen worden gesteld.

Indien een zorgverlener één van de handelingen uitvoert die verboden zijn op grond van artikel 73bis van de GvU-wet, kan hij aansprakelijk worden gesteld, desgevallend samen met een daarmee gelijkgestelde persoon.

De handelingen die worden verweten aan de eerste eisende partij zouden niet vallen onder de voorwaarden bepaald in artikel 18 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten opdat ze persoonlijk aansprakelijk zou worden gesteld.

Voor de Raad van State had de wetgever met de gelijkstelling van bepaalde categorieën van personen met de zorgverleners, waaronder de categorie van de werkgevers van deze zorgverleners, als doel om deze personen rechtstreeks te kunnen bestraffen, wat de strikte opvatting van het begrip “zorgverlener” volgens artikel 2, n), van de GvU-wet voorheen niet mogelijk maakte.

De wetgever had evenwel niet de bedoeling om te anticiperen op de kwalificatie van de inbreuken die onderworpen zijn aan de toepassing van artikel 142 van de GvU-wet met betrekking tot de handelingen waarvoor, naargelang het geval, de werknemer of de werkgever aansprakelijk kan worden gesteld.

De bewering dat de inbreuken die onderworpen zijn aan de toepassing van het voornoemde artikel 142 niet in aanmerking zouden kunnen worden genomen als bedrog, zware schuld of een fout die gewoonlijk voorkomt zoals bedoeld in artikel 18 van de wet betreffende de arbeidsovereenkomsten vormt “een cirkelredenering”.

Krachtens artikel 144, eerste lid, van de Grondwet, vallen geschillen over burgerlijke rechten uitsluitend onder de bevoegdheid van de rechtbanken. Een geschil over een terugbetaling van een onverschuldigd bedrag valt onder het burgerlijk recht en moet uitsluitend aan de rechtscolleges van de rechterlijke orde worden voorgelegd.

12. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 13.03.2018.

13. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 13.03.2018.

14. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 13.03.2018.

15. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 13.03.2018.

De Raad van State stelt vast dat de Kamer van beroep artikel 142, eerste lid, 2^o, van de GvU-wet heeft toegepast, zonder dat die beslissing gebaseerd is op artikel 144, tweede lid, van de Grondwet of andere bepalingen, zoals artikel 1376 van het Burgerlijk Wetboek.

Hierbij is de Kamer van beroep niet voorbijgegaan aan de reikwijdte van haar macht en bevoegdheden bedoeld in artikel 144 van de GvU-wet, gelezen in combinatie met de artikelen 73*bis* en 142 van dezelfde wet.

De bevoegdheid om uitspraak te doen over de inbreuken in artikel 73*bis* GvU-wet brengt noodzakelijkerwijs de bevoegdheid mee om te beslissen over maatregelen die, overeenkomstig artikel 142, § 1, eerste lid GvU-wet naar aanleiding van dergelijke inbreuken moeten worden toegepast.

De eisende partijen klagen aan dat de aangevochten beslissing is uitgebracht door de Kamer van beroep die onder meer is samengesteld uit twee leden die zijn voorgedragen door de verzekeringsinstellingen die, wegens hun hoedanigheid als “vertegenwoordigers” van deze organen, een schijn van objectieve partijdigheid zouden vertonen. Ze herinneren eraan dat er vijf prejudiciële vragen over dezelfde problematiek aan het Grondwettelijk Hof zijn gesteld.

De Raad van State onderstreept dat het Grondwettelijk Hof zich in zijn arrest nr. 15/2019 van 31 januari 2019 niet voor de door de eisende partijen aangevoerde stelling heeft uitgesproken. De inbreuken die op basis van de in het verzoek aangevoerde argumenten aan de kaak worden gesteld, zijn bijgevolg niet vastgesteld.

(verwerping)

RvS (6^e k.), 4 mei 2020, nr. 247.487, J.

Kamer van beroep – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Bezoldiging van de leden van de Kamer van beroep

De eisende partij heeft de wraking van de voorzitter van de Kamer van beroep gevorderd op grond van het feit dat de bezoldiging van de leden van de Kamer van beroep ten laste van het RIZIV is, waardoor die kamer niet met de nodige onafhankelijkheid en onpartijdigheid uitspraken zou kunnen doen.

De subjectieve onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de voorzitter van de Kamer van beroep werd niet in vraag gesteld.

In het koninklijk besluit van 7 oktober 2009 wordt namelijk het bedrag van het presentiegeld voor de leden van de kamers van beroep en de kamers van eerste aanleg vastgesteld.

De betaling van dat presentiegeld wordt uiteindelijk uitgevoerd door de financiële dienst van het RIZIV.

In artikel 1 van het koninklijk besluit van 7 oktober 2009 worden het bedrag, de voorwaarden en de modaliteiten voor de betaling van het presentiegeld in duidelijke bewoordingen vastgesteld. Het laat de schuldenaar van die presentiegelden geen enkele beoordelingsmarge.

De betaling van de vergoedingen die verschuldigd zijn aan de leden van de rechtbank waar de zaak aanhangig is gemaakt, door een partij die betrokken is bij het geschil, op basis van algemene criteria die vooraf en onafhankelijk van de inhoud van de beslissing zijn vastgesteld, heeft niet tot gevolg dat die rechtbank niet in staat zou zijn om volledig onpartijdig en onafhankelijk uitspraken te doen en geeft evenmin aanleiding tot het ontstaan van een dergelijke feitelijke situatie (Cass. 06.01.2000, C.99.0447.N.).

(verwerping verzoek tot wraking)

RvS (6e k.), 4 mei 2020, nr. 247.488 en 247.489, J.

Kamer van beroep – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid – Banden tussen adviserend artsen en artsen-inspecteurs - Verstrekken van eten en drank – Bezoldiging van de leden van de Kamer van beroep

De eisende partij voert een wettige verdenking aan in verband met de onafhankelijkheid en de onpartijdigheid van de adviserend arts, dokter X, lid van de Kamer van beroep, met als reden dat deze als vertegenwoordiger van een verzekeringsinstelling in de Gewestelijke Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van de provincie Luik zitting heeft gehad en hij, dientengevolge, voor de Kamer van beroep de belangen van de verzekeringsinstellingen zou verdedigen.

De Raad van State stelt vast dat de subjectieve onpartijdigheid van deze adviserend arts niet in vraag wordt gesteld.

Hij verwijst bovendien naar het arrest nr. 15/2019 van 31 januari 2019 van het Grondwettelijk Hof dat heeft geoordeeld dat de objectieve onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de Kamer van beroep voldoende gewaarborgd waren. Hij wijst erop dat het Grondwettelijk Hof zich onder meer heeft gebaseerd op de arresten DEFALQUE en DEPRAETERE die respectievelijk op 20 april 2006 en op 18 december 2018 door het Europees Hof voor de Rechten van de Mens zijn uitgesproken.

De eisende partij stelt dat dokter X lid van ASMA zou zijn en door het RIZIV zou zijn “ontvangen”. ASMA is een vzw die opleidingen organiseert voor adviserend artsen en artsen-inspecteurs. De raad van bestuur van die vzw is samengesteld uit een bestuurder die de verzekeringsinstelling waarvoor dokter X werkt, vertegenwoordigt, en vier bestuurders die het RIZIV vertegenwoordigen, waarbij die laatstgenoemden alle vier artsen-inspecteurs van de DGEC zijn.

De Raad van State beklemtoont dat met name de diensten van het RIZIV (waaronder de DGEC en de daaraan toegewezen artsen-inspecteurs), de verzekeringsinstellingen (en hun adviserend artsen) en de zorgverleners, in verschillende hoedanigheden, samenwerken in het kader van de organisatie van de openbare dienst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Het is in de eerste plaats inherent aan het systeem in het kader waarvan zij de hun toegewezen respectieve taken vervullen dat het waarschijnlijk is dat de artsen-inspecteurs van de DGEC en de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen elkaar daarbij ontmoeten, en dat los van eventuele contacten in andere domeinen, zoals dat van de activiteiten van ASMA. De eisende partij kan niet beweren dat hij dat niet weet. Dan zou hij blijk geven van incoherentie met betrekking tot het “*uitgebreide netwerk van betrekkingen*” waaraan hij veel waarde hecht.

De Raad van State herinnert eraan dat het Grondwettelijk Hof heeft geoordeeld dat de aanwezigheid van adviserend artsen in de Kamer van beroep geen invloed heeft op de onafhankelijkheid en onpartijdigheid die door deze kamer moeten worden gewaarborgd. Op die manier kon het Grondwettelijk Hof niet voorbijgaan aan de relatief nauwe betrekkingen tussen de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen en het RIZIV, en meer in het bijzonder de DGEC, zoals dat blijkt uit hun medewerking aan de openbare dienst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en uit de bijzondere kenmerken van het statuut van die adviserend artsen.

De impact, op de waarborgen van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de Kamer van beroep, van de “structurele” waarschijnlijkheid van ontmoetingen op het niveau van ASMA tussen de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen en sommige medewerkers van het RIZIV verschilt niet van (en voegt niks toe aan) de impact die dezelfde ontmoetingen in het kader van de context die voortvloeit uit het systeem van de organisatie van de openbare dienst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zou kunnen hebben.

De bezorgdheid van de eisende partij met betrekking tot de onafhankelijkheid en onpartijdigheid van dokter X wordt niet met objectieve argumenten omkleed.

De eisende partij beweert bovendien dat dokter X eten en drinken zou hebben genuttigd, op kosten van de DGEC, tijdens de algemene vergadering van de “asbl ASMA”.

De Raad van State beklemtoont dat uit de artikelen 828 en volgende van het Gerechtelijk Wetboek en uit een systeem dat berust op het vermoeden van onafhankelijkheid en onpartijdigheid van de rechter, volgt dat de wrakende partij feiten moet aanvoeren die kunnen worden nagegaan. Daarvoor moeten die feiten voldoende specifiek en geloofwaardig zijn en moet de wrakende partij op zijn minst daarvoor een begin van bewijs voorleggen.

In dit geval vertrekt de eisende partij voor haar argumentatie van louter veronderstelde feiten.

Bovendien is het verstrekken van koffie, thee en water, en zelfs koekjes, door de organisator van een vergadering aan de deelnemers één van de meest gebruikelijke voordelen van deelname in dergelijke omstandigheden. Wat betreft het verstrekken van eten en dranken wordt er geen onderscheid gemaakt volgens de respectieve hoedanigheid van de verschillende deelnemers.

Tot slot voert de eisende partij aan dat dokter X, als lid van de Kamer van beroep, door de tegenpartij wordt vergoed.

De subjectieve onpartijdigheid en onafhankelijkheid van dokter X worden niet in vraag gesteld.

In het koninklijk besluit van 7 oktober 2009 wordt namelijk het bedrag van het presentiegeld voor de leden van de kamers van beroep en de kamers van eerste aanleg vastgesteld.

De betaling van dat presentiegeld wordt uiteindelijk uitgevoerd door de financiële dienst van het RIZIV.

In artikel 1 van het koninklijk besluit van 7 oktober 2009 worden, in duidelijke bewoordingen, het bedrag, de voorwaarden en de regels voor de uitbetaling van het presentiegeld vastgesteld. Het laat de schuldenaar van dat presentiegeld geen enkele beoordelingsmarge.

De betaling van de vergoedingen die verschuldigd zijn aan de leden van de rechtbank waar de zaak aanhangig is gemaakt, door een partij die betrokken is bij het geschil, op basis van algemene criteria die vooraf en onafhankelijk van de inhoud van de beslissing zijn vastgesteld, heeft niet tot gevolg dat die rechtbank niet in staat zou zijn om volledig onpartijdig en onafhankelijk uitspraken te doen en geeft evenmin aanleiding tot het ontstaan van een dergelijke feitelijke situatie (Cass., C.99.0447.N, 06.01.2000).

(verwerping verzoeken tot wraking)

RvS (7^e k.), 14 januari 2021, nr. 249.486, C.¹⁶

[Onafhankelijkheid en onpartijdigheid / adviserend arts – Prejudiciële vraag – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter – Motiveringsplicht / artikel 149 van de Grondwet – Artikel 153 GvU-wet / Machtiging adviserend arts / Plicht zorgverlener](#)

De twee adviserend artsen voorgedragen door de verzekeringsinstellingen die zetelen in de Kamer van beroep zijn vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. De adviserend artsen ontvangen geen instructies van de verzekeringsinstellingen.¹⁷

De verzekeringsinstellingen die de adviserend artsen in dienst hebben, zijn geen partij voor de Kamer van beroep en dus geen rechtstreeks betrokken partij.

16. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 24.09.2019.

17. GwH 31.01.2019, nr. 15/2019.

Een prejudiciële vraag met een identiek onderwerp als een al beantwoorde vraag moet niet gesteld worden.

De Raad van State mag als cassatierechter de feitelijke beoordeling van de Kamer van beroep niet overdoen. De Raad van State kan bijvoorbeeld niet nagaan of op het ogenblik dat de hem voorgelegde beslissing werd genomen de redelijke termijn werd overschreden.

De verzoekende partij kan een middel niet voor het eerst voor de cassatierechter inroepen wanneer het de openbare orde niet raakt.

De motiveringsplicht uit artikel 149 van de Grondwet heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redenen uiteenzet waarom hij een beslissing neemt. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, zou een schending zijn van artikel 149 van de Grondwet. Het artikel is niet geschonden wanneer de redenen van de rechter verkeerd of onwettig zouden zijn.

Deze beginselen van behoorlijk bestuur gelden voor de overheid, maar zijn niet van toepassing op beslissingen van administratieve rechtscolleges.

Artikel 153 van de GvU-wet bepaalt dat de beslissingen van de adviserend arts bindend zijn voor de verzekeringsinstellingen. Het artikel bepaalt niet dat die beslissingen ook voor het RIZIV of de zorgverlener bindend zijn. Een aanvraag voor tegemoetkoming van een voorgeschreven middel moet door de behandelend arts altijd ingevuld worden op basis van de vastgelegde criteria in het kader van de ziekteverzekering. De machtiging door de adviserend arts ontslaat de behandelend arts niet van zijn verplichting om geneesmiddelen voor te schrijven waarbij de vergoedingsvoorwaarden vervuld zijn.

(verworpen)

RvS (7^e k.), 8 juli 2021, nr. 251.230, X.¹⁸

[Verzet adviserend arts – Ontvankelijkheid middel – Motiveringsplicht / Artikel 149 van de Grondwet – Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter – Onafhankelijkheid en onpartijdigheid](#)

Artikel 8, § 7, 3^o van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorziet dat de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd is behoudens verzet van de adviserend arts of van het Nationaal college van adviserend artsen. Uit die bepaling kunnen we niet afleiden dat bij gebrek aan een dergelijk verzet de nomenclatuur correct werd toegepast. De verzekeringstegemoetkoming is verschuldigd aan de patiënt, en niet aan de zorgverlener. De bepaling bevat dus een waarborg voor de patiënt, maar heeft geen weerslag op de verantwoordelijkheid van de verpleegkundige om de forfaitaire honoraria slechts aan te rekenen voor zover aan de in de nomenclatuur gestelde voorwaarden van fysieke afhankelijkheid is voldaan en slechts voor zover de verstrekkingen werden uitgevoerd.

Een middel is niet ontvankelijk wanneer het niet precies aanduidt welke waarborgen niet gerespecteerd zouden zijn.

De wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen en de materiële motiveringsplicht als beginsel van behoorlijk bestuur zijn als zodanig niet van toepassing op beslissingen van de administratieve rechtscolleges.

18. [Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 08.05.2020.](#)

De motiveringsplicht uit artikel 149 van de Grondwet heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redenen uiteenzet waarom hij een beslissing neemt. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, zou een schending zijn van artikel 149 van de Grondwet. Het artikel is niet geschonden wanneer de redenen van de rechter verkeerd of onwettig zouden zijn.

Kritiek die niet gericht is tegen de bestreden beslissing kan niet tot cassatie leiden.

De beoordeling van de grond van de zaak of de vaststelling van feitelijke elementen behoort niet tot de taak van de Raad van State als cassatierechter.

De Kamer van beroep doet uitspraak als rechtscollege met volle rechtsmacht. Zij heeft een volledige beoordelingsbevoegdheid, zowel ten aanzien van de feiten als van het recht. De beslissing van de Kamer van beroep komt in de plaats van die van de Kamer van eerste aanleg.

De Kamer van beroep is geen eigen orgaan van de DGEC, maar een administratief rechtscollege dat bij deze dienst is ingesteld. De wet bepaalt enkel dat de Kamer van beroep bij de DGEC wordt ingesteld, maar niet dat zij deel uitmaakt van de DGEC of van het RIZIV.

De DGEC is niet vertegenwoordigd in de Kamer en neemt geen deel aan de beraadslagingen ervan. De Kamer is het RIZIV geen verantwoording verschuldigd voor haar beslissingen.

Het feit dat de zittingen in de gebouwen van het RIZIV plaatsvinden, brengt de onafhankelijkheid van de Kamer van beroep niet in het gedrang.

Dat de rechter wordt vergoed door de overheid ten aanzien van wie hij beslissingen moet nemen evenmin. Een andere opvatting zou de functie van de rechter, en in het bijzonder die van de bestuursrechter, onmogelijk maken.

Kritiek over de aanwijzing van de griffiers is een opportunistiekritiek die niet tot cassatie van de bestreden beslissing kan leiden.

De Kamer van beroep biedt de in artikel 6 EVRM bepaalde waarborgen inzake onafhankelijkheid en onpartijdigheid.

(verworpen)

RvS (7^e k.), 30 september 2021, nr. 251.679, X.¹⁹

Beoordelingsbevoegdheid van de Raad van State / cassatierechter – Motiveringsplicht / artikel 149 van de Grondwet

De motiveringsplicht uit artikel 149 van de Grondwet heeft het karakter van een vormvereiste met beperkte draagwijdte. Artikel 19, § 6, van het Procedurereglement heeft geen andere inhoud. Een uitspraak is gemotiveerd wanneer de rechter duidelijk en ondubbelzinnig de redenen uiteenzet waarom hij een beslissing neemt. Alleen een gemis aan motivering of daarmee gelijkgestelde gevallen, zoals tegenstrijdigheid in de motieven, zou een schending zijn van artikel 149 van de Grondwet. Het artikel is niet geschonden wanneer de redenen van de rechter verkeerd of onwettig zouden zijn.

De verzoekende partij moet aannemelijk maken dat de vermeende tegenstrijdigheid of onregelmatigheid de strekking van de bestreden beslissing beïnvloedde.

19. Cassatieberoep tegen de beslissing van de Kamer van beroep van 26.11.2020.

De beoordeling van de grond van de zaak of de vaststelling van feitelijke elementen behoort niet tot de taak van de Raad van State als cassatierechter.

(verworpen)

2^e Deel

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



4^{de} trimester 2021

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.11.2021 – Editie 1	27.10.2021	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, wat het afficheren van de tarieven door zorgverstrekkers betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet wil men de informatieplicht versterken van zorgverleners over hun conventioneringsstatuut en de tarieven die ze aanrekenen. De bestaande verplichting wordt uitgebreid tot een tarieflijst van de meest courante verstrekkingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2021	12.12.2021	Wet tot invoering van het “Terug Naar Werk-traject” onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator” in de uitkeringsverzekering voor werknemers

Samenvatting van de wijzigingen

De wet brengt met name wijzigingen aan in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

De “Terug Naar Werk-coördinator” binnen het ziekenfonds start in overleg met de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde en de adviserend arts een “Terug Naar Werk-traject” op als er voor die gerechtigde een re-integratie mogelijk is, waarbij rekening wordt gehouden met diens resterende capaciteiten.

Een “Terug Naar Werk-traject” betreft elk traject dat tot doel heeft om zo snel mogelijk de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te ondersteunen door een aangepaste begeleiding op te starten met het oog op het uitoefenen van een beroep dat overeenstemt met zijn mogelijkheden en noden onder de coördinatie van de “Terug Naar Werk-coördinator”, na een verwijzing door de adviserend arts op basis van een evaluatie van zijn resterende capaciteiten of op vraag van de gerechtigde zelf. *In casu* wordt tijdens een re-integratietraject dat de socio-professionele re-integratie beoogt in het kader van een dergelijk “Terug Naar Werk-traject” een multidisciplinair re-integratieplan uitgewerkt, na grondig overleg tussen de gerechtigde, de “Terug Naar Werk-coördinator”, de adviserend arts en alle andere betrokken actoren. Dit plan wordt op regelmatige wijze opgevolgd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.12.2021 – Editie 1	27.12.2021	Programmawet

Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de bovengrens van de “maximumfactuur” (MAF) in de geneeskundige verzorging voor gezinnen waarvan de inkomens niet hoger zijn dan 11.120,00 EUR, wordt verlaagd naar 250 EUR. Die bovengrens en het bedrag van de inkomens zullen voor de eerste keer worden geïndexeerd op 1 januari 2023

- in artikel 191, eerste lid, 1^o*ter*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:
 - => wordt de inning van de heffingen op het omzetcijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten verlengd voor het jaar 2022. Het toegepaste percentage bedraagt 6,73 %;
 - => wordt de bijdrageheffing van 1 % behouden;
 - => wordt de weesheffing verlengd;
 - => wordt, om het marketingeffect op de stijging van de voorschrijfvolumes van de vergoedbare geneesmiddelen te compenseren, de bijdrage op het in de handel brengen die sinds 2013 is vastgesteld op 0,13 % van het jaarlijks omzetcijfer, behouden.
- wordt het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden en de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail voor 2022 vastgesteld.

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
13.10.2021	19.09.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 januari 2021 tot uitvoering van het artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3 ^o , en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19-crisis betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 26 januari 2021 tot uitvoering van het artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3^o, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19-crisis betreft, aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2021 – Editie 1	22.09.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 september 2020 tot uitvoering van artikel 52, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 12:
 - => worden de woorden “15 juni” vervangen door “31 juli”;

=> wordt een lid toegevoegd, luidende: “In geval van manifest misbruik of schending van het akkoord voor forfaitaire betaling van sommige geneeskundige verstrekkingen kunnen de V.I.’s het akkoord per aangetekende brief opzeggen met een opzegtermijn van drie maanden zonder de verslagen van de eerste twee jaar af te wachten, op voorwaarde dat het medisch huis de mogelijkheid heeft gehad om vooraf te worden gehoord over de elementen die aan de basis van de opzegging liggen en dat de commissie hiermee instemt met een tweederdemeerderheid van de leden, bedoeld in artikel 32, § 1, 1^o 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 en met een tweederdemeerderheid van de leden, bedoeld in artikel 32, § 1, 2^o van voornoemd koninklijk besluit.”

- o in artikel 13:

=> worden de woorden “1 juli 2021” vervangen door de woorden “1 januari 2022”;

=> wordt het artikel aangevuld met een paragraaf 3, luidende: “§ 3. Alle lopende akkoorden betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen voor geneeskundige verzorging eindigen van rechtswege op 31 december 2021. Medische huizen moeten vanaf 1 januari 2022 een nieuw akkoord sluiten betreffende de forfaitaire betaling van sommige verstrekkingen voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 13 van voornoemd koninklijk besluit van 23 april 2013.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2021	07.11.2021	Koninklijk besluit tot afwijking van de bepalingen van het koninklijk besluit van 15 december 2013 tot uitvoering van artikel 37 <i>vicies</i> /1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de toekenning van het statuut van persoon met een chronische aandoening in 2021 en 2022 ten gevolge van de COVID-19-pandemie

Samenvatting van de wijzigingen

Om te voorkomen dat rechthebbenden op het statuut chronische aandoening het statuut niet toegankelijk kunnen krijgen wegens het uitstel of de opschorting van gezondheidszorg omwille van de COVID-19-pandemie, wordt de voorwaarde van kwartaaluitgaven (voor de eerste toekenning) of van jaarlijkse uitgaven (voor de verlenging) geacht in 2020 te zijn vervuld. Er is met andere woorden een juridische gelijkstelling met het jaar 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.12.2021	21.11.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten en tot opheffing van het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3 ^o , en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan in 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:

- o in artikel 5, § 1, worden de woorden “aan dezelfde vergoedingsmodaliteiten, als deze die van toepassing zijn voor deze specialiteiten, met uitzondering van de leeftijdsgerelateerde voorwaarden” opgeheven in het lid dat begint met de woorden “Subklasse 2C”
- o er wordt een artikel 15/1 ingevoegd

- de bijlage a) Model van het aanvraagformulier om “niet specifieke” terugbetaling wordt opgeheven en vervangen door de bijlage a) Model van het aanvraagformulier om “niet specifieke” terugbetaling, toegevoegd aan dit besluit.

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3^o, en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft, gewijzigd door het koninklijk besluit van 9 april 2017, wordt opgeheven
- in artikel 37*sexies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het zesde lid, ingevoegd door het voornoemde koninklijk besluit van 3 juni 2007, opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.12.2021	23.11.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit bepaalt de procedures, termijnen en voorwaarden betreffende de wijzigingen van de lijst van vergoedbare producten. De wijzigingen kunnen bestaan in de inschrijving en de schrapping van producten, evenals in de wijziging van de vergoedingsmodaliteiten voor magistrale bereidingen, het verstrekken van moedermelk, dieetvoeding voor medisch gebruik en parenterale voeding, het verstrekken van medische hulpmiddelen en het verstrekken van haarprothesen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2021	28.11.2021	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
17.03.2022	28.11.2021	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. - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt het artikel 37*bis*, § 1, C, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, door het volgende:

“C. 1^o 12 EUR voor de raadplegingen van de artsen-specialisten en de toeslag uit artikel 2, B, van bedoelde bijlage onder de codenummers:

101275, 101290, 101592, 101614, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102233, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102513, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102815, 102830, 102874, 102896, 102911, 102933, 102955, 102970, 102992, 103456, 103471, 103250, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453; 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106455, 106470, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411 en 106433;

2° 6 EUR voor de toeslag voor de raadplegingen van de artsen-specialisten uit artikel 2, B, van bedoelde bijlage onder codenummer 102491;

3° de rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de toeslag voor de raadplegingen van de artsen-specialisten uit artikel 2, B, van bedoelde bijlage onder de rangnummers 106492, 106514 en 106536;

4° 40 pct., met een maximum van 15,50 EUR per verstrekking, van het honorarium voor de bezoeken van de artsen-specialisten uit artikel 2, C, van bedoelde bijlage onder de codenummers 103014, 103051 en 103073;”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2021	05.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit voegt in artikel 11, § 2, van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzekering en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de rangnummers “590236 - 590240” in tussen de rangnummers “589632 - 589643” en de woorden “indien ze verricht worden”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2021	05.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3 worden de rangnummers “457973 - 457984” ingevoegd tussen de woorden “aangeduid met de rangnummers” en de rangnummers “458452 - 458463”
- in artikel 11, § 2, worden de woorden “van artikel 17, § 1, 11°, van de nomenclatuur aangeduid met de rangnummers 457973 - 457984” ingevoegd tussen de woorden “door de rangnummers 229655 - 229666” en de woorden “en van artikel 34, § 1, a, van de nomenclatuur”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.10.2021	19.09.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 30:

- in 1., 1^o doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 en 741613 vervangen door “7,75 en meer”
- in 2.2 worden a) en b) vervangen
- 2.3 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2021	19.10.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 22 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 22 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in I wordt tussen de verstrekkingen 558655 - 558666 en 558935 - 558946 de verstrekking 559915 - 559926 en worden de toepassingsregels ingevoegd
- II, b), wordt aangevuld met de verstrekking 559930 - 559941 en de toepassingsregels.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.12.2021	23.11.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 18, § 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

In artikel 18, § 1, A, A.1, I, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, worden wijzigingen aangebracht:

- de woorden “neutronen, protonen” worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2021	28.11.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het hoofdstuk II van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt hoofdstuk II van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2021	05.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de verstrekking 457973 - 457984 en de toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 459616 - 459620 in artikel 17, § 1, 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.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2021	05.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van 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

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de verstrekking 590236 - 590240 en de toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 589190 - 589201 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.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.10.2021	21.10.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 juli 2021 tot uitvoering van de artikelen 34 en 37 van de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met dit koninklijk besluit wordt voorzien in een procedure om PCR- en snelle antigeentesten terug te betalen voor personen die om medische redenen niet – of onvolledig – kunnen worden gevaccineerd tegen COVID-19 wegens een zeer hoog risico op ernstige allergische reacties bij inenting.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.11.2021	10.10.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen in 2019 en 2020

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen, wordt voor het jaar 2019 vastgesteld op 14.771.568,66 EUR, en voor 2020 op 15.367.188,30 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
05.11.2021	10.10.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bestemd voor de financiering van het Fonds voor de medische ongevallen in 2021

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bestemd voor de financiering van het Fonds voor de Medische Ongevallen, wordt voor het jaar 2021 vastgesteld op 21.549.468 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2021	22.09.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 71 van het koninklijk besluit nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19-pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, met betrekking tot medische huizen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het besluit worden de regels vastgesteld volgens dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging een tijdelijke financiële tegemoetkoming toekent voor de kosten van de specifieke beschermingsmaatregelen en het materiaal in het kader van de COVID-19-pandemie aan de medische huizen bedoeld in artikel 32, § 1, tweede 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.

De financiële tegemoetkoming is bestemd om de bijkomende handelingen van verpleegkundige verzorging die medische huizen hebben uitgevoerd en/of de wegens COVID-19 aan externe verpleegkundigen gedelegeerde handelingen te compenseren. Ze bestaat in een financieel supplement per verpleegkundig forfait toegekend in overeenstemming met de bepalingen van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met betrekking tot de medische huizen.

Die tegemoetkoming heeft enkel betrekking op de periode van 4 mei 2020 tot 31 augustus 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2021	29.10.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling en uitkering van het bedrag van een eenmalige aanmoedigingspremie ter compensatie voor de extra inspanningen tijdens de 2de golf van de COVID-19-pandemie voor de kandidaat-huisartsen die een stage lopen in een huisartsenpraktijk

Samenvatting van de wijzigingen

Huisartsen in opleiding die van 1 september tot 30 november 2020 in een praktijk hebben gewerkt, hebben onder bepaalde voorwaarden recht op een uitzonderlijke premie van maximaal 985 EUR bruto, om hen te bedanken voor het geleverde werk tijdens de 2^{de} golf van COVID-19.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2021	19.10.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijziging aan in artikel 7, § 5, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen:

- de rangnummers "559930-559941" worden ingevoegd tussen rangnummer "558994" en de woorden " , bedoeld in artikel 22, II, b)".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.12.2021	25.11.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2021 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de impact van elementen van het jaarlijks budget die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad

Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 5.163.577 duizend EUR voor het jaar 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	15.11.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de vroedvrouwen

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2021 tot en met 2024 wordt een financiële tegemoetkoming toegekend aan de beroepsorganisaties die de vroedvrouwen binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen.

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat uit twee delen voor elke representatieve beroepsorganisatie:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag vastgesteld op 71.139 EUR per beroepsorganisatie en voor de jaren 2022 tot en met 2024 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar
- een aanvullend bedrag.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werksuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	15.11.2021	Koninklijk besluit 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 apothekers

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2021 tot en met 2024 wordt een financiële tegemoetkoming toegekend aan de beroepsorganisaties die de apothekers binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen.

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat uit twee delen voor elke representatieve beroepsorganisatie:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag vastgesteld op 96.834,90 EUR per representatieve beroepsorganisatie. Voor de jaren 2022 tot en met 2024 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar
- een aanvullend bedrag.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werksuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	15.11.2021	Koninklijk besluit 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 logopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2021 tot en met 2024 wordt een financiële tegemoetkoming toegekend aan de beroepsorganisaties die de logopedisten binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen.

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat uit twee delen voor elke representatieve beroepsorganisatie:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag vastgesteld op 106.708,50 EUR per representatieve beroepsorganisatie. Voor de jaren 2022 tot en met 2024 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar
- een aanvullend bedrag.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	15.11.2021	Koninklijk besluit 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 kinesitherapeuten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2021 tot en met 2024 wordt een financiële tegemoetkoming toegekend aan de beroepsorganisaties die de kinesitherapeuten binnen de organen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vertegenwoordigen.

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat uit twee delen voor elke representatieve beroepsorganisatie:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag vastgesteld op 102.300,57 EUR per representatieve beroepsorganisatie. Voor de jaren 2022 tot en met 2024 worden de beoogde bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar
- een aanvullend bedrag.

De tegemoetkoming kan enkel worden aangewend voor het verrichten van personeels- en werkingsuitgaven die verband houden met de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaunkosten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	15.11.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 januari 2021 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de bandagisten en orthopedisten

Samenvatting van de wijzigingen

Voor de jaren 2021 tot en met 2024 wordt een financiële tegemoetkoming toegekend voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de bandagisten en orthopedisten.

Het jaarbedrag van de tegemoetkoming bestaat uit twee delen voor elke representatieve beroepsorganisatie:

- een basisbedrag per representatieve beroepsorganisatie. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag vastgesteld op 179.506,76 EUR per representatieve beroepsorganisatie. Voor de jaren 2022 tot en met 2024 worden de bedragen aangepast aan de index van de consumptieprijzen die van kracht is op 1 maart van het betrokken jaar
- een aanvullend bedrag.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	23.11.2021	Koninklijk besluit betreffende het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg in 2021

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag ten laste van de administratiekosten van het RIZIV, bestemd voor de financiering van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, wordt voor het jaar 2021 vastgesteld op 19,394135 miljoen EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.12.2021	07.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opneming in een ziekenhuis in het buitenland

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het tijdvak van 1 januari 2022 tot en met 31 december 2022 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 611,65 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2021	28.11.2021	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
17.03.2022	28.11.2021	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. - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt wijzigingen aan in artikel 4:

- het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, van de voormelde wet van 14 juli 1994, voor de raadplegingen van de geneesheren-specialisten voorzien in artikel 2, B, van de bijlage bij voorgenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, wordt als volgt vastgesteld:
=> 3 EUR voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers: 101275, 101290, 101592, 101614, 102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102233, 102255, 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373, 102535, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102734, 102756, 102815, 102830, 102874, 102896, 102911, 102933, 102955, 102970, 102992, 103456, 103471, 103250, 105372, 105394, 105416, 105431, 105453; 105475, 105490, 105512, 105534, 105556, 105571, 105593, 105615, 105630, 105652, 105674, 105696, 105711, 105733, 105755, 105770, 105792, 105814, 105836, 105851, 105873, 105895, 105910, 105932, 105954, 105976, 105991, 106455, 106470, 106293, 106315, 106330, 106352, 106374, 106396, 106411 en 106433;

=> 2,50 EUR voor de verstrekking aangeduid met het rangnummer 102513;
=> 1,00 EUR voor de verstrekking aangeduid met het rangnummer 102491.

- de rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, van de voormelde wet van 14 juli 1994, is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen 106492, 106514 en 106536 voorzien in artikel 2, B, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2021	05.12.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 september 2020 tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie, verlengd voor de periode van 1 december 2020 tot 30 juni 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.12.2021 – Editie 1	07.12.2021	Koninklijk besluit tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Apothekers - Verzekeringsinstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Het huishoudelijk reglement van de Overeenkomstencommissie Apothekers - Verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.12.2021 – Editie 1	12.12.2021	Koninklijk besluit tot tijdelijke schorsing van de toepassing van artikel 58, § 2, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit schorst de volgende “antimisbruikmaatregel” voor elk tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat aanvangt tijdens de periode van 1 oktober 2021 tot en met 31 december 2021: als de periode van erkende arbeidsongeschiktheid aanvangt meer dan veertien dagen voor de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door de behandelend arts, kan het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen slechts ingaan vanaf de veertiende dag voor deze datum van ondertekening.

De “antimisbruikmaatregel” (geschorst voor elk tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat aanvangt tijdens de periode van 01.07.2021 tot en met 31.12.2021) is wel degelijk van toepassing op elke periode van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste aanvangt op 1 januari 2022. Het recht op uitkeringen gaat echter in vanaf de begindatum van de periode van erkende arbeidsongeschiktheid als de adviserend arts oordeelt dat het een situatie van overmacht betreft.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.10.2021	14.10.2021	3 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

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlagen I, II en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.11.2021 – Editie 1	16.11.2021	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
10.01.2022 – Editie 1	16.11.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlagen I en IV.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.12.2021	03.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit brengt wijzigingen aan in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.12.2021	13.12.2021	3 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
17.01.2022	13.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

De ministeriële besluiten brengen wijzigingen aan in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.12.2021	17.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit brengt wijzigingen aan in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2021	12.10.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit voegt de verstrekkingen "181915-181926 Een of meerdere implantaten voor de occlusie van het linker harttoortje via open chirurgie in geval van voorkamerfibrillatie, inclusief het plaatsingssysteem" toe aan punt "F.1.9. Sluiten van ductus arteriosus, foramen ovale, voorkamerseptumdefect of kamerseptumdefect en andere al dan niet congenitale misvormingen", in de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.11.2021 – Editie 1	16.11.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit schrapt radiofarmaceutische producten in § 10003 van hoofdstuk I van bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.12.2021	13.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten
14.01.2022 – Editie 1	13.12.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Het ministerieel besluit brengt wijzigingen aan in bijlage I.

6. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

22.11.2021

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 29, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIIEGEL 40

Vraag:

Wat verstaat men onder 'revalidatieteam' zoals beschreven in § 13, B2?

Antwoord:

Onder het 'revalidatieteam' bedoeld in § 13, B2 wordt verstaan de arts-specialist, de kinesitherapeut en/of de ergotherapeut die deel uitmaken van een revalidatieteam in een erkend revalidatiecentrum voor locomotorische en neurologische revalidatie, dat een overeenkomst 9.50 of 7.71 of 9.51 heeft gesloten met het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De testbatterij moet worden uitgevoerd door dit team en de prothesist.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking met ingang van 1 februari 2021.

Belgisch Staatsblad

26.11.2021

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 24 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIIEGEL 07

Vraag:

Volgens diagnoseregule 155 kan de bepaling van de 25-hydroxyvitamine D slechts één keer worden aangerekend. Kan in de uitzonderlijke situaties van chronische nierinsufficiëntie vanaf stadium IIIb, bij nierdialyse of bij gedocumenteerde malabsorptie (chronisch inflammatoir darmlijden, coeliakie, na bariatrische chirurgie, mucoviscidose) de dosering van 25-hydroxyvitamine D drie maal per jaar via de verstrekking 434490-434501 en drie maal via de verstrekking 559311-559322 worden aangerekend?

Antwoord:

Neen, de verstrekkingen 434490-434501 en 559311-559322 mogen in de uitzonderlijke situaties van chronische nierinsufficiëntie vanaf stadium IIIb, bij nierdialyse of bij gedocumenteerde malabsorptie (chronisch inflammatoir darmlijden, coeliakie, na bariatrische chirurgie, mucoviscidose) samen maximaal 3 maal per kalenderjaar worden aangerekend.

De voornoemde interpretatieregule heeft uitwerking met ingang van 1 april 2021.

Belgisch Staatsblad

30.11.2021 – Editie 2

Interpretatieregel betreffende de terugbetaling van bevacizumab in combinatie met TecentriqR (atezolizumab) 1200 mg bij de behandeling van volwassen rechthebbenden met een gevorderd of niet-resectabel hepatocellulair carcinoom (HCC) zonder eerdere systemische behandeling:

De interpretatieregel wordt opgeheven.

Die opheffing heeft uitwerking met ingang van 1 december 2021.

Belgisch Staatsblad

21.12.2021

Interpretatieregel betreffende de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met azacitidine als actief bestanddeel.

Vraag:

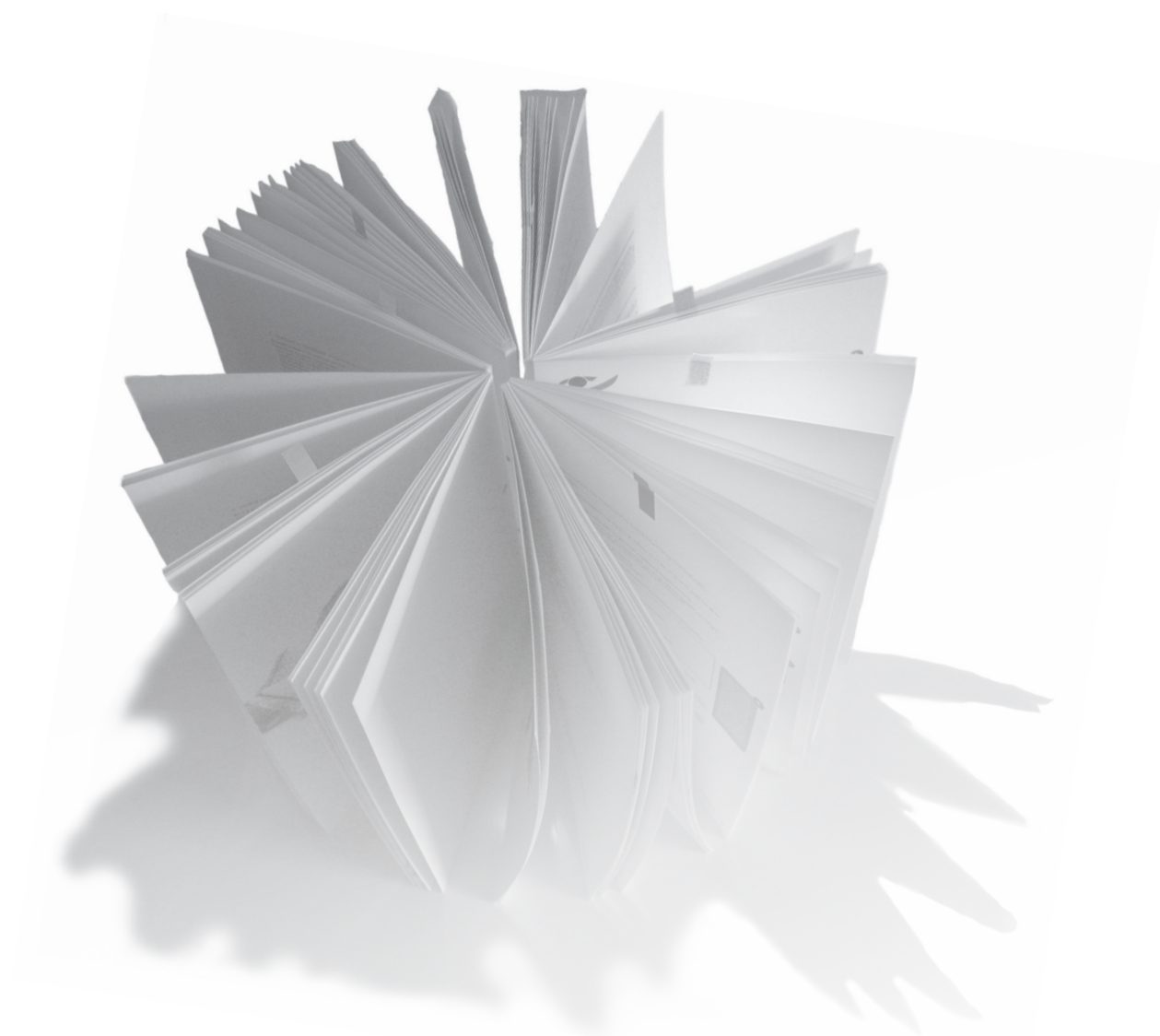
In welke situatie kan, vanaf 1 januari 2022, een farmaceutische specialiteit met azacitidine als actief bestanddeel worden terugbetaald voor de eerstelijnsbehandeling van volwassenen met acute myeloïde leukemie in combinatie met de specialiteit VenclyxtoR (venetoclax)?

Antwoord:

Als een volwassen rechthebbende recht heeft op de terugbetaling van een farmaceutische specialiteit op basis van venetoclax voor de eerstelijnsbehandeling van acute myeloïde leukemie, is ook de terugbetaling van de farmaceutische specialiteit op basis van azacitidine volgens § 8690000 toegestaan, aangezien ze noodzakelijkerwijs moet worden toegediend in combinatie met de specialiteit op basis van venetoclax (volgens de nieuwe § 11120000 van VenclyxtoR (venetoclax)).

De voornoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 januari 2022.

3^e Deel
Rechtspraak



Arbeidshof Antwerpen, afdeling Antwerpen, 27 januari 2022

“Alleen de deskundige die door de rechtbank zelf wordt aangesteld, heeft recht op het persoonlijk ereloon als deskundige zoals bepaald in het koninklijk besluit van 14 november 2003.

Indien de door de rechtbank aangestelde deskundige een onderzoek wil laten uitvoeren door een andere persoon dan hemzelf, dan wordt deze laatste gelast met een bijkomend onderzoek. Deze tarieven worden begroot volgens artikel 1, eerste lid, d) van het koninklijk besluit van 14 november 2003. Het feit dat er geen apart detailadvies is, maar dat het direct verwerkt wordt in het verslag van de deskundige zelf staat een tarificatie voor bijkomend advies niet in de weg.”

Rolnummer : 2017/AA/291

...

1. Feiten en voorgaanden

Hiervoor verwijst het arbeidshof naar de arresten van 26 juni 2018, 10 maart 2021 en 29 september 2021.

Met arrest van 26 juni 2018 werd het hoger beroep ontvankelijk verklaard en werd, alvorens verder te oordelen, de aanstelling van een deskundige bevolen. ... arts te ... werd als deskundige aangesteld en gelast met de volgende opdracht:

“Na kennis te hebben genomen van de stukken die partijen en/of hun raadslieden hem aanbrengen:

- *betrokkene te onderzoeken*
- *en na te gaan of het geneesmiddel Sovaldi dat aan de heer ... werd voorgeschreven en afgeleverd in de periode van 19 maart 2014 en 8 juli 2014 in aanmerking komt voor een tussenkomst in de kosten vanwege het Bijzonder Solidariteitsfonds en derhalve voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld door artikel 25 en volgende van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.*

Machtigt de geneesheer-deskundige om zich zo nodig te laten bijstaan door andere artsen-specialisten (...).”

De beslissing betreffende de kosten werd aangehouden.

Op 20 mei 2018 werd er per aangetekende zending een definitief verslag van de deskundige ontvangen ter griffie van dit arbeidshof.

Hierbij werd een ereloonnota gevoegd (gedateerd op 08.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR die begroot werd door de voorzitter van de 4de kamer op dit bedrag en er werd een bevel tot tenuitvoerlegging gegeven tegen het RIZIV¹. Een voor eensluidend verklaard afschrift van de begroting van de ereloonstaat werd aan het RIZIV en prof. ... ter kennis gebracht op 21 juni 2021².

1. Stuk 25 rechtsplegingsdossier arbeidshof.
2. Stuk 27 rechtsplegingsdossier arbeidshof.

Het arbeidshof oordeelde met arrest van 10 maart 2021:

“Met dit antwoord blijft het arbeidshof wat op haar honger zitten want de deskundige gaat niet op afdoende gemotiveerde wijze in op het al dan niet voorhanden zijn van het zeldzaam karakter van de indicatie en/of aandoening in de zin van artikel 25bis en 25ter van de Gecoördineerde Ziektewet.

Vervolgens schrijft de deskundige nog wat beschouwingen neer die handelen over de geleverde inspanningen om de partijen te verzoenen, maar deze houden geen inhoudelijk medisch antwoord in op de door de RIZIV-arts en -raadsman gemaakte opmerkingen.

Nochtans is het noodzakelijk dat de deskundige deze diepgaander bespreekt en al dan niet weerlegt op medisch-technisch gemotiveerde wijze én tevens uitklaart of de heer ... al dan niet in aanmerking kwam voor het medical need programma van de ..., te meer dat (mede) het voorwerp uitmaakt van de weigeringsbeslissing van het RIZIV (art. 25, 3^{de} lid van de Gec. Ziektewet).

Echter is over dat laatste punt niets terug te vinden in het verslag, zelfs geen verwijzing naar de bevindingen van dr. ... op dat vlak.

*In die gegeven omstandigheden is het aangewezen dat, alvorens recht te doen, de deskundige zijn opdracht, zoals omschreven in het arrest van 26 juni 2018 herneemt, minstens vervolledigt en verduidelijkt, **eventueel na inwinnen van advies bij zijn collega's specialist-artsen**, en waarbij ondermeer de nodige aandacht moet geschonken worden aan de vereiste van zeldzame indicatie en/of aandoening in de zin van de artikelen 25bis of 25ter van de Gecoördineerde Ziektewet en het al dan niet vervullen door de heer ... van de voorwaarden voor deelname aan het medical need programma bij de ... in de betwiste periode.”*

(onderlijning door het arbeidshof)

Het arbeidshof beval in toepassing van artikel 984 van het Gerechtelijk Wetboek een vervollediging van het onderzoek door de deskundige:

“(...) Verzoekt de deskundige, die zijn vervolledigende opdracht dient uit te voeren overeenkomstig de artikelen 962 tot en met 991bis van het Gerechtelijk Wetboek, na eerst kennis te hebben genomen van alle informatie en van alle stukken die de partijen en/of hun raadslieden hem aanbrengen, na kennis te hebben genomen van de overwegingen vermeld in dit arrest en na de heer ... desgevallend aanvullend te hebben onderzocht, na te gaan of het geneesmiddel Sovaldi dat aan de heer ... werd voorgeschreven en afgeleverd in de periode van 19 maart 2014 tot 8 juli 2014 in aanmerking komt voor een tussenkomst in de kosten vanwege het Bijzonder Solidariteitsfonds en derhalve voldoet aan de voorwaarden zoals gesteld door artikel 25 en volgende van de Gecoördineerde Ziektewet van 14 juli 1994.

Alle dienstige vragen van de partijen te beantwoorden.

Machtigt de deskundige om zich zo nodig te laten bijstaan door andere artsen-specialisten.

De uiterste datum voor het neerleggen van het eindverslag van de deskundige wordt bepaald op: 1 augustus 2021.

Bij de begroting van zijn kosten en het ereloon dient de deskundige zich te houden aan de bedragen en tarieven (jaarlijks indexeerbaar) voorgeschreven door het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en kosten voor deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake onder andere de geschillen betreffende de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (B.S. 28.11.2003).

De staat van de kosten en het ereloon van de deskundige vermeldt een detail overeenkomstig dit koninklijk besluit.

(...)” (onderlijning door het arbeidshof)

Met een beschikking in toepassing van artikel 974, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek werd op 3 augustus 2021 de termijn voor het neerleggen van het eindverslag verlengd tot 18 januari 2022.

Op 17 augustus 2021 ontving de griffie van dit arbeidshof een brief, ondertekend door prof. dr. ...

Hierbij waren twee kostenstaten gevoegd: één van ...

Met brief, op 6 september 2021 ontvangen ter griffie van dit arbeidshof, betwistte het RIZIV (o.a.) de kostenstaat van prof. dr. ...

De partijen en de deskundige werden behoorlijk opgeroepen, in toepassing van artikel 991 van het Gerechtelijk Wetboek, voor de zitting in de raadkamer van 23 september 2021.

Met arrest van 29 september 2021 besliste het arbeidshof dat de begroting van het bedrag van de kosten en het ereloon van de deskundige voorbarig was daar er nog geen eindverslag was neergelegd.

2. Betwisting van de kostenstaat van de deskundige

Met een bericht van 26 november 2021 maakte de deskundige zijn antwoord op de opmerkingen vanwege het RIZIV naar aanleiding van zijn “2^{de} voorlopig verslag” over aan het arbeidshof. Hij voegde daarbij twee kostenstaten toe: één van hemzelf (gedateerd op 08.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR en één van ... (gedateerd op 02.08.2021) ten bedrage van 416,54 EUR, waarbij de deskundige poneerde dat hij het ereloon van ... reeds zelf betaalde aan ...

Naar aanleiding van voormeld bericht werd op 20 december 2021 ter griffie van dit arbeidshof een bericht van het RIZIV ontvangen, waarbij deze de kostenstaat betwist.

De partijen en de deskundige werden behoorlijk opgeroepen, in toepassing van artikel 973, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek, voor de zitting in raadkamer van 20 januari 2022.

De griffie van het arbeidshof ontving een bericht van ... op 14 januari 2022.

3. Beoordeling van de betwisting

1.

Het RIZIV verwijst naar het arrest van 10 maart 2021, waarin het arbeidshof de deskundige ... heeft opgedragen zijn onderzoek te vervolledigen. Het lijkt het RIZIV dat dit verzoek niet een aanvullende opdracht betekent, doch slechts dat het oorspronkelijke verslag tekorten vertoonde en diende te worden aangevuld. Het RIZIV is van oordeel dat voor het herstellen van tekorten geen kosten mogen worden aangerekend.

Het arbeidshof stelt vast dat de ereloon- en kostenstaat (gedateerd op 20.03.2019) ten bedrage van 766,29 EUR met betrekking tot het deskundigenverslag dat werd neergelegd op 20 mei 2019 (vóór het tussenarrest van 10.03.2021) door partijen niet betwist werd binnen de 30 dagen en reeds begroot werd.

Het arbeidshof stelt vast dat de deskundige na het tussenarrest van 10 maart 2021 de kostenstaat van 8 maart 2019 heeft bijgevoegd zodat hieruit kan afgeleid worden dat het niet de bedoeling van de deskundige is om voor zichzelf bijkomend ereloon en kosten aan te rekenen voor de opdracht bevolen in het arrest van 10 maart 2021. In de brief van 20 september 2021 stelt de deskundige immers dat hij geen extra kosten ingebracht heeft.

2.

De deskundige heeft voor de opdracht bevolen in het arrest van 10 maart 2021 wel een ereloonstaat toegevoegd voor ...³

In een schrijven van 25 mei 2021 heeft de deskundige aan partijen en raadslieden laten weten dat hij een beroep zou doen op ... Uit niets blijkt dat het RIZIV hierop een opmerking gemaakt heeft.

In het tussenarrest van 10 maart 2021 werd de deskundige trouwens gemachtigd om zich te laten bijstaan door artsen-specialisten (zie hierboven onderlijning door het arbeidshof). De deskundige kon dan ook een beroep doen op het bijkomend advies van ...

3.

Het koninklijk besluit van 14 november 2003 tot vaststelling van het tarief van de erelonen en de kosten voor de deskundigen aangewezen door de arbeidsgerechten in het kader van medische deskundige onderzoeken inzake de geschillen betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, de gezinsbijslag voor werknemers en zelfstandigen, de werkloosheidsverzekering en de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bepaalt de bedragen waaraan de deskundige zich moet houden bij de begroting van de kosten van het ereloon.

... werd door het arbeidshof niet aangesteld als deskundige zodat aan hem geen 'persoonlijk ereloon van de deskundige' kan toegekend worden⁴.

Daarentegen worden bijkomende onderzoeken vergoed volgens het tarief (jaarlijks te indexeren) bepaald in artikel 1, eerste lid, 3^o van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 november 2003:

"a) (medische onderzoeken andere dan die vermeld onder b): de kosten worden bepaald volgens de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;

b) onderzoeken uitgevoerd door een psychiater of een neuropsychiater: 175,00 EUR;

c) onderzoeken uitgevoerd door een psycholoog, met volledige reeks testen, of door een ergoloog: 121,35 EUR;

d) elk ander onderzoek of advies, niet bedoeld in a, b of c: 60,67 EUR."

Onder bijkomende onderzoeken wordt verstaan, onderzoeken uitgevoerd door andere personen dan de deskundige, op verzoek van deze laatste, evenals de onderzoeken uitgevoerd ingevolge een aanvullend onderzoek, bevolen door de rechter⁵.

Uit de brieven van de deskundige van 25 mei 2021 en 16 juli 2021 blijkt dat ... die door het arbeidshof werd aangesteld als deskundige beroep gedaan heeft op ... voor bijkomend advies.

Het feit dat er geen detailadvies van ... gevoegd werd doch het advies van ... verwerkt is in het antwoord van de deskundige op 16 juli 2021 dat ... mee ondertekend heeft, doet geen afbreuk aan het feit dat er sprake is van bijkomend advies waarvoor een ereloon kan begroot worden.

Overeenkomstig artikel 1, eerste lid, d) van het koninklijk besluit van 14 november 2003 dient het ereloon voor dit bijkomend advies begroot te worden op 84,66 EUR (zoals geïndexeerd op 01.01.2021⁶).

3. Stuk 40 rechtsplegingsdossier arbeidshof.

4. Art. 1, eerste lid, 1^o van het K.B. van 14.11.2003.

5. Art. 1, tweede lid van het K.B. van 14.11.2003.

6. B.S. van 04.12.2020.

BESLISSING

Het arbeidshof,

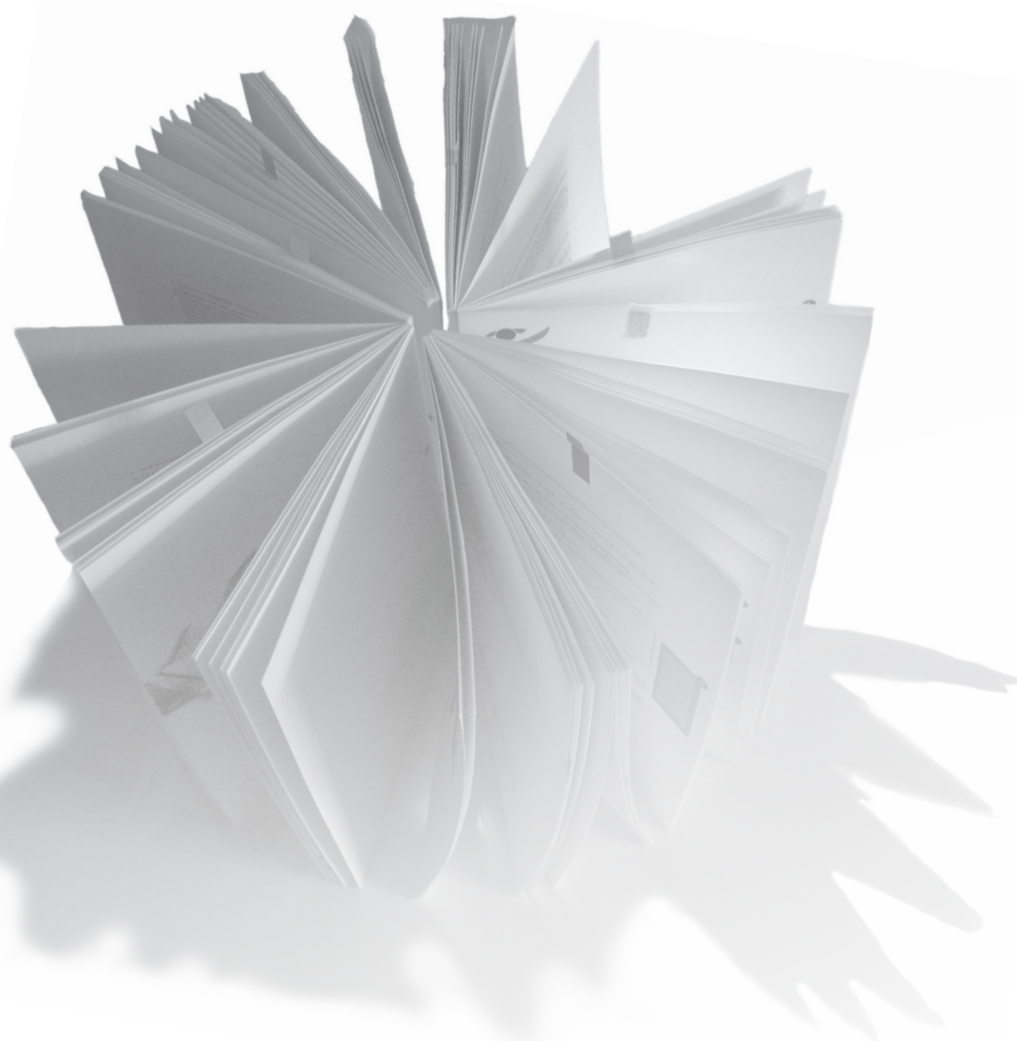
Begroot het bedrag van het ereloon en de kosten van de deskundige op 84,66 EUR en dit voor het bijkomend advies verleend door ...

Verklaart dit arrest uitvoerbaar tegen het RIZIV.

Verwijst de zaak naar de bijzondere rol van de vierde kamer en houdt de uitspraak over de gerechtskosten aan.

4^e Deel

Parlementaire vragen en
antwoorden



I. De begroting en de plannen rond langdurig zieken

Begroting en de plannen rond langdurig zieken – Besparing meer dan verdubbeld – Progressief tewerkgestelden met ziekte-uitkering – Langdurig zieken met competenties – Terugverdieneffecten – Voorzichtige inschatting tewerkstellingspercentage van 25% - Responsabilisering stakeholders – “Terug Naar Werk” coördinatoren – Trajecten in 2022, 2023 en 2024

Vraag nr. 1082, gesteld op 20 oktober 2021 aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MERCKX, volksvertegenwoordigster¹

Uit de begrotingstabellen die we in het Parlement ontvingen, blijkt dat de aandacht voor de langdurig zieken ook is ingegeven door budgettaire overwegingen.

Waar we vorig jaar een cijfer van 200 miljoen EUR te zien kregen (voor het jaar 2024), blijkt de besparing op deze begrotingspost dit jaar meer dan verdubbeld. Dat jaar bedraagt de gecumuleerde besparing 481 miljoen EUR.

1. Deze cijfers zijn samengesteld uit zes verschillende posten. Kunt u deze stuk voor stuk kort inhoudelijk en budgettair toelichten?
2. Hoe berekent u de besparingen uit de responsabilisering van de mutualiteiten? Wat zijn uw uitgangspunten?
3. Hoe berekent u de opbrengsten vanuit de responsabilisering van werkgevers? Hoe komt u tot deze cijfers? Wat is het aantal vastgestelde inbreuken waarmee u rekening houdt voor 2022, 2023 en 2024?
4. Hoe berekent u de inkomsten vanuit de sancties voor langdurig zieken? Hoeveel mensen denkt u dat er in totaal een sanctie zullen krijgen (eventueel jaar per jaar)?
5. U rekent op 15.000 trajecten per jaar. Van hoeveel bijkomende zieken gaat u daarbij uit? Wat doet u met uw projecties als de instroom groter wordt?

1. Bulletin nr. 076, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 154.

6. Er zouden vandaag ongeveer 60.000 mensen progressief tewerkgesteld zijn. Hoeveel van hen doen dit als gerechtigde op een ziekte-uitkering? Welk aandeel doet dit buiten een re-integratieproject? Hebt u hier rekening mee gehouden toen u de berekeningen maakte?

Antwoord:

Mensen met een chronische aandoening die daardoor niet actief kunnen zijn op de arbeidsmarkt vind je doorheen alle statuten: werknemers, zelfstandigen, ambtenaren, enz. Acties die gelinkt zijn aan het zetten van stappen naar werk kunnen bovendien ofwel gericht zijn op een terugkeer binnen de bestaande context (dezelfde werkgever), ofwel kijk je breder en ga je ook op zoek naar kansen bij andere werkgevers of in andere jobs. Al die zaken zorgen ervoor dat acties en begrotingen over verschillende beleidsdomeinen verspreid liggen. Ik hoop dat u begrip hebt voor het feit dat ik alleen nader inga op de budgettaire vertaling van het beleid dat onder mijn bevoegdheid valt.

De win van acties om mensen met gezondheidsproblemen die dit kunnen en willen, sneller en gericht in een traject naar werk te brengen ligt op verschillende terreinen. U vraagt mij alleen de financiële impact. En die zal ik u geven, maar niet zonder nogmaals te onderstrepen dat het vooral gaat om de maatschappelijke verantwoordelijkheid die we allemaal samen dragen om deze mensen niet zomaar aan de kant te schuiven.

Voor ons domein gaat het vooral om de terugverdieneffecten die we creëren door mensen met competenties en mogelijkheden terug aan het werk te helpen. *In concreto* gaat dat om 66 miljoen EUR in 2022, 161 miljoen EUR in 2023 en 243 miljoen EUR in 2024. Die terugverdieneffecten zijn samengesteld uit de uitkeringen die we niet meer moeten betalen, de bijdragen die betaald worden op het loon en de fiscale inkomsten die verbonden zijn aan dat loon. In onze berekeningen zijn we uitgegaan van het feit dat het hier gaat om mensen met een gezondheidsprobleem, die misschien niet allemaal voltijds en het ganse jaar kunnen werken. We rekenen per persoon op een tewerkstellingspercentage van 25 % per jaar. Dat is een voorzichtige inschatting, daar zijn we ons van bewust. Maar daarmee willen we ten eerste aantonen dat we echt wel rekening houden met de situatie van deze groep mensen en dat we ons niet rijk rekenen.

Deze cijfers zijn hoger dan de in meerjarenbegroting initieel ingeschreven 50, 150 en 200. Maar we zijn ervan overtuigd (ondanks de voormelde voorzichtigheid) dat we die kunnen realiseren mits we alle neuzen in dezelfde win-win richting kunnen oriënteren. Om dat te ondersteunen vragen we inderdaad een stukje inzet en responsabilisering van alle stakeholders. Daarom hebben we niet op elk van de “responsabiliserende maatregelen” afzonderlijk budgettaire doelstellingen geplakt. Omdat ze tot doel hebben te sensibiliseren en zo bij te dragen tot de realisatie van de algemene doelstelling: aangepast werk voor wie daartoe in staat en bereid is.

We zien de responsabilisering dus in het licht van het totaalplan, waarbij we eerst en vooral inzetten op ondersteuning. Via de “Terug Naar Werk”coördinatoren, via de rekentool die mensen toelaat om voor zichzelf te berekenen wat de meerwaarde van werken is en via de versterking van de dienstverlening in de regio's.

Bovendien zal het nieuw te ontwikkelen stelsel van de degressieve tewerkstelling voorkomen dat mensen volledig uitvallen. Al die maatregelen samen, en het feit dat iedereen bereid is om zich te engageren, dat is wat ons vooruit zal helpen.

We rekenen erop dat de begeleiding van de “Terug Naar Werk”coördinatoren nodig zal zijn in 18.000 trajecten in 2022 en 24.000 in 2023 en 2024. Het resultaat van deze trajecten kan zowel een gedeeltelijke als volledige werkhervatting zijn, die gerealiseerd wordt met of zonder de extra ondersteuning van een dienstverlener. Het eerste doel is de groep mensen die instroomt in de langdurige ongeschiktheid, zo klein mogelijk te maken. De groep waarop we focussen is een groep mensen die nog kansen én goesting hebben, maar die de extra ondersteuning via minstens één gesprek met de Terug Naar Werkcoördinator nodig hebben om een traject naar werk te starten. Op dit moment hebben wij geen zicht op de relatie tussen het aantal gedeeltelijke werkhervattingen en de bestaande re-integratietrajecten. Via de registraties door de Terug Naar Werkcoördinator zal dat in het nieuwe systeem wel het geval zijn.

II. Terugbetaling logopedie

Terugbetaling logopedie – Coronapandemie – Leerachterstand – Logopediesessie beperkt – Limiet terugbetaling van 2 jaar – Extra logopedie mogelijk – Uitzonderingsmaatregelen in de COVID-19-periode – 2 uitzonderlijke verlengingen van 6 maanden – Behandeling verspreiden over 4 jaar

Vraag nr. 1151, gesteld op 24 november 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw SAMYN, volksvertegenwoordigster¹

Door de coronapandemie en de soms langdurige sluiting van scholen door de opgelegde coronamaatregelen, zijn er heel wat kinderen die helaas een leerachterstand hebben opgelopen.

Kinderen die al logopedie volgden, bevinden zich omwille van de sluiting van de scholen, vaak in een nog kwetsbaardere situatie. De terugbetaling van logopediesessies is evenwel beperkt, dit wordt toegekend op basis van het medisch verslag dat wordt opgemaakt door de specialist, de test door de logopedist en het eindverslag van de adviserend arts van het ziekenfonds.

De uitzonderlijke coronaperiode heeft heel wat schoolgaande kinderen getroffen in hun ontwikkeling en zij zouden extra logopedie kunnen gebruiken. Dat wordt evenwel door de huidige limiet op de terugbetaling (doorgaans één of twee jaar) onmogelijk gemaakt.

Zal er omwille van de coronapandemie een uitzondering worden voorzien op de huidige limieten en extra terugbetaling van logopediesessies voor kinderen die extra ondersteuning nodig hebben?

Antwoord:

Sinds het begin van de COVID-19-periode (meer bepaald sinds 01.03.2020) zijn uitzonderlijke maatregelen op het gebied van de ziekteverzekering ingevoerd (en deze zijn nog steeds lopende).

In het specifieke geval van logopedie is de duur van de terugbetaalbare behandeling in “normale” tijden (buiten de COVID-19-periode) feitelijk beperkt (voor de meeste in de nomenclatuur vermelde “stoornissen”) tot een ononderbroken periode van maximaal twee jaren, in de vorm van een eerste jaar, plus een tweede jaar na het voorleggen van een “evolutiebilan” waaruit de noodzaak blijkt om de behandeling gedurende dit tweede jaar voort te zetten.

1. Bulletin nr. 076, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 205.

Maar in de COVID-19-periode werden binnen de uitzonderingsmaatregelen die in de meeste sectoren van de gezondheidszorg werden ingevoerd, de meeste administratieve termijnen in verband met medische en paramedische behandelingen verlengd. In het geval van logopedie kunnen patiënten voor behandelingen die op het moment van de invoering van de maatregelen (maart 2020) nog niet waren afgerond en ook voor behandelingen die na die datum zijn begonnen (dus voor behandelingen die op dit moment nog aan de gang zijn), uitzonderlijke verlengingen van telkens zes maanden krijgen.

Zo kan het eerste jaar van de behandeling waarin de nomenclatuur in normale omstandigheden voorziet, worden verlengd met een eerste uitzonderlijke periode van zes maanden, eventueel gevolgd door een tweede uitzonderlijke periode van zes maanden; deze verlengingsperioden zijn bedoeld om de tijd te compenseren die verloren gaat door de moeilijkheden van de COVID-19-crisis (inperkingen, sluiting van scholen, enz.).

Voor het verkrijgen van deze uitzonderlijke verlengingen is geen medische of andere rechtvaardiging vereist, aangezien het nog niet gaat om de “normale” verlenging van een tweede behandelingsjaar zoals in de nomenclatuur is bepaald (waarvoor dus een “evolutiebilan” vereist is).

Aan het einde van het “normale” tweede jaar van de behandeling kunnen ook uitzonderlijke verlengingen van telkens zes maanden worden verkregen.

Al deze verlengingen “kunnen” worden verkregen, maar zijn uiteraard niet verplicht, indien de verstrekker (logopedist) van oordeel is dat de resterende tijd hem/haar in staat stelt de beschikbare sessies op te gebruiken volgens het ritme dat hij/zij vrij bepaalt in overeenstemming met de therapeutische behoeften en het belang van de patiënt.

Het is dus praktisch mogelijk om in de COVID-19-periode, in extreme gevallen en indien nodig, de behandeling (normaliter twee jaar) te spreiden over een eerste “normaal” jaar + zes uitzonderlijke maanden + zes uitzonderlijke maanden + een tweede “normaal” jaar + zes uitzonderlijke maanden + zes uitzonderlijke maanden, dit wil zeggen in totaal vier jaar.

Indien wordt besloten de uitzonderingsmaatregelen in het kader van de COVID-19-periode (op het gebied van de gezondheidszorg) te beëindigen via de bekendmaking van een koninklijk besluit, blijven de reeds lopende behandelingen in aanmerking komen voor de uitzonderingsmaatregelen.

III. Tussenkost verzekeringen arbeidsongeschiktheid

Tussenkost verzekeringen arbeidsongeschiktheid – Werknemers, loontrekkenden, zelfstandigen die door ziekte of ongeval niet in privé sfeer kunnen werken – Betaald door ziekenfonds, HZIV, Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail – Aantal uitkeringsdagen vergoed voor primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit – Dienstjaren 2018 tot en met 2020

Vraag nr. 1156, gesteld op 29 november 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEPRAETERE, volksvertegenwoordigster¹

Werknemers, werklozen, zelfstandigen en mijnwerkers die door een ziekte of een ongeval (geen beroepsziekte of arbeidsongeval) niet meer kunnen werken, kunnen recht hebben op een arbeidsongeschiktheidsuitkering.

1. Hoeveel dossiers over arbeidsongeschiktheid/invaliditeit hebben de verzekeringsmaatschappijen in respectievelijk 2018, 2019, 2020 en 2021 behandeld?
2. Hoeveel dossiers over schadevergoeding bij medische incidenten hebben de verzekeringsmaatschappijen in respectievelijk 2018, 2019, 2020 en 2021 behandeld?
3. Hoeveel van deze dossiers werden minnelijk (met verzekeringsarts) tussen beide verzekeringen geregeld? Hoeveel dossiers werden doorverwezen naar de rechtbank waarbij er een gerechtelijke expertise werd gevraagd?
4. Wat is de gemiddelde termijn van dergelijk verzekeringsdossier?
5. Op welke manier worden de verzekeringsartsen gecontroleerd? Waar kunnen mensen terecht met hun klachten over een verkeerde beslissing?
6. Hoeveel klachten heeft de Ombudsman van de verzekeringen over dossiers arbeidsongeschiktheid ontvangen in 2018, 2019, 2020 en 2021? Graag een overzicht met het onderwerp van de klacht.

Antwoord:

De werknemers, loontrekkenden (en gelijkgestelden) of zelfstandigen, die niet meer geschikt zijn om te werken door ziekte of een ongeval in de privé sfeer kunnen inderdaad aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering ten laste van de sociale zekerheid (uitkeringsverzekering). Deze wordt echter niet door een verzekeringsmaatschappij betaald, maar door de verzekeringsinstelling van de betrokkene (ziekenfonds, HZIV, Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail).

1. Bulletin nr. 076, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 176.

Rekening houdend met het bovenstaande, vindt u hieronder het aantal gevallen en het aantal uitkeringsdagen die door de verzekeringsinstellingen werden vergoed voor zowel primaire arbeidsongeschiktheid als in invaliditeit voor de dienstjaren 2018 tot en met 2020. Voor 2021 zijn de gegevens nog niet beschikbaar.

In deze cijfers worden de gegevens voor hulp van derden, welvaartspremie, inhaalpremie en coronasupplementen niet opgenomen.

Een periode van primaire arbeidsongeschiktheid kan variëren van een paar dagen tot een jaar. Een gerechtigde kan daarom in hetzelfde jaar meerdere perioden van primaire arbeidsongeschiktheid hebben. Als het interval tussen twee perioden van primaire arbeidsongeschiktheid groter of gelijk is aan 14 dagen, worden ze beschouwd als twee verschillende perioden. Als het interval korter is dan 14 dagen, wordt dit een herval genoemd en wordt aangenomen dat de periode van primaire arbeidsongeschiktheid niet is onderbroken. Het is dus mogelijk dat een gerechtigde persoon meerdere keren geteld wordt gedurende hetzelfde jaar.

Enkel de gevallen die ten laste vallen van de uitkeringsverzekering worden hernomen. De gevallen waarvoor de duur van de ziekte het gewaarborgd loon of de carenzperiode niet overstijgt, vallen niet ten laste van de uitkeringsverzekering en worden bijgevolg niet opgenomen in de statistieken.

De gegevens invaliditeit hebben betrekking op de periode arbeidsongeschiktheid voorbij één jaar.

Gelieve er rekening mee te houden dat de statutaire ambtenaren niet zijn opgenomen in deze gegevens (primaire arbeidsongeschiktheid en invaliditeit), gezien zij niet ten laste vallen van de arbeidsongeschiktheidsverzekering voor het gedeelte uitkeringen.

In de tabel 1 vindt u respectievelijk het aantal gevallen en het aantal uitkeringsdagen in primaire arbeidsongeschiktheid (PAO). Dit zowel voor de regeling loontrekkenden als voor de regeling zelfstandigen voor de dienstjaren 2018 tot en met 2020.

Tabel 1: Aantal gevallen en uitkeringsdagen in PAO in de regeling loontrekkenden en zelfstandigen

Loontrekkenden			Zelfstandigen		
	Gevallen	Dagen		Gevallen	Dagen
2018	550.449	36.957.448	2018	25.191	2.499.362
2019	565.445	38.820.221	2019	29.744	2.857.273
2020	567.271	37.673.026	2020	32.932	2.970.521

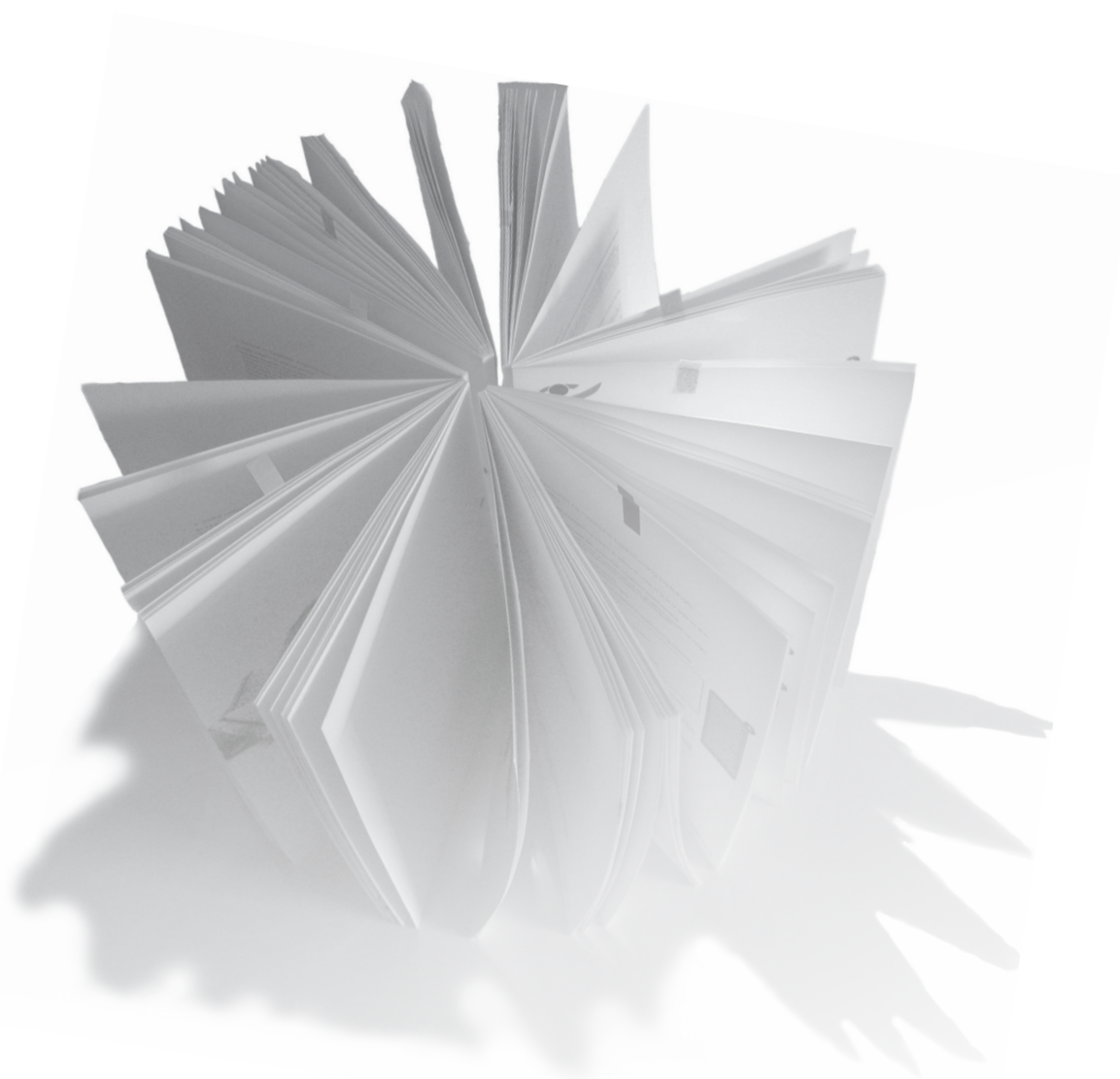
In de tabel 2 vindt u respectievelijk het aantal gevallen en het aantal uitkeringsdagen in invaliditeit. Dit zowel voor de regeling loontrekkenden als voor de regeling zelfstandigen voor de dienstjaren 2018 tot en met 2020.

Tabel 2: Aantal gevallen en uitkeringsdagen in invaliditeit in de regeling loontrekkenden en zelfstandigen

Loontrekkenden			Zelfstandigen		
	Gevallen	Dagen		Gevallen	Dagen
2018	437.887	119.736.195	2018	28.815	7.797.685
2019	457.880	125.253.085	2019	30.224	8.119.329
2020	482.577	132.251.827	2020	31.859	8.626.705

De punten 2 tot en met 6 van uw vraag hebben betrekking op private verzekeringen. Deze punten behoren niet tot mijn bevoegdheid, maar tot de bevoegdheid van mijn collega Pierre-Yves Dermagne, de minister van Economie.

5^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid - Procedure tot opheffing van de sanctie

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

In artikel 9 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 betreffende de loontrekkenden en in artikel 58^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 betreffende de zelfstandigen wordt voorzien in een procedure tot opheffing van de sanctie die van toepassing is in geval van een laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

Een verzekerde die een arbeidsongeschiktheid aangeeft buiten de reglementaire termijn die is bepaald bij artikel 2 van de verordening van 16 april 1997 en bij artikel 53, 54 en 55 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, wordt gesanctioneerd met een vermindering met 10% van het dagbedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkering tot en met de dag waarop hij zijn arbeidsongeschiktheid aangeeft. Die verzekerde kan in “**behartigenswaardige situaties**” vragen om de hem opgelegde sanctie op te heffen.

De sanctie kan door de verzekeringsinstelling worden opgeheven, op eensluidend advies van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen van het Instituut of van de door hem gedelegeerde ambtenaar, voor zover het bedrag van de sanctie minstens 25 EUR bedraagt.

Onder “behartigenswaardige situaties” moet worden verstaan:

1) de situaties waarin **de sociale en financiële toestand van het gezin van de gerechtigde als moeilijk kan worden beschouwd**.

In deze situatie wordt de behartigenswaardigheid vastgesteld op basis van het gezinsinkomen van de sociaal verzekerde. Er wordt hierbij rekening gehouden met het gezinsinkomen gedurende de twaalf maanden voorafgaand aan de maand van de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid. Als het gezinsinkomen lager is dan het jaarlijks bedrag dat recht geeft op de verhoogde verzekeringsstegemoetkoming in het kader van de geneeskundige verzorging (basisdrempelbedrag verhoogd met een bedrag per persoon ten laste) kan een opheffing van sanctie worden verleend.

Indien de sociaal verzekerde een opheffing van de sanctie wenst te bekomen op grond van sociale of financiële redenen, dan dient hij zijn gezinsinkomen te staven aan de hand van bewijsstukken (zie punt IV van de synthesefiche toegevoegd als bijlage¹).

De opheffing van sanctie kan evenwel niet voor een tweede maal worden toegekend op basis van de sociale en financiële situatie van het gezin van de gerechtigde tijdens de periode van drie jaar die volgt op het einde van de arbeidsongeschiktheid waarvoor een eerste opheffing van sanctie om die reden werd verleend.

2) de situaties waarin de gerechtigde zijn arbeidsongeschiktheid niet kon aangeven ten gevolge van **overmacht**.

In voorkomend geval dient de verzekerde de overmachtssituatie toe te lichten en zijn schriftelijke verklaring te staven met bewijselementen (zie punt V van de synthesefiche toegevoegd als bijlage²).

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Hier niet gepubliceerd.

Om te vermijden dat dossiers worden verzonden die ambtshalve zullen moeten worden geweigerd, lijkt het ons nuttig om te preciseren dat de volgende gevallen *niet* kunnen worden beschouwd als gevallen van overmacht die een opheffing van sanctie verantwoorden:

- het gebrek aan kennis van het Belgische sociaal recht vanwege de sociaal verzekerde
- de goede trouw van de sociaal verzekerde
- de mededeling van foutieve informatie aan de sociaal verzekerde door zijn werkgever, zijn behandelend arts, het ziekenhuis, een familielid, enz...
- het verlies van een brief die via de post is verzonden (behalve in het geval van een behoorlijk vastgestelde staking bij de post).

Indien de verzekerde echter aan de hand van bewijsstukken aantoont dat verkeerde informatie of een foutief beheer vanwege zijn ziekenfonds aan de basis ligt van zijn laattijdige aangifte (bijvoorbeeld verlies van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid door het ziekenfonds na de ontvangst ervan...) kan eventueel een aanvraagdossier voor de opheffing van de sanctie worden ingediend en zal elk aangevoerd geval van overmacht apart en degelijk worden geanalyseerd.

1. Indiening van de dossiers bij de dienst voor uitkeringen

De dossiers met betrekking tot een aanvraag tot opheffing van sanctie op basis van artikel 9 van de verordening van 16 april 1997 of artikel 58^{ter} van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 worden ingediend via een synthesefiche die bij deze omzendbrief is gevoegd.

Het administratief dossier moet de volgende gegevens bevatten:

- I. Identificatie van de gerechtigde
- II. Gegevens over de arbeidsongeschiktheid
- III. Gegevens over de sanctie
- IV. Beoordeling van het behartigenswaardig karakter op basis van de sociale en financiële situatie van de gerechtigde
- of
- V. Beoordeling van het behartigenswaardig karakter op basis van de overmacht in hoofde van de gerechtigde.

Het ziekenfonds vult op de synthesefiche alle gegevens in waarover het beschikt (*punten I tot III*). Het vraagt de sociaal verzekerde naar de ontbrekende gegevens (*punt IV of V*).

Vervolgens bezorgt het ziekenfonds het administratief dossier en alle bewijsstukken aan de Landsbond, die, met het oog op een eventuele controle door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV, moet nagaan of de gegevens juist en volledig zijn.

Indien het administratief dossier niet alle vereiste gegevens noch de in het aanvraagformulier aangeduide bewijsstukken bevat, kan de aanvraag tot opheffing van sanctie niet aan de Dienst voor Uitkeringen van het RIZIV worden voorgelegd en zal het dossier naar het ziekenfonds worden teruggezonden om te worden aangevuld.

Wanneer de Landsbond over een volledig dossier beschikt, dient zij het administratief dossier in bij de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV. De Dienst voor uitkeringen analyseert het dossier en bereidt een voorstel van advies voor dat voor goedkeuring aan de Leidend ambtenaar van de Dienst zal worden voorgelegd. De Landsbond wordt per gewone brief op de hoogte gebracht van het advies van de Leidend ambtenaar.

2. Toepassing van deze omzendbrief

Deze omzendbrief vervangt de volgende omzendbrieven V.I.:

- de omzendbrief V.I. nr. 2014/315 van 1 augustus 2014³
- de omzendbrief V.I. nr. 2020/45 van 27 februari 2020.⁴

Deze omzendbrief en zijn bijlage (aanvraagformulier) hebben uitwerking met ingang van **1 januari 2022** en zijn van toepassing op elke laattijdige aangifte, met inbegrip van de verlenging en het herval, voor een periode van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste op 1 januari 2022 aanvangt.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/19 – 400/49 van 14 januari 2022.

3. Hier niet gepubliceerd.

4. Gepubliceerd in I.B. nr. 2020/2.

II. Aangifte van de arbeidsongeschiktheid - Laattijdige aangifte van arbeidsongeschiktheid - Stelsel van de werknemers

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.
Vervangt nr. 2022/20¹ van 18 januari 2022.

In het Belgisch Staatsblad van 14 januari 2022 is de verordening van 15 september 2021 tot wijziging, wat de aangifte van de arbeidsongeschiktheid betreft, van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 gepubliceerd.

Deze verordening:

- wijzigt de termijn om de arbeidsongeschiktheid bij de adviserend arts aan te geven
- bepaalt dat de aangiftetermijn wordt geschorst in geval van een periode van hospitalisatie
- voert onder bepaalde voorwaarden een verwittigingsmaatregel in geval van een laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid in.

I. Termijn om de arbeidsongeschiktheid aan te geven

1.1. Basistermijn

Uiterlijk de zevende kalenderdag na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid moet de gerechtigde via de post aan de adviserend arts van zijn ziekenfonds een geneeskundig getuigschrift zenden dat is ingevuld, gedateerd en ondertekend en dat de redenen van zijn ongeschiktheid vermeldt, waarbij de poststempel bewijskracht heeft, of hem dat getuigschrift tegen ontvangstbewijs afgeven (**eerste aangifte van arbeidsongeschiktheid**).

Bij een **verlenging van de arbeidsongeschiktheid** na de einddatum van de vorige periode van erkende arbeidsongeschiktheid beschikt de gerechtigde over een termijn van zeven kalenderdagen met een aanvang daags na de eerste dag van de verlenging van de al erkende periode van arbeidsongeschiktheid.

Bij een **herval in arbeidsongeschiktheid** beschikt de gerechtigde eveneens over een termijn van zeven kalenderdagen met een aanvang daags na de eerste dag waarop de staat van arbeidsongeschiktheid opnieuw is opgetreden.

1.2. Langere termijn: gerechtigde verbonden door een arbeidsovereenkomst als arbeider of bediende

De gerechtigde die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid verbonden is door een arbeidsovereenkomst voor arbeider of bediende, beschikt over een termijn van veertien dagen, respectievelijk achtentwintig dagen te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid om de arbeidsongeschiktheid aan te geven.

1. Hier niet gepubliceerd.

In het kader van deze langere aangiftetermijn is het niet vereist dat de betrokkene daadwerkelijk het wettelijk gewaarborgde loon van veertien dagen als arbeider (*vgl.* art. 52, § 1 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten) of het gewaarborgd maandloon als bediende (*vgl.* art. 70 van de voormelde wet van 03.07.1978) ontvangt opdat de langere termijn van toepassing zou zijn.

De bediende met een arbeidsovereenkomst voor een bepaalde tijd van minder dan drie maanden of voor een duidelijk omschreven werk waarvan de uitvoering normaal een tewerkstelling van minder dan drie maanden vergt (*vgl.* art. 71 van de voormelde wet van 03.07.1978 wat het recht op gewaarborgd loon gedurende veertien dagen betreft) beschikt bovendien over een aangiftetermijn van achtentwintig dagen aangezien de betrokkene verbonden is door een arbeidsovereenkomst voor bediende bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid.

Een tijdelijke leerkracht beschikt ook over een aangiftetermijn van achtentwintig dagen.



Voorbeelden:

- een arbeider is arbeidsongeschikt vanaf maandag 3 januari 2022 tot en met zondag 6 maart 2022. In de onderneming is op elke donderdag en vrijdag van de week tijdelijke werkloosheid van toepassing. Voor deze dagen betaalt de werkgever geen gewaarborgd loon met toepassing van artikel 56 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten (de betrokkene heeft immers alleen recht op gewaarborgd loon voor de dagen waarop hij aanspraak had kunnen maken op loon indien hij niet arbeidsongeschikt was). De werkgever betaalt dus gewaarborgd loon uit voor de periode vanaf maandag 3 januari 2022 tot en met zondag 16 januari 2022, met uitzondering van de donderdagen en vrijdagen in deze periode

de betrokkene heeft zijn arbeidsongeschiktheid aangegeven op vrijdag 14 januari 2022. Deze aangifte is tijdig (want binnen de veertien dagen te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid). Het ziekenfonds kan uitkeringen uitbetalen voor donderdag 6 en vrijdag 7 januari 2022, donderdag 13 en vrijdag 14 januari 2022 en voor de periode vanaf maandag 17 januari 2022

- een uitzendkracht werkt als arbeider en heeft een arbeidsovereenkomst voor de periode vanaf maandag 3 januari 2022 tot en met zondag 9 januari 2022. Hij wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf donderdag 6 januari 2022 tot en met zondag 30 januari 2022. De werkgever betaalt het wettelijk gewaarborgde loon voor de periode vanaf 6 tot en met 9 januari 2022 (de betrokkene toont de vereiste maand dienstanciënniteit aan op basis van vroegere arbeidsovereenkomsten).

de betrokkene heeft zijn arbeidsongeschiktheid aangegeven op vrijdag 14 januari 2022. Deze aangifte is tijdig (want binnen de veertien dagen te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid). Het ziekenfonds kan uitkeringen toekennen voor de periode vanaf maandag 10 januari 2022

- een bediende treedt in dienst op dinsdag 1 maart 2022 en heeft een arbeidsovereenkomst voor bepaalde tijd van twee maanden. Hij wordt arbeidsongeschikt op maandag 4 april 2022 en verder arbeidsongeschikt erkend tot en met dinsdag 31 mei 2022. De werkgever heeft het wettelijk gewaarborgd loon uitbetaald voor de periode vanaf maandag 4 april 2022 tot en met zondag 17 april 2022

de betrokkene heeft zijn arbeidsongeschiktheid aangegeven op donderdag 21 april 2022. Deze aangifte is tijdig (want binnen de periode van achtentwintig dagen te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid). Het ziekenfonds kan de uitkeringen uitbetalen voor de periode vanaf maandag 18 april 2022 tot en met dinsdag 31 mei 2022.

1.3. Saldo van de langere aangiftetermijn in geval van een verlenging of een hervat

In geval van een verlenging of een hervat, wordt de principiële termijn van zeven kalenderdagen verlengd ten belope van een eventueel saldo van veertien of achtentwintig kalenderdagen als het gaat om een verzekerde verbonden door een arbeidsovereenkomst voor een arbeider respectievelijk een bediende.

> Voorbeeld:

Een bediende met een arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd is arbeidsongeschikt vanaf maandag 7 februari 2022 tot en met donderdag 24 februari 2022 (18 kalenderdagen). Deze periode van arbeidsongeschiktheid is volledig gedekt door het gewaarborgd loon. Vanaf maandag 7 maart 2022 is hij opnieuw arbeidsongeschikt wegens dezelfde aandoening. De werkgever heeft het gewaarborgd loon betaald voor de periode vanaf maandag 7 maart 2022 tot en met vrijdag 18 maart 2022 (12 kalenderdagen). Het ziekenfonds heeft uitkeringen betaald vanaf maandag 21 maart 2022.

- 1) De betrokkene heeft het herval aangegeven op maandag 14 maart 2022. Dit is tijdig aangezien het is gebeurd binnen de termijn van 10 dagen (saldo van de aangiftetermijn van 28 kalenderdagen) te rekenen vanaf 7 maart 2022 (de termijn verstrijkt dus op woensdag 16.03.2022). De uitkeringen kunnen onverminderd toegekend worden voor de periode vanaf maandag 21 maart 2022.
- 2) De betrokkene heeft het herval aangegeven op maandag 28 maart 2022. Dit is laattijdig (aangifte na woensdag 16.03.2022). Voor de periode vanaf maandag 21 maart 2022 tot en met maandag 28 maart 2022 zou het bedrag van de uitkeringen principieel met 10 % moeten worden verminderd (vgl. echter ook punt II. - de toepassing van een verwittigingsmaatregel).

1.4. Impact van een periode van hospitalisatie of profylactisch verlof op de aangiftetermijn

De aangiftetermijn is geschorst tijdens de volgende tijdvakken waarin een wettelijk vermoeden van arbeidsongeschiktheid van toepassing is:

- een periode van hospitalisatie
- een periode van profylactisch verlof, meer bepaald de periode waarin het voor de gerechtigde verboden is om naar zijn werk te gaan omdat hij in contact is gekomen met iemand die aangeast is door een in artikel 239, § 1, 1^o van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalde besmettelijke ziekte (zoals bijvoorbeeld tyfus, pokken, ...).

In geen geval kan deze aangiftetermijn bovendien verstrijken vóór de tweede dag die volgt op de laatste dag van het betrokken tijdvak.

> Voorbeeld:

Een werkloze is arbeidsongeschikt vanaf maandag 4 januari 2022 tot en met maandag 31 januari 2022. Hij is op dinsdag 11 januari 2022 gehospitaliseerd (hospitalisatie van één dag). Gelet op de schorsing van de aangiftetermijn wegens de hospitalisatie van één dag eindigt deze termijn principieel op woensdag 12 januari 2022.

Aangezien echter in geen geval de aangiftetermijn kan verstrijken vóór de tweede dag die volgt op de laatste dag van het tijdvak van hospitalisatie, is donderdag 13 januari 2022 de laatste dag van de aangiftetermijn (verlenging met één dag).

1.5. Verlenging van de aangiftetermijn indien de laatste dag een zaterdag, zondag of wettelijke feestdag is

Wanneer de laatste dag van de toepasselijke aangiftetermijn een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag is, wordt deze termijn verlengd tot de eerstvolgende werkdag.

1.6. Aangifte van de arbeidsongeschiktheid door het verzenden van het getuigschrift via de post: toepassing van een juridische fictie

Rekening houdend met het specifieke distributiemodel door bpost (langere termijn voor de *non prior*-postbezorging) en dat het wenselijk is om aan de verzekerde de keuze van zijn verzendingswijze te laten, wordt in het kader van de verificatie van de aangiftetermijn een **juridische fictie** ingevoerd voor de verzendingen via de post van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid om de arbeidsongeschiktheid bij de adviserend arts van het ziekenfonds aan te geven.

Op voorwaarde dat dit document uiterlijk op de laatste dag van de toepasselijke aangiftetermijn ondertekend is, wordt het geacht tijdig te zijn verzonden als de poststempel uiterlijk de vijfde werkdag na het verstrijken van de toepasselijke termijn is aangebracht ("werkdag" is elke dag, behalve de zondagen en de wettelijke feestdagen).



Opmerkingen:

- deze juridische fictie is niet van toepassing op de aangiftedocumenten die tegen ontvangstbewijs worden afgegeven of via elektronische weg worden verstuurd
- wanneer de poststempel ontbreekt of de poststempel onvoldoende leesbaar is (situatie van overmacht), is het aangiftedocument tijdig verzonden als de ontvangstdatum door het ziekenfonds uiterlijk de vijfde werkdag na het verstrijken van de toepasselijke aangiftetermijn is.

II. Sanctie wegens een laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid – Artikel 9 van de verordening van 16 april 1997

Wanneer de betrokkene de arbeidsongeschiktheid laattijdig heeft aangegeven, kunnen hem voor de periode van laattijdigheid uitkeringen worden betaald na een vermindering van 10 % die op het dagbedrag van de uitkeringen wordt toegepast.

De vermindering wordt toegepast op het dagbedrag van de uitkeringen waarop de betrokkene daadwerkelijk aanspraak kan maken.

Indien wegens een cumulatiebepaling het bedrag van de uitkeringen moet worden beperkt, wordt de vermindering van 10 % toegepast op het "beperkte" bedrag van de uitkeringen die moeten worden toegekend voor de voormelde periode.



Voorbeelden:

- de sanctieperiode bedraagt zeven weken. De betrokkene heeft aanspraak op een dagbedrag van 66,5500 EUR.
Indien de aangifte niet laattijdig was, had de betrokkene een totaalbedrag aan uitkeringen ontvangen van **2.795,10 EUR** (66,5500 EUR x 42).
Wegens de laattijdige aangifte ontvangt de betrokkene een bedrag aan uitkeringen gelijk aan **2.515,59 EUR** [(66,5500 EUR x 90 %) x 42].
- dezelfde situatie als hierboven weergegeven, maar de betrokkene ontvangt een dagrente wegens een beroepsziekte van 20,25 EUR die in toepassing van artikel 136, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de uitkering in mindering moet worden gebracht. De betrokkene kan dus principieel aanspraak maken op een daguitkering van **46,30 EUR** (66,5500 EUR - 20,25 EUR).

___ Toepassing van de sanctie wegens laattijdige aangifte (46,30 EUR x 90 %) = 41,67 EUR

Wegens de laattijdige aangifte ontvangt de betrokkene een bedrag aan uitkeringen gelijk aan **1.750,14 EUR** (41,67 EUR x 42).

Voor welke periode moet de sanctie worden toegepast?

Indien het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid **is verzonden via de post**, kan de gerechtigde slechts aanspraak maken op volledige uitkeringen vanaf de vierde werkdag voorafgaandelijk de dag van toezending (waarbij de poststempel bewijskracht heeft), of vanaf de dag na de datum van ondertekening van het betrokken document als deze dag zich bevindt na de vierde werkdag voorafgaandelijk de dag van toezending.

De sanctie (vermindering van de uitkeringen met 10 %) is dus van toepassing op de periode die, al naargelang het geval, deze vier werkdagen of de dag na de datum van ondertekening voorafgaat.

Indien het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid **tegen ontvangstbewijs is afgegeven** aan de adviserend arts, kan de gerechtigde op volledige uitkeringen aanspraak maken vanaf de eerste werkdag die volgt op die waarop hij het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid heeft afgegeven aan de adviserend arts.

De sanctie (vermindering van de uitkeringen met 10 %) is dus vanaf het begin van de desbetreffende periode van arbeidsongeschiktheid tot en met de dag van de afgifte van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid van toepassing.



Uitzondering:

Een **verwittigingsmaatregel** is onder bepaalde voorwaarden van toepassing waardoor de uitkeringen niet met 10 % worden verminderd als de aangifte laattijdig is.

Deze verwittiging kan slechts worden toegepast

- (i) één keer per eenzelfde periode van arbeidsongeschiktheid (inclusief een verlenging van de arbeidsongeschiktheid of een herval in arbeidsongeschiktheid) en
- (ii) voor zover de duur van de laattijdigheid niet meer dan één maand bedraagt.
De berekening van deze maand gebeurt van datum tot datum.
Ter illustratie: indien de laatste dag van de aangiftetermijn 3 februari is:

- kan de verwittigingsmaatregel uiterlijk worden toegepast als 3 maart als aangiftedatum wordt weerhouden
- kan de verwittigingsmaatregel niet worden toegepast als 4 maart als aangiftedatum wordt weerhouden (de laattijdigheid bedraagt dan meer dan één maand).



Opmerking: indien de laatste dag van de maand laattijdigheid een zaterdag, een zondag of een feestdag is, wordt deze termijn van een maand in het kader van de verwittigingsmaatregel verlengd tot de eerstvolgende werkdag.

> Voorbeelden:

Laatste dag aangiftetermijn	Vaststelling maand laattijdigheid	Toepassing sanctie vanaf
vrijdag 28 januari 2022	van zaterdag 29 januari 2022 t.e.m. maandag 28 februari 2022	dinsdag 1 maart 2022
dinsdag 1 februari 2022	van woensdag 2 februari 2022 t.e.m. dinsdag 1 maart 2022	woensdag 2 maart 2022
maandag 28 februari 2022	van dinsdag 1 maart 2022 t.e.m. donderdag 31 maart 2022	vrijdag 1 april 2022
donderdag 3 maart 2022	van vrijdag 4 maart 2022 t.e.m. zondag 3 april 2022 => verlenging tot en met maandag 4 april 2022	dinsdag 5 april 2022
woensdag 31 augustus 2022	van donderdag 1 september 2022 t.e.m. vrijdag 30 september 2022	zaterdag 1 oktober 2022
maandag 29 januari 2024	van dinsdag 30 januari 2024 t.e.m. donderdag 29 februari 2024	vrijdag 1 maart 2024
donderdag 29 februari 2024	van vrijdag 1 maart 2024 t.e.m. zondag 31 maart 2024 => verlenging tot en met maandag 1 april 2024	dinsdag 2 april 2024

Indien het ziekenfonds de verwittiging toepast, dient het de sociaal verzekerde schriftelijk ter kennis te brengen dat de aangifte laattijdig is gebeurd en eenmalig geen enkele sanctie is toegepast voor deze laattijdige aangifte.

Concrete toepassing om de maand laattijdigheid te bepalen

aangiftetermijn	maand laattijdigheid (van datum tot datum)	altijd een toepassing van de sanctie
-----------------	--	--------------------------------------

Verzending via de post: rekening houden met de vijfde werkdag voorafgaandelijk de toezending van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid of de dag van ondertekening van dit getuigschrift indien die na de voormelde vijfde werkdag ligt, waarbij de poststempel bewijskracht heeft.

Afgifte tegen ontvangstbewijs: rekening houden met de dag van de afgifte van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid.

- een verzekerde (*werkloze*) is arbeidsongeschikt vanaf dinsdag 4 januari 2022 en begeeft zich op dinsdag 4 januari 2022 naar zijn behandelend arts. Gelet op de aangiftetermijn van zeven kalenderdagen die aanvat daags na het begin van de arbeidsongeschiktheid, moet hij uiterlijk op dinsdag 11 januari 2022 de aangifte van arbeidsongeschiktheid verrichten (in geval van een aangifte via de post moet de poststempel uiterlijk op maandag 17.01.2022 zijn aangebracht rekening houdend met de toepassing van de "juridische fictie").
- De poststempel wordt aangebracht op donderdag 13 januari 2022 -> de aangifte is **tijdig** (toepassing van de juridische fictie: het uiterlijk op de laatste dag van de toepasselijke termijn ondertekende getuigschrift van arbeidsongeschiktheid wordt geacht tijdig via de post aan de adviserend arts te zijn verzonden als de poststempel uiterlijk de vijfde werkdag na het verstrijken van de toepasselijke termijn is aangebracht).
- De poststempel wordt aangebracht op dinsdag 18 januari 2022 -> de aangifte is **niet tijdig**. Hoewel de aangifte laattijdig is, *wordt geen sanctie toegepast* (eerste keer tijdens eenzelfde periode van arbeidsongeschiktheid + duur van de laattijdigheid ≤ 1 maand (vijfde werkdag voorafgaandelijk de toezending van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid: woensdag 12.01.2022)).

Het ziekenfonds verwittigt de verzekerde dat de aangifte laattijdig is gebeurd en eenmalig geen sanctie wordt toegepast voor deze laattijdige aangifte.

- Een verzekerde (*bediende*) is arbeidsongeschikt vanaf woensdag 5 januari 2022 en begeeft zich op maandag 10 januari 2022 naar zijn behandelend arts. Gelet op de aangiftetermijn van achtentwintig kalenderdagen (die aanvat op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid), moet hij uiterlijk op dinsdag 1 februari 2022 de aangifte van arbeidsongeschiktheid verrichten (in geval van een aangifte via de post moet de poststempel uiterlijk op maandag 07.02.2022 zijn aangebracht rekening houdend met de toepassing van de “juridische fictie”).
- De poststempel wordt aangebracht op donderdag 3 maart 2022 -> de aangifte is **niet tijdig**. Hoewel de aangifte laattijdig is, *wordt geen sanctie toegepast* (eerste keer tijdens eenzelfde periode van arbeidsongeschiktheid + duur van de laattijdigheid ≤ 1 maand (vijfde werkdag voorafgaandelijk de toezending van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid: vrijdag 25.02.2022)).
Het ziekenfonds verwittigt de verzekerde dat de aangifte laattijdig is gebeurd en eenmalig geen sanctie wordt toegepast voor deze laattijdige aangifte.
- De poststempel wordt aangebracht op vrijdag 11 maart 2022 -> de aangifte is **niet tijdig**. De aangifte is laattijdig en *de sanctie wordt toegepast* (duur van de laattijdigheid > 1 maand (vijfde werkdag voorafgaandelijk de toezending van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid: zaterdag 05.03.2022)). Het gegeven dat het gaat om een eerste laattijdige aangifte tijdens eenzelfde periode van arbeidsongeschiktheid speelt geen rol aangezien de duur van de laattijdigheid meer dan één maand bedraagt.



Bijzondere situaties:

- a) Na een eerste laattijdige aangifte (aangifte A) heeft het ziekenfonds de verwittigingsmaatregel toegepast. Na een nieuwe aangifte (aangifte B) blijkt echter dat deze aangifte A een verlenging is en het tweede getuigschrift als een eerste aangifte moet worden gekwalificeerd.

Voor de toepassing van de verwittigingsmaatregel dient een chronologisch criterium in functie van de aangiftedatum te worden weerhouden. Deze verwittigingsmaatregel moet worden toegepast op de eerste laattijdige aangifte waarvan de duur van de laattijdigheid niet meer dan een maand bedraagt. Vermits op de aangifte A al de verwittigingsmaatregel is toegepast, kan de aangifte B dus niet het voorwerp zijn van de verwittigingsmaatregel (hoewel deze aangifte betrekking heeft op een periode van arbeidsongeschiktheid die zich vroeger in de tijd situeert).

- b) Het ziekenfonds ontvangt een enveloppe met daarin twee aangiftes (een eerste aangifte en een verlenging) voor eenzelfde risico. De twee aangiftes zijn laattijdig en voor beide aangiftes bedraagt de laattijdigheid niet meer dan één maand.

In deze situatie kan de verwittigingsmaatregel slechts op één getuigschrift worden toegepast, meer bepaald op de aangifte die als de eerste aangifte dient te worden gekwalificeerd.

III. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2022 en is van toepassing op elke aangifte, met inbegrip van de verlenging en het herval, voor een periode van arbeidsongeschiktheid die ten vroegste op 1 januari 2022 aanvangt.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/31 – 400/51 van 24 januari 2022.

III. Toepassing van artikel 219^{ter}, § 5 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996

Van toepassing vanaf 1 april 2022.
Vervangt omzendbrief nr. 2022/46 van 1 februari 2022¹.

I. Principe: onverenigbaarheid tussen de toekenning van moederschapsuitkeringen wegens een maatregel van werkverwijdering en het verrichten van een activiteit die niet onderworpen is aan de arbeidswet van 16 maart 1971

De zwangere of bevallen gerechtigden of de gerechtigden die borstvoeding geven en op wie een maatregel van werkverwijdering van toepassing is als bedoeld in artikel 42 § 1, 43 of 43^{bis} van de arbeidswet van 16 maart 1971, kunnen onder bepaalde voorwaarden aanspraak maken op moederschapsuitkeringen.

De moederschapsuitkeringen in geval van werkverwijdering zijn echter niet verschuldigd aan de zwangere of bevallen gerechtigden, of de gerechtigden die borstvoeding geven, *die een activiteit aanvangen of voortzetten die niet onderworpen is aan de bepalingen van de arbeidswet van 16 maart 1971.*

Opmerkingen:

- de uitoefening van **vrijwilligerswerk** in de zin van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers is in principe mogelijk op voorwaarde dat het bestaan van *een band van ondergeschiktheid* wordt bewezen – toepassing van de arbeidswet van 16 maart 1971 (deze band van ondergeschiktheid tussen de vrijwilliger en de betrokken organisatie kan bijvoorbeeld worden afgeleid uit de verplichting om het vrijwilligerswerk te verrichten op vaste dagen en uren, de verplichting om het vrijwilligerswerk te verrichten in een vooraf bepaalde ruimte, met inbegrip van het gebruik van specifieke instrumenten die door de betrokken organisatie ter beschikking worden gesteld, ...)
- het volgen van een **opleiding zonder een praktische component** (zonder een stage) is geen activiteit en kan worden gevolgd tijdens de periode van werkverwijdering. Een dergelijke opleiding vormt immers geen werkzaamheid met een productief karakter die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer.

Indien het echter gaat om een **opleiding met een praktische component** (met een stage) en zij dus als een werkzaamheid met een productief karakter wordt gekwalificeerd die wordt verricht in het maatschappelijk verkeer, dient er te worden nagegaan of er in het kader van de uitvoering van deze stage een onderwerping aan de arbeidswet van 16 maart 1971 is. In bevestigend geval kan de verzekerde tijdens het volgen van deze opleiding verder aanspraak maken op moederschapsuitkeringen wegens werkverwijdering. Als dit echter niet het geval is, dient de toekenning van de moederschapsuitkering te worden geweigerd voor de periode waarin zij deze opleiding volgt. Het gaat dus om een feitelijke analyse.

Er moet worden opgemerkt dat de **activiteiten verricht in het kader van de deeleconomie** (waarbij er geen onderwerping is aan het sociaal statuut van de zelfstandigen omdat de verworven inkomsten bedoeld in art. 90, eerste lid, 1^o *bis*, WIB 1992 het bedrag zoals bedoeld in art. 37^{bis}, § 2, WIB 1992 niet overschrijden) niet onderworpen zijn aan de bepalingen van de arbeidswet van 16 maart 1971.

1. Hier niet gepubliceerd.

II. Uitzondering: de voortzetting van een activiteit als zelfstandige tijdens de maatregel van werkverwijdering

2.1. Principes

De gerechtigde die haar zelfstandige activiteit voortzet tijdens de periode van moederschapsbescherming, kan onder bepaalde voorwaarden het recht behouden op moederschapsuitkeringen die gekoppeld zijn aan haar statuut van werknemster. Die uitkeringen worden evenwel met 10 % verminderd.

Daartoe moet de adviserend arts van het ziekenfonds de gerechtigde toestaan dat zij tijdens de periode van moederschapsbescherming de zelfstandige activiteit blijft uitoefenen die zij *onmiddellijk* vóór die periode uitoefende.

In dit kader betekent de notie “*onmiddellijk*” dat de verzekerde effectief al deze activiteit moet hebben uitgeoefend vóór het begin van de periode van werkverwijdering. In geval van een “seizoensgebonden” activiteit, is het bovendien noodzakelijk dat de betrokkene (op een blijvende wijze) onderworpen is aan het sociaal statuut voor zelfstandigen.

De betrokkene mag evenwel geen zelfstandige activiteit uitoefenen tijdens de dagen of uren waarop zij als werknemster zou hebben gewerkt, indien er geen beschermingsmaatregel was genomen. Zij mag dus het volume van haar zelfstandige activiteit niet verhogen.

2.2. Procedure

De betrokkene moet aan de adviserend arts van haar ziekenfonds de toestemming vragen om haar zelfstandige activiteit verder uit te oefenen. Zij moet een **medisch getuigschrift van haar behandelend arts** voorleggen waaruit blijkt dat de activiteit geen risico inhoudt voor haar gezondheid of die van haar kind.

De toestemming moet **de aard, het volume en de voorwaarden voor het uitoefenen van die activiteit** nader opgeven en moet in het medisch en administratief dossier van de betrokkene in de zetel van het ziekenfonds worden bewaard. De toestemming moet aan de gerechtigde ter kennis worden gebracht.



Opmerking: in geval van een werkverwijdering in de prenatale en de postnatale periode, zal voorafgaandelijk om een afzonderlijke toelating moeten worden verzocht door de werknemster. De werknemster zal dus twee onderscheiden aanvragen bij de adviserend arts van haar ziekenfonds moeten indienen.

2.2.1. AANVRAAG TOT TOELATING

Om te kunnen genieten van deze mogelijkheid tot voortzetting van de uitoefening van haar zelfstandige activiteit, wordt de verzekerde verzocht een aanvraagformulier met het oog op een toelating in te vullen waarin zij de arbeidsregeling, de aard en de voorwaarden voor het uitoefenen van zowel haar activiteit als werknemster als haar zelfstandige activiteit moet toelichten.

In geval van een toelating moet zij zich ertoe verbinden om haar zelfstandige activiteit niet uit te oefenen tijdens de periodes waarin zij gewoonlijk haar activiteit als werknemster uitoefent en waarvoor zij recht heeft op moederschapsuitkeringen wegens werkverwijdering. Een model van dit formulier gaat als bijlage (zie *bijlage I*)².

2.2.2. MEDISCH GETUIGSCHRIFT

De betrokkene moet bij het aanvraagformulier een medisch getuigschrift van haar behandelend arts voegen, waarin deze vermeldt dat het uitoefenen van de activiteit waarvoor toestemming wordt gevraagd voor de moeder noch voor het kind een gevaar inhoudt.

De behandelend arts moet het *ad hoc* getuigschrift, dat in het aanvraagformulier is opgenomen, invullen (zie *bijlage I*).

2.2.3. TOELATING

De aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden voor het uitoefenen van de activiteit die met de gezondheidstoestand van de moeder en haar kind verenigbaar wordt geacht, moeten in de toelating worden vermeld.

De toelating moet aan de betrokkene worden ter kennis gebracht en worden bewaard in haar medisch en administratief dossier in de zetel van het ziekenfonds.

Een model van toelating en een model van weigering zijn als bijlage toegevoegd (zie *bijlagen II en III*)³.

Indien de gerechtigde haar activiteit als zelfstandige tijdelijk moet stopzetten (ziekte, ...), moet zij het ziekenfonds daarvan zo spoedig mogelijk in kennis stellen, zodat het de toepassing van de vermindering met 10% van de uitkeringen kan opschorten. Het ziekenfonds vermindert het dagbedrag niet meer vanaf de datum van de stopzetting die door de betrokkene **schriftelijk** is meegedeeld (in te vullen formulier *Aangifte van de stopzetting van de uitoefening van de activiteit als zelfstandige* (zie *bijlage IV*)⁴ of een verklaring van stopzetting per mail).

Indien de betrokkene haar zelfstandige activiteit wenst te hervatten (na deze tijdelijk te hebben stopgezet en zij heeft nog geen datum van hervatting meegedeeld), moet zij haar ziekenfonds daarvan zo spoedig mogelijk in kennis stellen, zodat die laatste de vermindering met 10% van de uitkeringen opnieuw kan toepassen.

De verzekerde kan ook verzaken aan de verstrekte toelating. De intrekking van de toelating zal door de adviserend arts aan de administratieve dienst van het ziekenfonds worden meegedeeld en de vermindering van de uitkeringen met 10% zal een einde nemen vanaf de datum van stopzetting zoals **schriftelijk** meegedeeld door de betrokkene (zie het formulier als *bijlage IV* of per mail).

De gerechtigde moet haar zelfstandige activiteit stopzetten bij het einde van de periode waarvoor de adviserend arts zijn toestemming heeft verleend. Geen enkele activiteit mag nog uitgeoefend worden vanaf de zevende dag voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum tot het einde van de periode van negen weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling.

2.2.4. VOORAFGAANDE TOESTEMMING - BEGRIP

Deze voorwaarde moet soepel geïnterpreteerd worden: de werkneemster moet immers kunnen beschikken over een bepaalde termijn om zich te informeren en om de verschillende stappen, die haar worden opgelegd, te vervullen.

Op praktisch vlak kan een termijn van een maand na de verwijdering uit de bezoldigde activiteit (en het voortzetten van de zelfstandige activiteit) in acht genomen worden om de toelatingsaanvraag bij de adviserend arts in te dienen.

3. Hier niet gepubliceerd.

4. Hier niet gepubliceerd.

Bij gebrek aan een aanvraag en/of een toelating moet het onverschuldigde bedrag aan uitkeringen teruggevorderd worden vanaf de eerste dag van de uitoefening van de betrokken zelfstandige activiteit die niet “voorafgaandelijk” is toegelaten. In voorkomend geval neemt de terugvordering een einde daags na de datum waarop de betrokkene voor de laatste keer de desbetreffende zelfstandige activiteit heeft uitgeoefend die niet voorafgaandelijk is toegelaten.

2.2.5. ROL VAN DE ADVISEREND ARTS

De behandelend arts is het best geplaatst om het risico voor de moeder en het kind te evalueren. Het getuigschrift dat door de behandelend arts wordt uitgereikt, heeft een uiterst belangrijke bewijskracht.

De behandelend arts beoordeelt in de eerste plaats de verenigbaarheid van de zelfstandige activiteit. De toelating van de adviserend arts is gebaseerd op die vaststelling. De adviserend arts mag die vaststelling alleen naast zich neerleggen indien hij meent dat hij deze onmogelijk kan overnemen.

In het algemeen moet de adviserend arts dus akte nemen van het ontbreken van een tegenindicatie die wordt aangegeven door de behandelend arts van de betrokkene. De adviserend arts zal dit getuigschrift niet aanvaarden indien er voor de gezondheid van de moeder en/of het kind een manifest en aanzienlijk risico bestaat.

Om de sociaal verzekerde zo snel mogelijk te informeren en haar situatie op administratief en medisch vlak snel te regulariseren (met het oog op de rechtszekerheid), zal de adviserend arts zo snel mogelijk zijn beslissing nemen en ze ter kennis brengen.

2.3. Bijzondere situatie: werkverwijdering en arbeidsongeschiktheid in het kader van de activiteit als zelfstandige

Indien de van het werk verwijderde werknemster arbeidsongeschikt is erkend in het kader van haar activiteit als zelfstandige, kan zij aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering in het kader van het stelsel van de zelfstandigen (op voorwaarde dat zij recht heeft op uitkeringen in het kader van laatstgenoemd stelsel en aan de nodige verzekeraarvoorwaarden voldoet).

Vanaf de begindatum van de erkende arbeidsongeschiktheid vermindert het ziekenfonds het bedrag van de uitkeringen wegens werkverwijdering niet langer met 10 %. Het bedrag van de door het stelsel van de zelfstandigen betaalde arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt verminderd met het bedrag van de door het stelsel van de werknemers betaalde uitkering wegens werkverwijdering.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/86 – 406/21 van 14 maart 2022.

IV. Bewijzen van de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige, zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o *bis*, 2^o, 6^o *bis*, 6^o *ter*, 11^o *bis*, en 11^o *ter*, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

1. Inleiding

Deze omzendbrief heeft tot doel aan te duiden op welke gegevens of stukken de verzekeringsinstellingen (V.I.) zich moeten steunen om het bestaan van de hoedanigheden van gerechtigde zelfstandige en van de bijdragesituaties waarin deze zich bevindt, te kunnen aanvaarden.

In deze omzendbrief wordt voor de meeste van de hoedanigheden, verwezen naar elektronische gegevensuitwisselingen. Voor al deze elektronische gegevensuitwisselingen geldt in algemene regel dat indien de elektronische gegevensuitwisseling niet lukt of indien de elektronische gegevens niet beschikbaar gesteld kunnen worden, een papieren attest wordt afgeleverd met dezelfde inhoud, door de instantie die belast was met de verzending van het elektronische gegeven.

2. Opsomming van de gegevens en stukken die de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige bewijzen, en de bijdragesituaties waarin hij zich kan bevinden

2.1. De hoedanigheid van zelfstandige, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o *bis* van de voormelde gecoördineerde wet

2.1.1. INLEIDING

Artikel 276, § 3 bepaalt als principe, dat voor de zelfstandigen, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o *bis*, van de gecoördineerde wet, de hoedanigheid van gerechtigde binnen de VGVU bewezen wordt door de mededeling aan hun verzekeringsinstelling van de gegevens betreffende de vervulling van de bijdrageplicht. De bijdragegegevens voor zelfstandigen bewijzen dus niet alleen de vervulling van de bijdrageplicht, maar ook het bestaan van de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige.

De personen die voor het eerst de voormelde hoedanigheid van gerechtigde verkrijgen, bewijzen hun hoedanigheid van gerechtigde door middel van de gegevens die worden ter beschikking gesteld door de voormelde kassen binnen de maand die volgt op hetzij de betaling van de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is krachtens artikel 13*bis* van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, hetzij de verkrijging van een vrijstelling van bijdrage voor die eerste sociale kwartaalbijdrage, in toepassing van artikel 17 van hetzelfde besluit, en er uit blijkt dat deze personen met toepassing van hetzelfde besluit onderworpen zijn aan de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit, en dat ze de eerste sociale kwartaalbijdrage die verschuldigd is hebben betaald of daarvan werden vrijgesteld.

Het bewijs voor het begin (en het einde) van de activiteit als zelfstandige, wordt geleverd door de stroom SelfEmployedNotification/A301¹. Die gegevens bevinden zich ook in de consultatiestroom L301. Ook de gegevens uit de consultatiestroom, leveren het vereiste bewijs. Het feit dat een zelfstandige, die als “starter” wordt beschouwd, zijn eerste kwartaalbijdrage heeft betaald, wordt bewezen aan de hand van de stroom SelfEmployedContribution/L410 (Consultatie van de verzekerbaarheidsgegevens van een zelfstandige in geval van arbeidsongeschiktheid en einde wachttijd verzekerbaarheid).

Zoals reeds werd vermeld, wordt het bewijs van de hoedanigheid van zelfstandige na de periode van opening van recht, in principe geleverd door de attesten aangaande de bijdrageplicht.

Die bijdrageplicht wordt bewezen aan de hand van de distributiestroom A908, en de consultatiestroom L905/SelfEmployedContributionVouchers, waarbij een attest per bijdragesituatie wordt opgemaakt. De nog geldige codes worden opgenomen en beschreven in deze omzendbrief en de bijhorende bijlage².

2.1.2. OVERZICHT VAN DE VERSCHILLENDE “ZIV-CODES”

De situaties waarin het Sociaal verzekeringsfonds (SVF) een bon opmaakt die de beroepsactiviteit als zelfstandige bewijst en waaruit blijkt dat de zelfstandige sociale bijdragen binnen het sociaal statuut heeft betaald, zijn de volgende:

- code 01: De bijdragebon van een zelfstandige in hoofdberoep heeft code 01. Het gaat meer specifiek over de zelfstandige in hoofdberoep vóór de pensioenleeftijd³, de student-zelfstandige met bijdragen hoger of gelijk aan de minimumbijdrage hoofdberoep⁴, de zelfstandige met toepassing van artikel 37 ARS met bijdragen hoger of gelijk aan de minimumbijdrage hoofdberoep en de zelfstandige die geacht wordt zijn bijdragen betaald te hebben in het kader van bepaalde crisismaatregelen
- code 06: In toepassing van het koninklijk besluit van 2 mei 2019 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, werd een beperkt recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ingesteld voor zelfstandigen die aan bepaalde voorwaarden voldoen. Het gaat hierbij om de zelfstandigen die de wettelijke pensioenleeftijd bereikt hebben, de minimumbijdrage van een zelfstandige in hoofdberoep betaald hebben en niet effectief recht hebben op een rustpensioen als zelfstandige. De zelfstandigen die deze voorwaarden vervullen, worden aangeduid met code “06” in de stroom SelfEmployedContribution/L410. Deze code zal ook vervat zijn in de stroom A908. (zie ook punt 2.8)⁵

1. De SelfEmployed Notification, de vroegere A301, is de consultatiestroom over het begin en het einde van een activiteit als zelfstandige.
2. Voor een aantal codes blijkt dat ze heden geen waarde meer hebben omwille van gewijzigde wetgeving, bijvoorbeeld de codes 8 en 9.
3. Art. 12, § 1 en § 1*bis* (= primostarters), K.B. Nr. 38.
4. Art. 12*bis*, § 2, K.B. Nr. 38.
5. Vanaf bijdragejaar 2019.

- code 07: Voor zelfstandige met toepassing van artikel 37 ARS mét bijdrageplicht en de student-zelfstandige die een verminderde bijdrage verschuldigd is wordt een bon opgemaakt met code 07. Indien de bijdragen even hoog zijn als die van een zelfstandige in hoofdberoep, zal er een code 01 verstuurd worden.
- code 10: een zelfstandige die voor het kwartaal waarin hij de pensioenleeftijd bereikt of als zelfstandige een vervroegd rustpensioen bekommt of als zelfstandige een rustpensioen verkrijgt na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd en zijn beroepsbezigheid stopzet tijdens dit kwartaal - geen bijdragen verschuldigd is voor het kwartaal van stopzetting in toepassing van artikel 15, § 2, tweede lid, 2^o K.B. nr. 38. Die code 10 geldt enkel voor dit kwartaal van stopzetting en waarbij het pensioenattest dit kwartaal van stopzetting niet (volledig) dekt. (zie ook punt 2.6)⁶
- code 12: De zelfstandige met toepassing van artikel 37 ARS⁷, zonder bijdrageplicht en de student-zelfstandige die geen bijdragen⁸ verschuldigd is⁹ krijgen een bon met code 12.

2.1.3. DE ZELFSTANDIGEN MET VRIJSTELLING VAN BIJDRAGE

De zelfstandigen die een vrijstelling van bijdragen hebben bekommen via de Dienst Vrijstellingen van RSVZ (DVR) krijgen een bon met code 13. Het gaat dan over zelfstandige in hoofdberoep, meewerkende echtgenoten (MWE maxistatuut), primostarter¹⁰, student-zelfstandige met bijdragen even hoog als die van een zelfstandige in hoofdberoep met vrijstelling van bijdragen¹¹ (art. 17, K.B. nr. 38). Hun bons hebben code 13.

2.1.4. ZELFSTANDIGEN IN BIJBEROEP ZIJN OOK ONDERWORPEN EN HEBBEN DE HOEDANIGHEID VAN GERECHTIGDE ZELFSTANDIGE ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 32, EERSTE LID, 1^o BIS:

- ofwel betalen deze zelfstandigen in bijberoep sociale bijdragen hoger of gelijk aan de minimumbijdrage hoofdberoep (code 03): zij kunnen “gratis” genieten van een recht op geneeskundige verzorging in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige
- ofwel betalen deze zelfstandigen in bijberoep sociale bijdragen lager dan de minimumbijdrage hoofdberoep (code 02): zij hebben de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige maar voor de verlenging van het recht zullen ze een aanvullende bijdrage moeten betalen (of andere hoedanigheid laten gelden)
- ofwel hebben deze zelfstandigen in bijberoep geen bijdrageplicht binnen sociaal statuut (code 11): zij hebben de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige maar voor de verlenging van het recht zullen ze een aanvullende bijdrage moeten betalen (of andere hoedanigheid laten gelden).

6. Vanaf bijdragejaar 2021. Er wordt ook een bon code 10 opgemaakt als er niet minstens 4 kwartalen zelfstandige activiteit die leiden tot een onderwerping voor de VGVU aan zijn vooraf gegaan.

7. ARS staat voor K.B. nr. 38 van 27.07.1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

8. Art. 12bis, § 1, 1, K.B. nr. 38.

9. Art. 12bis, § 1, 1, K.B. nr. 38.

10. Je bent primostarter als je zelfstandige in hoofdberoep bent en tijdens de twintig kwartalen voor aanvang of herneming van je zelfstandige activiteit op geen enkel ogenblik een zelfstandige in hoofdberoep was of een zelfstandige in hoofdberoep die was gelijkgesteld met een zelfstandige in bijberoep.

11. Art. 17, K.B. nr. 38.

2.1.5. MEEWERKENDE ECHTGENOTEN

De meewerkende echtgenoten maxi-statuuat zijn onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging. De verzekeringsinstellingen krijgen voor hen een bon met code 18.

Meewerkende echtgenoten mini-statuuat zijn niet onderworpen aan de sector geneeskundige verzorging – zij hebben dus geen hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige. Toch worden er ook bons opgemaakt voor hen. Deze hebben de code 14 en 15.¹²

2.1.6. ACTIEVE ZELFSTANDIGEN NA PENSIOENLEEFTIJD

Code 06

De zelfstandige na pensioenleeftijd die volwaardige bijdragen betaalt binnen het sociaal statuut krijgt een bon met code 06 (De code 06 wordt reeds verstuurd voor de zelfstandigen na de pensioenleeftijd die de minimumbijdrage hebben betaald van een hoofdberoep en die geen pensioen genieten).¹³

De code 06 bewijst hoedanigheid en de waarde. Na 4 kwartalen opent het ook een recht als gepensioneerde zelfstandige.

Code 04

De zelfstandige die gepensioneerd is (vervroegd rustpensioen als werknemer of zelfstandige) of de pensioenleeftijd bereikt heeft, met bijdrageplicht (art. 13, § 1, 2^{de}, 3^{de} en 4^{de} lid, K.B. nr. 38) en wiens bijdragen lager zijn dan de bijdragen van een zelfstandige in hoofdberoep of zonder bijdrageplicht (art. 13, § 1, 1^{ste} lid, K.B. nr. 38), en voor wie er nog geen pensioenattest is voor een volledig kwartaal. Het betreft dus zelfstandigen die vallen onder artikel 13 K.B. nr. 38 en die geen of verminderde sociale bijdragen verschuldigd zijn (en voor wie er nog geen pensioenattest is voor een volledig kwartaal), krijgt een bon met code 04.¹⁴

Code 10¹⁵

De zelfstandige die - voor het kwartaal waarin de onderworpen, hetzij de wettelijke pensioenleeftijd bereikt, hetzij als zelfstandige een vervroegd rustpensioen verkrijgt, hetzij als zelfstandige een rustpensioen verkrijgt na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd, telkens op voorwaarde dat de betrokkene in de loop van dat kwartaal, aan zijn beroepsbezigheid een einde stelt volgens artikel 15, § 2, tweede lid, 2^o K.B. nr. 38, krijgt een bon met code 10. De code 10 geldt enkel voor dit kwartaal. Zie ook punt 2.6.

De code 10 bewijst hoedanigheid en de waarde.

2.2. De zelfstandigen die arbeidsongeschikt zijn erkend of de werkneemsters en zelfstandigen die zich in een tijdvak van moederschapsbescherming bevinden

Deze hoedanigheid wordt bewezen via het attest in de stroom A 908, met code 17 (zelfstandigen die genieten van een gelijkstelling wegens ziekte of de gelijkstelling in het kader van mantelzorg/familieplan of de vrijstelling na bevalling geniet).

12. Aangezien het mini-statuuat een geboortedatum vereist voor 1956, hebben al deze personen de wettelijke pensioendatum van 65 jaar ondertussen bereikt. De sector zelfstandigen checkt nog welke bons er verstuurd worden in dat geval en komt hier nog op terug. De bijdragebons 2020 zijn normaal gezien de laatste die zullen uitgereikt worden.

13. Vanaf bijdragejaar 2019.

14. Vanaf bijdragejaar 2021.

15. Vanaf bijdragejaar 2021.

2.3. De in artikel 32, eerste lid, 6^o*bis* bedoelde zelfstandigen die tot de voortgezette verzekering zijn toegelaten, onder de voorwaarden gesteld krachtens de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen

Voor de zelfstandigen die zich in deze situatie bevinden, wordt het bewijs van die situatie geleverd door het bijdrageattest met code "05". Ook dit bijdrage-attest is vervat in de stroom A908 (en L905/SelfEmployedContributionVouchers).

2.4. De zelfstandigen die het behoud van de sociale rechten in het kader van het overbruggingsrecht genieten, bedoeld in artikel 3, 2^o, van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen, gedurende ten hoogste vier kwartalen

Het overbruggingsrecht stond vroeger bekend als de "faillissementsverzekering" voor zelfstandigen en wil een meer omvattende oplossing bieden voor zelfstandigen die door omstandigheden hun zelfstandige activiteit niet meer kunnen verder zetten. Deze situatie wordt bewezen door het bijdrage-attest met code "16". Ook dit bijdrage-attest is vervat in de stroom A908 (en L905/SelfEmployedContributionVouchers).

2.5. De zelfstandigen, bedoeld in artikel 11^o*bis* van artikel 32, eerste lid, van de voormelde gecoördineerde wet, die de normale pensioenleeftijd hebben bereikten doen blijken van ten minste één jaar beroepsbezigheid als zelfstandige, waardoor het recht op een rustpensioen kan worden verkregen krachtens de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen

De reglementering voorziet hier dus niet dat de betrokken zelfstandigen het pensioen daadwerkelijk genieten. Bij de voorwaarde dat het moet gaan om zelfstandigen die ten minste één jaar beroepsbezigheid bewijzen, is het zo dat dit jaar beroepsbezigheid, niet noodzakelijkerwijze moet samenvallen met een kalenderjaar, maar ook over verschillende jaren mag lopen op voorwaarde dat het om een aaneengesloten periode gaat – het is de samentelling van de aaneengesloten periode, die uiteindelijk moet resulteren in een totaal van één jaar tewerkstelling.

De pensioensituatie waarin een zelfstandige zich bevindt, wordt bewezen aan de hand van elektronische pensioenattesten, die vervat zijn in de stroom A 101. De beschrijving van de verschillende pensioenattesten wordt uitgewerkt in een aparte omzendbrief.

Het jaar van tewerkstelling als zelfstandige kan echter ook geldig blijken uit 4 kwartalen gedekt door een bijdragebon voor een zelfstandige die de beroepsactiviteit als zelfstandige bewijst. Het gaat over situaties waar een zelfstandige voor 4 kwartalen één van volgende bons heeft:

- bon met code 01 (De zelfstandige in hoofdberoep)
- bon met code 06 (De zelfstandige na pensioenleeftijd die volwaardige bijdragen betaalt binnen het sociaal statuut)
- bon met code 03 (De zelfstandige in bijberoep die bijdragen betaalt zoals een zelfstandige in hoofdberoep).

De 4 kwartalen hoeven niet gedekt te worden door dezelfde bon.



Bijvoorbeeld: er zou dus ook voor 1 kwartaal een bon code 10 kunnen zijn en voor de andere 3 kwartalen een code 03.

2.6. De bijdragebon voor het kwartaal waarin de zelfstandige de pensioenleeftijd bereikt of een vervroegd rustpensioen bekomt indien het kwartaal niet volledig gedekt kan worden door een pensioenattest

Voor het kwartaal (en ENKEL voor dit kwartaal) waarin de zelfstandige die - voor het kwartaal waarin hij de pensioenleeftijd bereikt of als zelfstandige een vervroegd rustpensioen bekomt of als zelfstandige een rustpensioen verkrijgt na het bereiken van de wettelijke pensioenleeftijd en zijn beroepsbezigheid stopzet tijdens dit kwartaal - geen bijdragen verschuldigd is voor het kwartaal van stopzetting in toepassing van artikel 15, § 2, tweede lid, 2^o koninklijk besluit nr. 38, bezorgt de sociale verzekeringskas de verzekeringsinstelling een bijdragebon code 10. Die bon met code 10 geldt enkel voor dit kwartaal. Zie ook punt 2.1.

Er volgt dus steeds een pensioenattest vanaf het volgende kwartaal. Indien er bijdragebons code 10 gestuurd worden voor de andere kwartalen dan houden de verzekeringsinstellingen hier geen rekening mee.¹⁶

2.7. Zelfstandigen die een activiteit verderzetten (of een activiteit aanvatten) na de pensioenleeftijd en een recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen kunnen laten gelden

In toepassing van het koninklijk besluit van 2 mei 2019 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, werd een beperkt recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen ingesteld voor zelfstandigen die aan bepaalde voorwaarden voldoen¹⁷. Het gaat hierbij om de zelfstandigen die de wettelijke pensioenleeftijd bereikt hebben, de minimumbijdrage van een zelfstandige in hoofdberoep betaald hebben en niet effectief recht hebben op een rustpensioen als zelfstandige.

De zelfstandigen die deze voorwaarden vervullen, worden aangeduid met code "06" in de stroom SelfEmployedContribution/L410. Deze code zal ook vevat zijn in de stroom A908.

Deze personen zullen de hoedanigheid van gerechtigde actieve zelfstandige artikel 32, eerste lid, 1^obis GVU-wet kunnen laten gelden aan de hand van de bijdragebon met ZIV-code 06.¹⁸ Deze code toont aan dat de bijdrageplicht binnen het sociaal statuut vervuld is en dat de minimumbijdrage van een hoofdberoeper bereikt wordt waardoor ze een recht op geneeskundige verzorging verkrijgen zonder betaling van de aanvullende bijdrage (gelijkstelling via art. 290, 12^o K.B. 03.07.1996).

16. Vanaf bijdragejaar 2021.

17. K.B. van 02.05.2019 tot wijziging van het K.B. van 20.07.1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 24.05.2019.

18. Vanaf bijdragejaar 2019.

3. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op de dag van zijn publicatie.

Voor de bijdragebons waarvoor de definitie de voorbije 5 jaren wijzigde, staat in de omzendbrief opgenomen vanaf welk bijdragejaar de nieuwe definities in werking treden.

De laatste 5 jaar veranderden enkel de codes 04, 10 en 06 van betekenis.

- De code 10 vanaf 2021
- De code 06 vanaf 2019
- De code 04 vanaf 2021.

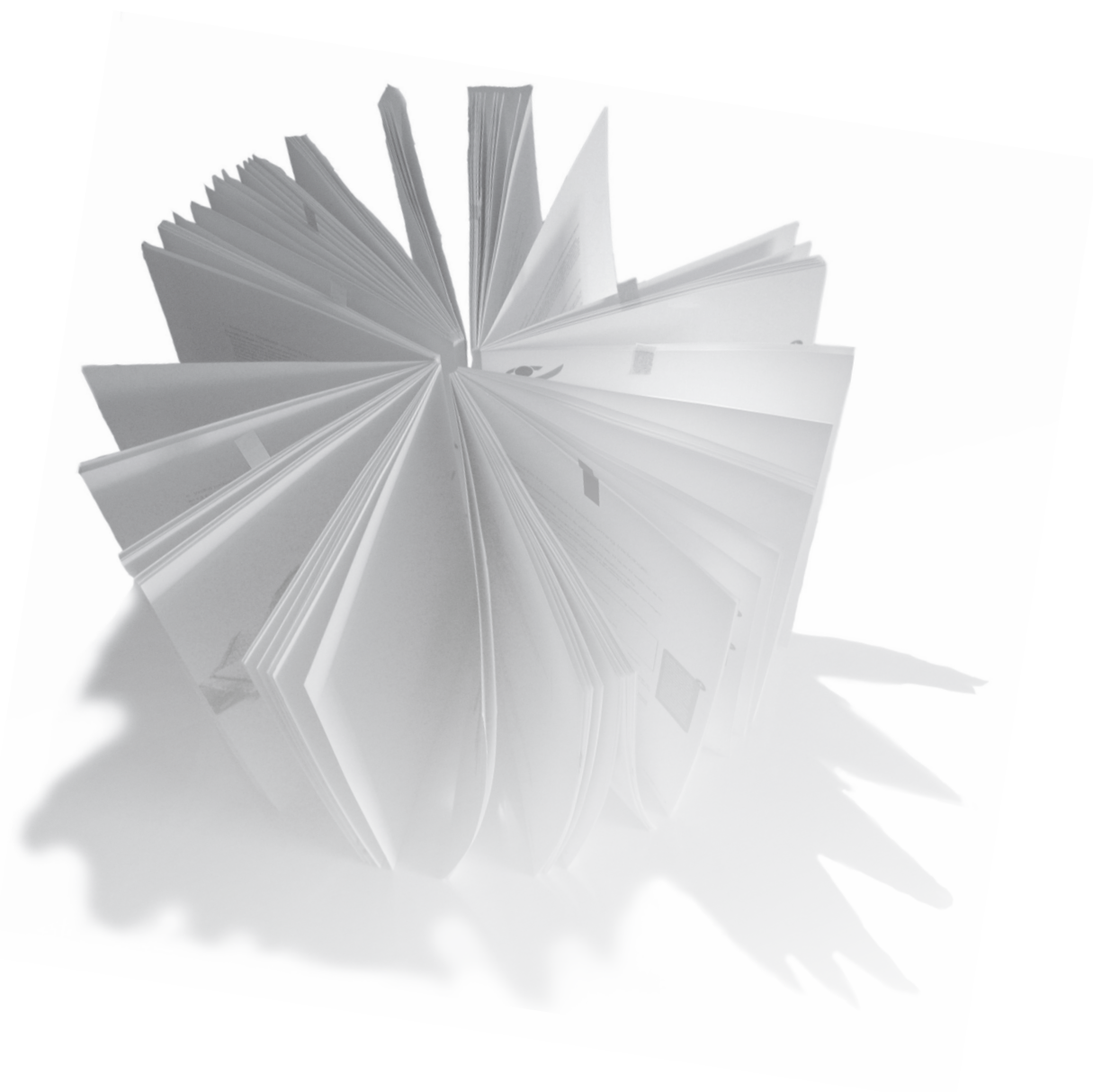
Het overzicht van alle codes en hun betekenis wordt opgemaakt op basis van de technische nota van de RSZ met de omschrijving van de ZIV-codes van 9 maart 2021 (bijlage 1)¹⁹.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/8 – 220/30 en 243/1 van 5 januari 2022.

19. Hier niet gepubliceerd.

6^e Deel
Basisgegevens



I. Maximumfactuur - Dienstjaar 2022

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

I. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2022

a) Berekening van het gecorrigeerd indexcijfer

Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2021:	112,26	
-----	=	----- = 1,0244
Gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen 2020:	109,59	

b) inkomensgrenzen voor het dienstjaar 2022

van	0,00	tot	11.120,00
van	11.120,01	tot	19.894,05
van	19.894,06	tot	30.583,38
van	30.583,39	tot	41.272,75
van	41.272,76	tot	51.516,72
vanaf	51.516,73		

II. Vaststelling van de remgeldplafonds voor het dienstjaar 2022

Algemeen

Dienstjaar 2020		477,54	689,78	1.061,20	1.485,68	1.910,16
Dienstjaar 2021		487,08	703,56	1.082,40	1.515,36	1.948,32
Dienstjaar 2022	250,00	506,79	732,03	1.126,20	1.576,68	2.027,16

Vermindering maximumfactuur chronisch zieken

Dienstjaar 2020	106,12
Dienstjaar 2021	108,24
Dienstjaar 2022	112,62

III. Voorwaarden voor toekenning maximumfactuur chronisch zieken dienstjaar 2022

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

Dienstjaar 2021	487,08
Dienstjaar 2020	477,54



Omzendbrief V.I. nr. 2022/17 – 3998/54 van 13 januari 2022.

II. Revalidatiesector: indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2022

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

Vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2021/329 van 6 december 2021¹.

1. Koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatie-inrichtingen bedoeld in artikel 22, 6^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Vanaf 1 januari 2022 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 1,95 EUR per verleende verstrekking.

Het in artikel 2, derde alinea, bedoelde (op 01.08.2006 ingevoerde) persoonlijk aandeel van 0,25 EUR per verleende verstrekking voor de rechthebbenden op beademing door middel van continue druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap blijft *ongewijzigd*.

2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

2.1. De dag van opneming

De dag van opneming in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 6,12 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 33,39 EUR;

1. Niet gepubliceerd in het I.B.

- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, dat wil zeggen dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 33,39 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 44,51 EUR.

2.2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,12 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,12 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 17,24 EUR.

3. Tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden in het kader van de revalidatie (transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen – zie onder meer omzendbrief V.I. nr. 2008/187 – 371/109 van 30.04.2008)

De tegemoetkoming bedraagt 1,43 EUR/km.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/24 – 370/2265 en 3910/1912 van 19 januari 2022.

III. Revalidatiesector: indexatie van de persoonlijke aandelen en van sommige revalidatieforfaits op 1 januari 2022 - Aanvulling

Van toepassing vanaf 1 januari 2022.

Deze omzendbrief V.I. is een aanvulling op de omzendbrief V.I. 2022/24¹ van 19 januari 2022.

Op 29 november 2021 heeft het Verzekeringscomité beslist om de tegemoetkoming voor bepaalde reiskosten te verhogen vanaf 1 januari 2022 (nota CGV 2021/340). Deze verhoogde reiskosten voor de sector revalidatie worden opgenomen onder rubriek 4 en rubriek 5 van deze omzendbrief V.I.

De verhoogde reiskosten onder rubriek 4 hebben betrekking op het ministerieel besluit van 14 december 1995 (zie ook omz V.I. 2006/078² van 22.02.2006). De reiskosten verhogen van 0,25 EUR naar 0,30 EUR vanaf 1 januari 2022 voor de rechthebbenden die zich naar een geconventioneerd revalidatiecentrum begeven en die zich verplaatsen met hun eigen voertuig, aangepast voor het vervoer in hun invalidenwagen.

De verhoogde reiskosten onder rubriek 5 hebben betrekking op het Koninklijk besluit van 28 april 2011 (zie ook omz V.I. 2016/177³ van 11.07.2016). De reiskosten verhogen eveneens van 0,25 EUR naar 0,30 EUR vanaf 1 januari 2022.

1. Koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatieinrichtingen bedoeld in artikel 22, 6^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Vanaf 1 januari 2022 bedraagt het in artikel 2, eerste en tweede alinea, van het koninklijk besluit van 29 april 1996 bedoelde persoonlijk aandeel 1,95 EUR per verleende verstrekking.

Het in artikel 2, derde alinea, bedoelde (op 01.08.2006 ingevoerde) persoonlijk aandeel van 0,25 EUR per verleende verstrekking voor de rechthebbenden op beademing door middel van continue druk langs de neus (nCPAP) tijdens de slaap blijft *ongewijzigd*.

1. Hiervoor gepubliceerd.
2. Niet gepubliceerd.
3. Niet gepubliceerd.

2. Persoonlijke aandelen in geval van verblijf in een revalidatiecentrum

2.1. De dag van opneming

De dag van opneming in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 6,12 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)): met 33,39 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 33,39 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 44,51 EUR.

2.2. Vanaf de tweede dag

Vanaf de tweede dag in een revalidatie- of in een vakherscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,12 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,12 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 17,24 EUR.

3. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra of gespecialiseerde centra (M.B. van 14.12.1995) – Transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen en waarbij het transport geregeld wordt door een taxibedrijf of het centrum zelf (codes 771971-771982)

De tegemoetkoming bedraagt 1,43 EUR/km.

4. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra of gespecialiseerde centra (M.B. van 14.12.1995) – Transport van rechthebbenden die zich alleen in een rolstoel kunnen verplaatsen en die zich met hun eigen voertuig verplaatsen, aangepast voor het vervoer in hun invalidenwagen (codes 773150-773161)

De tegemoetkoming bedraagt 0,30 EUR/km.

5. Tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de reiskosten van de rechthebbenden jonger dan 18 jaar die revalidatie volgen in bepaalde revalidatiecentra (K.B. van 28.04.2011) (codes 774034-774045)

De tegemoetkoming bedraagt 0,30 EUR/km.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/65 – 370/2275 en 3910/1923 van 21 februari 2022.

IV. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

Van toepassing vanaf 1 maart 2022.

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1^o, eerste lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij artikel 2, van het koninklijk besluit van 29 december 1997 (B.S. 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 september 2008 indexering

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

1 september 2010 indexering

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

1 juli 2015 indexering

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

1 juni 2016 indexering

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

1 juni 2017 indexering

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

1 september 2018 indexering

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

1 maart 2020 indexering

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

1 september 2021 indexering

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

1 januari 2022 indexering

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

1 maart 2022 indexering

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

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2008	2.065,42*3/3	2.065,42 EUR
2 ^{de} trimester 2008	2.065,42*1/3+2.106,73*2/3	2.092,96 EUR
3 ^{de} trimester 2008	2.106,73*2/3+2.148,87*1/3	2.120,78 EUR
4 ^{de} trimester 2008	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
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	$2.468,37 \cdot 2/3 + 2.517,74 \cdot 1/3$	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimester 2018	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2020	$2.517,74 \cdot 2/3 + 2.568,10 \cdot 1/3$	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimester 2021	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
2 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \cdot 2/3 + 2.619,46 \cdot 1/3$	2.585,22 EUR
4 ^{de} trimester 2021	$2.619,46 \cdot 3/3$	2.619,46 EUR
1^{ste} trimester 2022	$2.671,85 \cdot 2/3 + 2.725,28 \cdot 1/3$	2.689,66 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/73 – 248/77 van 2 maart 2022.

V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 15.01.2014) - Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch staatsblad van 29 januari 2014 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

De vermelde bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Een afronding naar de hogere of lagere euro naargelang het cijfer van de centiemen hoger of lager is dan 50 en vervolgens wordt gerealiseerd.

Coëfficiënt 1,9084 in 2022

Dat geeft voor 2022: 1.419 EUR
237 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/77 – 3991/340 van 11 maart 2022.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Nuray Özdemir
De h. Paul-André Briffeuil
De h. Jules Poppe
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Zoé De Clippel
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Charlotte Lefebvre
Mevr. Céline Faufeder

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français