

1<sup>e</sup> Deel

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



## 2<sup>de</sup> trimester 2022

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
12.04.2022 – Editie 1	23.03.2022	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische verkiezingen

### Samenvatting van de wijzigingen

De medische verkiezingen die de vakbondsvertegenwoordiging van de artsen binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering bepalen, zullen voortaan om de vijf jaar worden gehouden. Tot nu toe werden ze om de vier jaar georganiseerd. De volgende medische verkiezingen vinden plaats in 2023, niet in 2022.

2. Koninklijke besluiten tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994		
Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.04.2022	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden onder meer de volgende wijzigingen aangebracht:

- gemeenschappelijke bepalingen: er is geen referentieperiode van toepassing op gezinnen waarvan een van de leden, op het moment dat de aanvraag wordt ingediend:
  - => een lid is van het overheidspersoneel die wegens ziekte of gebrekkigheid in beschikbaarheid is gesteld;
  - => een militair is die om gezondheidsredenen tijdelijk uit zijn ambt is ontheven.
- meting van de handicap van een kind: de beslissing tot vaststelling van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 % van een arts die handelt in het rechtsgebied van een deelstaat wordt eveneens erkend, mits deze in overeenstemming is met de criteria zoals voorzien in de Algemene Kinderbijslagwet
- in aanmerking genomen grensbedragen: De basisinkomensgrens die van toepassing is in het kader van het besluit, is vastgesteld op 15.986,16 EUR, verhoogd met 2.959,47 EUR per bijkomende persoon in het gezin.  
Nieuw is dat een kind dat als kind ten laste is ingeschreven in het gezin van een van zijn ouders, het geldende inkomensplafond van het gezin van zijn andere ouder verhoogt met hetzelfde bedrag van 2.959,47 EUR. Dit op voorwaarde dat het kind daar samenwoont in het kader van een gedeelde verblijfplaats gedurende ten minste gemiddeld twee dagen per week.

Er zijn verschillende regels vastgesteld om de samenwoning en het inkomen van het kind te bewijzen. Er zijn ook regels vastgesteld in geval van beëindiging van de inschrijving van het kind ten laste in het gezin van een van zijn ouders.

De grensbedragen worden ook verhoogd voor de jaren 2022 tot 2024. De bedragen van 15.986,16 EUR en 2.959,47 EUR worden als volgt gewijzigd:

=> 844,65 EUR en 3.118,40 EUR vanaf 1 januari 2022;

=> 291,03 EUR en 3.201,04 EUR vanaf 1 januari 2023;

=> 749,24 EUR en 3.285,87 EUR vanaf 1 januari 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
13.04.2022	15.03.2022	Koninklijk besluit tot vaststelling van de datum van inwerkingtreding van artikel 48 van de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 10 april 2014, en tot wijziging van artikel 252 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit voegt een lid in tussen het eerste en tweede lid van artikel 252 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, luidend als volgt:

“In afwijking op het vorig lid, wanneer een kind zoals bedoeld in het artikel 123, eerste lid, 3, a), in een ziekenhuis geboren wordt, niet ingeschreven is bij een verzekeringsinstelling 45 dagen na zijn geboorte, schrijft het ziekenfonds uiterlijk binnen een termijn van 20 dagen na ontvangst van het formulier, waarvan het model vervat is in bijlage III, opgesteld en meegedeeld door het ziekenhuis aan het ziekenfonds van de persoon die het kind ter wereld bracht, het kind ambtshalve in ten laste van de persoon aangeduid in het formulier. Het ziekenfonds schrijft het kind in na verificatie van de afstamming volgens de informatie bedoeld in artikel 3, eerste lid, 16<sup>o</sup> van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen en mits de gerechtigde effectief recht heeft op geneeskundige verzorging.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
19.04.2022	24.03.2022	Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit schrapt het hoofdstuk over de geneeskundige verstrekkingen waarvoor de toepassing van de derdebetalersregeling verboden is. Deze wijziging heeft terugwerkende kracht tot 1 januari 2022, met als gevolg dat de derdebetalersregeling vanaf 1 januari 2022 op alle sociaal verzekerden kan worden toegepast.

In bepaalde situaties blijft de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht. Aan die situaties worden de geneeskundige verstrekkingen op afstand toegevoegd, waarvoor de derdebetalersregeling verplicht moet worden toegepast. Het koninklijk besluit voert ook de mogelijkheid in om de sociaal verzekerde via Itsme te identificeren in het kader van de derdebetalersregeling.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
02.05.2022	20.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat betreft de accreditering van tandheekkundigen van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

De tandheekkundige dient in de periode vanaf 1 januari tot en met 31 maart van het jaar volgend op het jaar waarin de premie werd ingesteld zijn accrediteringsaanvraag te bezorgen aan de Stuurgroep kwaliteitspromotie tandheekkunde, via de online applicatie die het RIZIV hiertoe ter beschikking stelt (vanaf 01.01.2023).

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
02.05.2022	18.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit voorziet met name in de volgende reglementaire wijzigingen vanaf 1 januari 2022 in het kader van de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot 7° van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969 (welbepaalde activiteiten in de socio-culturele sector en de sportsector) verricht tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid erkend in de uitkeringsverzekering voor werknemers:

- de bezoldiging die voor de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969 op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid wordt ontvangen voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, is cumuleerbaar met de arbeidsongeschiktheidsuitkering. Zij wordt immers niet als loon beschouwd.
- de arbeidsongeschikte werknemer moet principieel uiterlijk de eerste werkdag die de werkhervatting voorafgaat deze werkhervatting meedelen aan de verzekeringsinstelling en de toelating aan de adviserend arts vragen om de activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid te kunnen verrichten.  
Indien de gerechtigde de "hervatting" van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969 die hij tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid, bij zijn verzekeringsinstelling aangeeft en een aanvraag tot toelating indient om die activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid uit te oefenen, worden de voormelde formaliteiten echter geacht te zijn verricht op de eerste werkdag die de werkhervatting voorafgaat.  
De adviserend arts beschikt dan over een termijn van dertig werkdagen te rekenen vanaf de aangifte van de werkhervatting en de aanvraag tot toelating om zijn beslissing te nemen.
- in het kader van de cumulatieregel die van toepassing is wanneer een toegelaten activiteit wordt verricht die geen aanleiding geeft tot een onderwerping aan de "RSZ-wet" van 27 juni 1969 (cf. art. 230, § 1<sup>ter</sup> van het K.B. van 03.07.1996), wordt geen rekening gehouden met de inkomsten die voortvloeien uit een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het "RSZ-besluit" van 28 november 1969.  
Dit betekent dus concreet dat de graduele cumulatieregeling bedoeld in artikel 230, § 1<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 niet van toepassing is (een volledige cumulatie tussen de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen en de ontvangen bezoldiging is steeds toegelaten).

Voorts vervangt dit koninklijk besluit in het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de verwijzing naar “het ministerieel besluit van 13 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken en elk ander later ministerieel besluit houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken” door de verwijzing naar “het koninklijk besluit van 28 oktober 2021 houdende de nodige maatregelen van bestuurlijke politie teneinde de gevolgen voor de volksgezondheid van de afgekondigde epidemische nood situatie betreffende de coronavirus COVID-19-pandemie te voorkomen of te beperken” (formele aanpassing).

Deze verwijzing is opgenomen in artikel 225 (verificatie van de gezinssituatie) en artikel 230, § 1<sup>ter</sup> (cumulatieregeling in geval van een toegelaten activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 en houdt verband met de neutralisatie van de financiële vergoedingen die door de gewesten, gemeenschappen, provincies of gemeenten worden toegekend voor de economische of sociale gevolgen die worden ondervonden naar aanleiding van de toepassing van het voormelde koninklijk besluit van 28 oktober 2021. Gelet op de wet van 14 augustus 2021 betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische nood situatie, werden de bijzondere COVID-19-maatregelen uiteindelijk bij koninklijk besluit vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.05.2022 – Editie 1	24.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een arts-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit voert een vermindering van het remgeld in voor bepaalde verstrekkingen wanneer de rechthebbende werd doorverwezen door een huisarts.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.05.2022 – Editie 1	27.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- punt 2, B, b van hoofdstuk V van de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en de prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt vervangen door volgende bepalingen: “hij heeft een zorgtrajectcontract voor type 2 diabetes gesloten dat geldig is op de datum van het voorschrift bedoeld in het punt 4.2., B of dat in werking treedt binnen de 3 maanden die volgen op die datum”

- o punt 4.2., C van hoofdstuk V van de bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met volgende bepalingen: “Voor een rechthebbende voor wie het zorgtrajectcontract in werking treedt binnen de maximum 3 maanden die volgen op de datum van het voorschrift, kunnen maximum 5 educatieverstrekkingen vergoed worden vanaf de datum van het voorschrift tot de datum van inwerkingtreding van het zorgtrajectcontract. De educatieverstrekkingen die gerealiseerd worden binnen deze periode van maximum 3 maanden tellen eveneens mee voor het maximum aantal terugbetaalbare educatieverstrekkingen voorzien in dit punt C.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
09.06.2022 – Editie 2	18.05.2022	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°, 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

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 6 van het koninklijk besluit van 26 januari 2021 tot uitvoering van het artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19-crisis betreft:

- o de woorden “en treedt buiten werking op 31 december 2021” worden vervangen door de woorden “en treedt buiten werking op 31 december 2022”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.04.2022	15.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 8, § 12, 2° van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- o in § 2 wordt het derde lid door het volgende vervangen: “De technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3° *bis* en 4° en de specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° *bis* kunnen in dringende gevallen worden uitgevoerd op basis van een mondeling geformuleerd medisch voorschrift, telefonisch, radiofonisch of via webcam meegedeeld door de in het eerste lid bedoelde zorgverlener. De zorgverlener bevestigt zo spoedig mogelijk schriftelijk het voorschrift en dit ten laatste 5 kalenderdagen na bovenstaand mondeling voorschrift.”

- in § 12, 2<sup>o</sup> wordt het derde lid vervangen door een nieuw lid, luidend als volgt: “De periode van activiteit van 6 maanden, zoals beschreven in het vorige lid, is in de volgende gevallen niet vereist voor een nieuwe structurele equipe:
  - in geval van een fusie van verschillende structurele equipes indien elk van de structurele equipes die fusioneren reeds voldoet aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen
  - in geval van splitsing van een structurele equipe indien de structurele equipe die als gevolg van de splitsing ontstaat aan de voorwaarden voor de integratie van zorgkundigen voldoet.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
02.05.2022	10.04.2022	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

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht aan C, 2.2.2. Optische contactlenzen, van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- in het eerste lid worden de bepalingen onder 4. vervangen door “4. ametropie van minstens -/+ 7,75 dioptrieën.”
- in het derde lid worden de woorden “De ametropie van minstens -/+ 8,25 dioptrieën” vervangen door de woorden “De ametropie van minstens -/+ 7,75 dioptrieën”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
23.05.2022 – Editie 1	18.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
01.07.2022 – Editie 1	18.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Corrigendum</i>

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- § 1, 2<sup>o</sup>, IV. wordt vervangen als volgt: IV. Verstrekkingen, verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden
- in § 11 worden het vijftiende, zestiende en zeventiende lid vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
23.05.2022 – Editie 1	20.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in § 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 het vierde, vijfde, zesde, zevende, achtste en negende lid vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.05.2022	10.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
16.08.2022	10.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. - <i>Erratum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- § 2 wordt gewijzigd als volgt:
  - => in de rubriek “Parodontologie” wordt bij de verstrekking 301254-301265 de toepassingsregel zoals bedoeld in het derde lid vervangen;
  - => in de rubriek “Parodontologie” worden de toepassingsregels met betrekking tot de verstrekkingen 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361 zoals bedoeld in de laatste twee leden vervangen;
  - => in de rubriek “Parodontologie” bij de verstrekking 301372-301383 bij de toepassingsregel zoals bedoeld in het eerste lid wordt het woord “voorafgaandelijk” toegevoegd tussen de woorden “kalenderjaar” en “een verstrekking”;
- in § 3 van de rubriek “Orthodontie” wordt de omschrijving van de verstrekking 305572-305583 vervangen.

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- § 4<sup>quater</sup> wordt gewijzigd als volgt: de woorden “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221” worden ingevoegd tussen de woorden “304931-304942” en de woorden “voor zorgverlening”



- § 6 wordt gewijzigd als volgt:
  - => het tweede lid van punt 2.2 wordt vervangen;
  - => het derde lid van punt 3.1.2 wordt vervangen;
  - => na 3.1.2. wordt punt 3.1.3 ingevoegd;
  - => punt 3.2 wordt geschrapt;
  - => punt 4.1.3. wordt gewijzigd;
  - => punt 4.2 wordt vervangen;
  - => in het vierde lid van punt 4.3.1. worden de woorden “van de onderbreking” ingevoegd tussen de woorden “de melding” en “niet kan”;
  - => in punt 4.3.2., eerste lid, worden de woorden “van de onderbreking” ingevoegd tussen de woorden “de melding” en “ontvangen”;
  - => in punt 4.4.1, eerste lid, wordt de zin “overeenkomstig de bepalingen in punt 4.2” ingevoegd na het woord “rechthebbende”;
  - => in punt 4.4.1.2. wordt de tweede zin vervangen als volgt: “Deze pathologie moet verschenen zijn, ofwel gedurende de geldigheidstermijn van 24 kalendermaanden vanaf de datum van de code 305572-305583 of 305690-305701 die doorloopt na de 15e verjaardag, ofwel gedurende de periode van 24 kalendermaanden voorafgaand aan de 15e verjaardag van de rechthebbende.”;
  - => punten 6.4. en 6.5. worden vervangen;
  - => een punt 6.6 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.05.2022	18.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 9, a), § 5, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- het achtste lid wordt vervangen als volgt: “422951 Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vijfde dag volgend op de dag van de verlossing, op een werkdag V 28”
- een lid wordt tussen het achtste en het negende lid ingevoegd, luidend als volgt: “422995 Postnataal toezicht en verzorging thuis gedurende de vijfde dag volgend op de dag van de verlossing, in het weekend of op een feestdag V 28”
- het veertigste lid wordt vervangen als volgt: “De verstrekkingen 422796, 423791, 422774, 423776, 422914, 422936, 422951, 422995, 422435, 428492, 428514, 422450, 428654, 428676, 422472, 428691 en 428713 omvatten het postnataal onderzoek van moeder en kind (anamnese, klinische evaluatie, meting en opvolging van de noodzakelijke parameters, en andere observaties). Van deze observaties en het zorgplan wordt een verslag in het dossier van de rechthebbende genoteerd.  
In uitzonderlijke gevallen, bijvoorbeeld in de volgende situaties: tijdens de opname van het kind in een ziekenhuis, een afstandskind of het overlijden (in utero of perinataal) van het kind, is het toegelaten dat het kind niet aanwezig kan zijn tijdens deze verstrekkingen. Indien de motivering van deze afwezigheid duidelijk in het dossier is vermeld, kan de vroedvrouw deze verstrekkingen attesteren voor de verzorging verleend aan de moeder, zelfs in afwezigheid van het kind.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.06.2022	06.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
26.07.2022	06.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Erratum

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 5 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- § 1 wordt gewijzigd als volgt:

  - => in de rubriek “raadplegingen”, in de omschrijving van de verstrekking 371033-371044, worden de woorden “door een geneesheer aangevraagd” geschrapt;
  - => in de rubriek “preventieve behandelingen”, wordt de omschrijving van de verstrekking 371615-371626 vervangen;
  - => in de rubriek “preventieve behandelingen”, wordt de omschrijving van de verstrekking 371571-371582 vervangen;
  - => in de rubriek “preventieve behandelingen” wordt de alinea “Per kalendersemester is de verzekeringstegemoetkoming voor slechts één van de verstrekkingen 371615-371626 of 371571-371582 verschuldigd.” geschrapt;
  - => in de rubriek “parodontologie” bij de verstrekking 371254-371265 worden in de toepassingsregel zoals voorzien in het eerste lid, de woorden “en/of implantaten” ingevoegd tussen de woorden “tanden” en “is”;
  - => de verstrekkingen van de rubriek “extracties” worden vervangen;
  - => in de rubriek “zorg bijzondere noden”, in de omschrijving van de verstrekking 379514-379525 worden de woorden “en/of de prestaties profylactisch reinigen” ingevoegd tussen de woorden “extracties” en “bij”;
- § 2 wordt gewijzigd als volgt:

  - => in de rubriek “raadplegingen”, in de omschrijving van de verstrekking 301033-301044, worden de woorden “door een geneesheer aangevraagd” geschrapt;
  - => in de rubriek “preventieve behandelingen”, in de verstrekking 301593-301604 wordt “67ste” vervangen door “80e”;
  - => in de rubriek “parodontologie” bij de prestatie 301254-301265, in de toepassingsregel zoals voorzien in het eerste lid, worden de woorden “en/of implantaten” ingevoegd tussen de woorden “tanden” en “is”;
  - => in de rubriek “parodontologie” wordt de verstrekking “Verwijderen van subgingivaal tandsteen met indien nodig het glad maken van het worteloppervlak, in gesloten veld, per kwadrant en éénmaal per drie kalenderjaren, vanaf de 18e tot de 55ste verjaardag”, gewijzigd;

=> in de rubriek “parodontologie” bij de verstrekking 301372-301383, in de toepassingsregel zoals voorzien in het eerste lid, worden de woorden “of verwijderen van subgingivaal tandsteen” geschrapt tussen de woorden “tandsteenverwijdering” en “werd” en vervangen door de woorden “verwijderen van subgingivaal tandsteen of een jaarlijks mondonderzoek”;

=> de rubriek “extracties” wordt vervangen;

=> in de rubriek “zorg bijzondere noden”, in de omschrijving van de prestatie 309514-309525 worden de woorden “en/of de prestaties profylactisch reinigen” ingevoegd tussen de woorden “extracties” en “bij”;

- § 4, betreffende het bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen, wordt gewijzigd als volgt:

=> de omschrijving van de verstrekking 389631-389642 wordt vervangen als volgt: “Bijkomend honorarium voor een verstrekking 374975-374986, 374872-374883, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 377274-377285, 307274-307285, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221, per verstrekking”

=> de omschrijving van de verstrekking 389653-389664 wordt vervangen als volgt: “Bijkomend honorarium voor een verstrekking 377031-377042, 307031-307042, 375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163 of 317192-317203, per verstrekking”

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen:

- § 1*bis* wordt geschrapt
- bij § 2*bis* wordt het volgende lid geschrapt “De preventieve acties uitgevoerd tijdens het jaarlijks mondonderzoek 301593-301604 komen niet in aanmerking als vergoedingsvoorwaarde voor de prestatie parodontaal mondonderzoek en/of het verwijderen van subgingivaal tandsteen.”
- § 3*bis* wordt gewijzigd als volgt:
  - => in het eerste lid wordt de verstrekking “301173-301184” geschrapt en wordt de verstrekking “304894-304905” geschrapt en vervangen door de verstrekking “304990-305001”;
  - => het lid “Bij de prestaties 371151-371162, 301151-301162 en 301173-301184 moet de gerechtigde op het moment van de extractie in behandeling zijn met orale en/of parenterale anticoagulantia en/of lijden aan hemofilie. De gegevens die dit aantonen dienen door de practicus in het dossier van de patiënt bewaard te worden en kunnen door de adviserend geneesheer ter inzage opgevraagd worden.” wordt geschrapt;
- § 3*quater* wordt gewijzigd als volgt:
  - => in het tweede lid, worden de verstrekkingen “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184” geschrapt;
  - => na het eerste lid wordt een nieuw lid ingevoegd met de vermelding “Het bijkomend honorarium voor wondhechting kan enkel aangerekend worden indien dit gecumuleerd wordt samen met de volgende prestaties: 374975-374986, 374872-374883, 374754-374765, 374776-374780, 304975-304986, 304872-304883, 304990-305001, 304916-304920, 304754-304765, 304776-304780 en indien er geen cumul is met een heelkundige prestatie van artikel 14 l) in dezelfde opereerstreek.”;

- het eerste lid van § 4<sup>quater</sup> wordt gewijzigd als volgt:
  - => de volgende woorden “en de verstrekkingen 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781” worden ingevoegd tussen de woorden “extracties” en “met uitzondering”;
  - => de verstrekkingen “374931-374942, 304931-304942, 371151-371162, 301151-301162, 301173-301184, 371195-371206, 301195-301206 en 301210-301221” worden geschrapt;
  - => de verstrekkingen “375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163” worden ingevoegd tussen de woorden “303774-303785” en “voor”;
- § 18 wordt gewijzigd als volgt:
  - => in het tweede lid worden de verstrekkingen “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184” geschrapt tussen de verstrekkingen “301136-301140” en “371195-371206” en worden de verstrekkingen “374931-374942, 304931-304942” geschrapt tussen de verstrekkingen “304776-304780” en “308512-308523”;
  - => in het tweede lid worden de verstrekkingen “374850-374861, 304850-304861” vervangen door de verstrekkingen “374975-374986, 304975-304986”;
  - => in het tweede lid wordt de verstrekking “304894-304905” vervangen door de verstrekking “304990-305001”;
  - => in het tweede lid worden de verstrekkingen “375130-375141, 305130-305141, 375152-375163, 305152-305163” ingevoegd tussen de verstrekkingen “304776-304780” en “308512-308523”;
  - => in het derde lid worden de verstrekkingen “371151-371162, 301151-301162, 301173-301184” geschrapt tussen de verstrekkingen “301136-301140” en “371195-371206”;
- in artikel 6 wordt een § 20 ingevoegd waarin wordt vermeld: “§ 20 Alle verstrekkingen van artikel 5 van de nomenclatuur moeten worden verricht in overeenstemming met de criteria voorzien in de artikelen 14, 17 en 19 van de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg.  
Wanneer een verstrekking van artikel 5 van de nomenclatuur wordt uitgevoerd buiten een vaste praktijk, moet deze informatie vermeld worden door middel van een pseudocode die geattesteerd wordt volgens de modaliteiten zoals voorzien in artikel 23 § 7 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

#### 4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
04.04.2022	23.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit nr. 21 van 14 mei 2020 houdende tijdelijke aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden en administratieve regels in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ten gevolge van de COVID-19 pandemie

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit heft artikel 22 op, dat tijdens de crisisperiode in verband met COVID-19 thuisverpleegkundigen toeliet de eID van hun patiënten niet in te lezen om hun identiteit te controleren indien dit de eigen gezondheid of die van patiënten in gevaar zou brengen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
05.04.2022	05.03.2022	Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de vroedvrouwen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

### Samenvatting van de wijzigingen

De jaarlijkse tegemoetkoming voor de premies 2021 en 2022 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.04.2022 – Editie 1	24.03.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 25 jaar, en voor vrouwen met recht op verhoogde tegemoetkoming

### Samenvatting van de wijzigingen

Zowel het opschrift als het corpus van de tekst van het koninklijk besluit van 16 september 2013 werden aangepast. Het woord “vrouw” is systematisch vervangen door de term “rechthebbende”. De terugbetaling van contraceptiva zal niet langer beperkt zijn tot vrouwen, maar staat nu open voor alle personen, ongeacht geslacht, indien zij aan de voorwaarden voor terugbetaling voldoen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
06.05.2022 – Editie 1	20.04.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen

### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit brengt de volgende wijzigingen aan:

- artikel 3 wordt aangevuld met de paragrafen 5 en 6, luidend als volgt:  
 “§ 5. Voor het jaar 2021 wordt het basisbedrag bedoeld in § 1, 1<sup>o</sup>, vastgesteld op 118.561,78 EUR en het aanvullend bedrag vastgesteld op 79,79 EUR per geldige uitgebrachte stem.  
  
 § 6. Voor het jaar 2022 wordt het basisbedrag bedoeld in § 1, 1<sup>o</sup>, vastgesteld op 123.882,13 EUR en het aanvullend bedrag vastgesteld op 83,17 EUR per geldige uitgebrachte stem.
- in artikel 5, § 1, wordt de bepaling onder 1<sup>o</sup> vervangen als volgt:  
 “75 % van het bedrag, vóór 31 maart van het desbetreffende jaar en wat 2015 en 2016 betreft, in de dertig dagen die volgen op de inwerkingtredingsdatum van de bedragen bedoeld in artikel 3, § 2, en wat 2019 en 2020 betreft, in de dertig dagen die volgen op de inwerkingtredingsdatum van het bedrag bedoeld in artikel 3, § 4, en wat 2021 betreft, in de dertig dagen die volgen op de inwerkingtredingsdatum van het bedrag bedoeld in artikel 3, § 5.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.05.2022	24.03.2022	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 42, eerste lid, 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

Dit koninklijk besluit regelt de tegemoetkoming voorzien voor artsen voor het uitvoeren van lichamelijke onderzoeken in de triage- en afnamecentra bedoeld in titel 4, hoofdstuk 2 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, voor de periode van 23 maart 2020 tot en met 26 juli 2020.

Voor de bepaling van de tegemoetkoming voor artsen wordt rekening gehouden met 80,34 EUR per gepresteerd uur. Tijdens het weekend of op een feestdag bedraagt dit 119,94 EUR per uur. Deze vergoeding kan maximaal 12 uur per dag worden aangerekend.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
08.06.2022 – Editie 2	12.05.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit voorziet meer bepaald met ingang van 1 januari 2022 (met uitzondering van art. 3, 1° dat uitwerking heeft met ingang van 29.10.2021 – *cf.* infra de formele aanpassing) de volgende reglementaire wijzigingen in het kader van de uitoefening van een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 (welbepaalde activiteiten in de socioculturele sector en de sportsector) tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid die is erkend in de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen:

- een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 verricht op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid, wordt niet beschouwd als een beroepsbezigheid, voor zover deze activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd
- de gerechtigde die, tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid, een activiteit bedoeld in artikel 17, § 1, eerste lid, 1° en 3° tot en met 7°, van het “RSZ-besluit” van 28 november 1969 heeft verricht in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, beschikt over een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid om een aanvraag tot toelating in te dienen. De adviserend arts moet zijn beslissing uiterlijk de dertigste werkdag te rekenen vanaf de aanvraag tot toelating nemen. De gerechtigde aan wie een beslissing tot weigering van de toekenning van de toelating om deze activiteit te hervatten ter kennis wordt gebracht wegens de niet verenigbaarheid van deze activiteit met zijn algemene gezondheidstoestand of een beslissing ter kennis wordt gebracht die een einde aan de staat van arbeidsongeschiktheid stelt omdat hij niet beantwoordt aan de voorwaarden van artikel 19 of 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, geniet tijdens de periode die de ingangsdatum van deze beslissing voorafgaat, uitkeringen berekend overeenkomstig artikel 28*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971
- in het kader van de cumulatierегeling van toepassing wanneer een toegelaten activiteit wordt uitgeoefend (*cf.* art. 28*bis* van het K.B. van 20.07.1971), wordt deze activiteit beschouwd als een onbezoldigde activiteit van niet professionele aard (geen impact).

Voorts vervangt dit koninklijk besluit in het koninklijk besluit van 20 juli 1971 de verwijzing naar “het ministerieel besluit van 13 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken en elk ander later ministerieel besluit houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken” door de verwijzing naar “het koninklijk besluit van 28 oktober 2021 houdende de nodige maatregelen van bestuurlijke politie teneinde de gevolgen voor de volksgezondheid van de afgekondigde epidemische nood-situatie betreffende de coronavirus COVID-19-pandemie te voorkomen of te beperken” (formele aanpassing).

Deze verwijzing is opgenomen in artikel 28bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (cumulatieregeling in geval van een toegelaten activiteit tijdens de arbeidsongeschiktheid) en houdt verband met de neutralisatie van de financiële vergoedingen die door de gewesten, gemeenschappen, provincies of gemeenten worden toegekend voor de economische of sociale gevolgen die worden ondervonden naar aanleiding van de toepassing van het voormelde koninklijk besluit van 28 oktober 2021. Gelet op de wet van 14 augustus 2021 betreffende de maatregelen van bestuurlijke politie tijdens een epidemische noodsituatie, werden de bijzondere COVID-19-maatregelen uiteindelijk bij koninklijk besluit vastgesteld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
22.06.2022	06.06.2022	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

In artikel 3 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de eerste zin wordt aangevuld met de woorden “,en voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022, 1,25 EUR per patiëntencontact”
- de tweede zin wordt aangevuld met de woorden “,en voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022, 10,00 EUR per patiëntencontact”.

In artikel 4 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het eerste lid wordt de eerste zin aangevuld met de woorden “en, voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, ten laatste op 31 juli 2022 en, voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, ten laatste op 30 september 2022”
- in het eerste lid wordt de tweede zin aangevuld met de woorden “en, voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, op 28 februari 2022 en, voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, op 31 mei 2022”
- het tweede lid wordt aangevuld met de volgende zinnen:
 

“om voor de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 in aanmerking te komen voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, dient er voor de in artikel 2 bedoelde zorgverlener uiterlijk op 30 juni 2022 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV. Om voor de financiële tussenkomst bedoeld in artikel 2 in aanmerking te komen voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, dient er voor de in artikel 2 bedoelde zorgverlener uiterlijk op 31 augustus 2022 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV.”

In artikel 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de eerste zin van paragraaf 1, tweede lid, worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> wordt aangevuld met de woorden: “, en voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022, 250 EUR per maand”;  
=> het lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor de medische huizen waar meer dan 2000 rechthebbenden zijn ingeschreven, wordt voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022 dit bedrag van 250 EUR per maand verhoogd met 0,50 EUR per maand per ingeschreven rechthebbende boven dit aantal.”.
- in paragraaf 2 worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> het tweede lid wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 maart 2022 bedraagt de financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid 50 EUR per maand tijdens dewelke vergoedbare geneeskundige verstrekkingen werden verleend.”;  
=> het derde lid wordt aangevuld met de volgende zinnen: “Om voor de financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid in aanmerking te komen voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, dient er voor de in het eerste lid bedoelde zorgverlener uiterlijk op 30 juni 2022 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV. Om voor de financiële tussenkomst bedoeld in het eerste lid in aanmerking te komen voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, dient er voor de in het eerste lid bedoelde zorgverlener uiterlijk op 31 augustus 2022 een rekeningnummer geregistreerd te zijn in de daartoe voorziene webtoepassing van het RIZIV”.
- in paragraaf 4 worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de woorden “31 augustus 2021” worden vervangen door de woorden “28 februari 2022”;  
=> de eerste zin wordt aangevuld met de woorden “en, voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, ten laatste op 31 juli 2022 en, voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, ten laatste op 30 september 2022.”.

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 5/1:

- in paragraaf 1, 2<sup>e</sup> lid, worden de woorden “en voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021, ten laatste op 30 juni 2022, en voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022, ten laatste op 31 augustus 2022,” ingevoegd tussen de woorden “ten laatste op 31 januari 2022,” en de woorden “een papieren factuur”
- paragraaf 2, 2<sup>e</sup> lid, wordt aangevuld met de volgende zinnen: “Vanaf 31 mei 2022 en uiterlijk op 30 juni 2022 kan er per vestigingseenheid voor de periode van 1 juli 2021 tot 31 december 2021 één aanvraag worden uitgevoerd in de in het eerste lid voorziene webtoepassing. “Vanaf 1 juli 2022 en uiterlijk op 31 augustus 2022 kan er per vestigingseenheid voor de periode van 1 januari 2022 tot 31 maart 2022 één aanvraag worden uitgevoerd in de in het eerste lid voorziene webtoepassing.”

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 7:

- de woorden “tot 30 juni 2021” worden vervangen door de woorden “tot 31 maart 2022”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.06.2022	06.06.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3:  
=> in het 1<sup>e</sup> lid, 3<sup>o</sup>, wordt het codenummer “304931-304942” geschrapt;  
=> in het 1<sup>e</sup> lid, 3<sup>o</sup>, worden de codenummers “305130-305141 en 305152-305163” ingevoegd na het codenummer “307031-307042”;



- => in het 1<sup>e</sup> lid, 7<sup>o</sup>, wordt het codenummer “304850-304861” vervangen door het codenummer “304975-304986”;
- => in het 1<sup>e</sup> lid, 7<sup>o</sup>, wordt het codenummer “304894-304905” vervangen door het codenummer “304990-305001”;
- => in het 1<sup>e</sup> lid wordt 22<sup>o</sup> geschrapt.

- o In artikel 5:
  - => in het 1<sup>e</sup> lid worden de verstrekkingen “371151-371162” en “374931-374942” geschrapt;
  - => in het 1<sup>e</sup> lid wordt het codenummer “374850-374861” vervangen door het codenummer “374975-374986”;
  - => in het 1<sup>e</sup> lid worden de codenummers “375130-375141 en 375152-375163” ingevoegd tussen de verstrekking “374776-374780” en de verstrekking “374975-374986” aangepast bij dit besluit.

## 5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
11.04.2022	30.03.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.04.2022	14.04.2022	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
29.04.2022	14.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - <i>Erratum</i>
11.05.2022	14.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - <i>Erratum</i>

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.05.2022	12.05.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
20.04.2022	14.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.04.2022 – Editie 2	19.04.2022	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
12.05.2022	19.04.2022	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 - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- o in punt “F.1.7. Hartondersteuning” worden de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten toegevoegd als volgt:
  - => 181473-181484 Materiaal voor ventrikelerondersteuning van het implanteerbare type gebruikt voor primo-implantatie in geval van “destination therapy”;
  - => 181554-181565 Geheel van materiaal voor de vervanging van ventrikelerondersteuning van het implanteerbare type gebruikt in geval van “destination therapy”;
  - => 183610 Alle toebehoren om het materiaal voor ventrikelerondersteuning in geval van “destination therapy” correct te laten werken voor een ambulante rechthebbende gedurende het eerste jaar van de ondersteuning;

=> 183632 Alle toebehoren om het materiaal voor ventrikelondersteuning in geval van “destination therapy” correct te laten werken voor een ambulante rechthebbende na het eerste jaar van de ondersteuning.

- De vergoedingsvoorwaarde F- § 27 wordt toegevoegd.

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

- de verstrekking 181473-181484 wordt toegevoegd en wordt gekoppeld aan de nominatieve lijst 36803
- de verstrekking 181554-181565 wordt toegevoegd en wordt gekoppeld aan de nominatieve lijst 36803.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	24.03.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in punt “F.1.11 Andere disposables bij interventie op het hart” wordt in de Nederlandse tekst de omschrijving van de verstrekking 172594-172605 vervangen als volgt: “Sonde voor eenmalig gebruik voor de peroperatieve behandeling van voorkamerfibrillatie”
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 20 aangebracht:
  - => in de Nederlandstalige tekst worden het eerste lid en punt “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” vervangen;
  - => punt “2. Criteria betreffende de rechthebbende” wordt vervangen;
  - => punt “5.2. Andere regels” wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
27.04.2022	19.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 30 september 2020 tot vaststelling van de bijkomende tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van gedialyseerde rechthebbenden, van kankerpatiënten en in het kader van de revalidatie in geval van vervoer met een ziekenwagen wegens de gezondheidsmaatregelen genomen in het kader van de COVID-19 pandemie

### Samenvatting van de wijzigingen

De tijdelijke financiële tegemoetkoming in de reiskosten van gedialyseerde rechthebbenden, van kankerpatiënten en in het kader van de revalidatie in geval van vervoer met een ziekenwagen wegens de gezondheidsmaatregelen genomen in het kader van de COVID-19-pandemie wordt verlengd tot en met 30 juni 2022 voor de ritten uitgevoerd tussen 1 juli 2021 en 31 maart 2022.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
16.05.2022	22.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- het opschrift "H.1 Borstklier" wordt vervangen door "H.1 Borst"
- in het vroegere punt "H.1 Borstklier" dat nu punt "H.1 Borst" is, worden de volgende verstrekking en haar vergoedingsmodaliteiten toegevoegd: "182836-182840 Markeerder voor zachte weefsels, die geen draad is en geen gebruik maakt van radio-isotopen, waarbij langdurige plaatsing mogelijk is en die samen met het doelweefsel chirurgisch verwijderd wordt"
- de omschrijving van de verstrekking 161991-162002 wordt vervangen door "Draadvormige markeerder in metaal of kunststof voor zachte weefsels die zowel het doelweefsel als het punctiekanaal markeert, en die samen met het doelweefsel chirurgisch verwijderd wordt"
- de vergoedingsvoorwaarde H- § 06 die gaat bij de verstrekkingen 182836-182840 en 161991-162002 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	19.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst en de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in punt "E.8 Neurostimulatie" worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => de omschrijving van de verstrekkingen 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157710-157721 wordt vervangen;
  - => de verstrekkingen 182733-182744, 182755-182766, 182770-182781, 182792-182803, 182814-182825 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
- de vergoedingsvoorwaarde E- § 04 wordt vervangen.

In de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden de volgende wijzigingen aangebracht in de nominatieve lijst 319 betreffende de “Stimulatoren en elektroden voor sacrale zenuwstimulatie”, die als bijlage bij dit besluit is gevoegd:

- de omschrijving van de verstrekkingen 157636-157640, 157651-157662, 181635-181646, 157710-157721 wordt vervangen
- een nieuwe nominatieve lijst 31905, behorende bij de verstrekkingen 182733-182744, 182755-182766 en 182792-182803, wordt toegevoegd
- een nieuwe nominatieve lijst 31906, behorende bij de verstrekkingen 182770-182781 en 182814-182825, wordt toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	21.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” worden de volgende wijzigingen aangebracht in punt “F.5 Thorax en thoraxwand: Allerlei”:
  - => de omschrijving van de verstrekking 160392-160403 vervangen;
  - => de verstrekkingen 182350-182361 en 182372-182383 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd.
- in hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => het opschrift “L.3.4.3 Osteosyntheseplaat met anatomische lokalisatie” wordt vervangen;
  - => in het vroegere punt “L.3.4.3 Osteosyntheseplaat met anatomische lokalisatie”, dat nu punt “L.3.4.3 Implantaat voor osteosynthese met anatomische lokalisatie” is, worden de verstrekkingen 182394-182405, 182416-182420, 182431-182442 en 182453-182464 en hun vergoedingsmodaliteiten toegevoegd;
  - => de vergoedingsvoorwaarde L- § 34 die gaat bij de verstrekkingen 182394-182405 en 182416-182420 wordt ingevoegd;
  - => de vergoedingsvoorwaarde L- § 35 die gaat bij de verstrekkingen 182431-182442 en 182453-182464 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	22.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- opschrift "L.12. Kunststofligament" wordt aangevuld met de verstrekking 182490-182501 en haar vergoedingsmodaliteiten;
- de vergoedingsvoorwaarde L - § 33 die gaat bij de voornoemde verstrekking, wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.06.2022	21.04.2022	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

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

- in punt "L.2.2.3 Enkel":
  - => worden de verstrekkingen 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506, 167510-167521 en 167532-167543 en hun vergoedingsmodaliteiten geschrapt;
  - => worden de onderverdelingen "L.2.2.3.1 Tibial", "L.2.2.3.2 Talaire" en "L.2.2.3.3 Toebehoren voor enkelprothesen" geschrapt;
  - => worden de verstrekkingen 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 en 182711-182722 en hun vergoedingsmodaliteiten toegevoegd.
- in de vergoedingsvoorwaarde L- § 16:
  - => in het opschrift "Gelinkte verstrekkingen" worden de verstrekkingen 167414-167425, 167436-167440, 167451-167462, 167473-167484, 167495-167506, 167510-167521 en 167532-167543 geschrapt en worden de verstrekkingen 182652-182663, 182674-182685, 182696-182700 en 182711-182722 toegevoegd;
  - => punt "2. Criteria betreffende de rechthebbende" wordt vervangen.

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

- de nominatieve lijst 34101 behorende bij de verstrekking 167414-167425 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34102 behorende bij de verstrekking 167436-167440 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34103 behorende bij de verstrekking 167451-167462 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34104 behorende bij de verstrekking 167473-167484 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34105 behorende bij de verstrekking 167495-167506 wordt geschrapt
- de nominatieve lijst 34106 behorende bij de verstrekking 167510-167521 wordt geschrapt.

## 6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	23.03.2022	Verordening tot wijziging, wat de aangifte van de arbeidsongeschiktheid betreft, van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

In het kader van iteratie 1 van het project “Mult-eMediatt” (project tot informatisering van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid) worden met voormelde verordening wijzigingen aangebracht in de Verordening op de uitkeringen van 16 april 1997, waarbij de behandelende arts het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid ook langs elektronische weg naar de verzekeringsinstelling kan versturen, als de gerechtigde daartoe toestemming heeft verleend.

Deze elektronische verzending zal in eerste instantie beperkt zijn tot

- de aangiftes van de arbeidsongeschiktheden waarvan de duur veertien dagen overschrijdt
- de aangiftes van verlenging van de arbeidsongeschiktheid
- de aangiftes van herval in arbeidsongeschiktheid.

Het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid (papier/elektronisch) moet de identificatiegegevens van de patiënt en de zorgverlener omvatten, alsook de substantiële gegevens en de gegevens die specifiek zijn voor het geval in kwestie (gegevens waarvan de lijst is opgenomen in de nieuwe Bijlage I van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
18.05.2022	28.03.2022	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier E-Form-I-04 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar in hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” van de lijst wordt verwezen, toegevoegd en wordt het formulier E-Form-II-02, waarnaar in hetzelfde hoofdstuk wordt verwezen, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
23.05.2022 – Editie 1	28.03.2022	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 6, § 1, 1°, 5° lid, van de Verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld met de volgende zin: “Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 11, van de nomenclatuur, moet conform het model opgenomen in bijlage 5c zijn.”
- in de verordening, beoogd in artikel 1 van onderhavige verordening, wordt een bijlage 5c ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.05.2022	20.12.2021	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 24, § 1, van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- het eerste en tweede lid worden vervangen als volgt:

“§ 1. Het formulier, beoogd in bijlage 60*bis*, of zijn equivalent moet uiterlijk bij het begin van een vroege orthodontische behandeling, zoals beoogd in artikel 6, § 6, punt 3, van de nomenclatuur, worden opgemaakt, moet worden bewaard in het patiëntendossier en ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden.

Het formulier, voorzien in bijlage 60, of zijn equivalent wordt opgemaakt uiterlijk bij aanvang van een regelmatige orthodontische behandeling zoals bedoeld in artikel 6, § 6, punt 4, van de nomenclatuur, en wordt in het dossier van de patiënt bewaard en wordt ter beschikking van de adviserend arts gehouden. Als de regelmatige orthodontische behandeling niet vóór de 15e verjaardag kan starten, wordt de nomenclatuurcode 305572-305583 of een van de volgende pseudocodes geattesteerd bij wijze van kennisgeving volgens de regels die zijn vastgesteld in artikel 6, § 3, punt 4:

- 305690-305701 Kennisgeving door middel van een bijlage 60 of zijn equivalent dat werd opgemaakt en wordt bewaard in het dossier van de patiënt
- 305756-305760 Kennisgeving door middel van een bijlage 60 “ten bewarende titel” of zijn equivalent dat is opgesteld tussen de 13e en de 15e verjaardag en wordt bewaard in het dossier van de patiënt.

De kennisgeving via de attestering van de codenummers 305690-305701 of 305572-305583 vóór de 15e verjaardag opent het recht op een tegemoetkoming voor een regelmatige orthodontische behandeling gedurende een periode van 24 kalendermaanden volgend op de attestering van die codenummers. Er wordt rekening gehouden met de laatst geattesteerde code om deze periode van 24 kalendermaanden te bepalen.



De kennisgeving via de pseudocode 305756-305760 moet in het bezit zijn van de verzekeringsinstelling vóór de 15de verjaardag van de verzekerde of tijdens de geldigheidsperiode van de kennisgeving via de code 305690-305701 of 305572-305583.

De pseudocodes 305690-305701 en 305756-305760 moeten gelijktijdig met eender welke andere vergoedbare prestatie uit artikel 5 van de nomenclatuur geattesteerd worden.”

- De bijlagen 60 en 60*bis* worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
03.06.2022	28.03.2022	Verordening tot wijziging van de Verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

- de formulieren L-Form-I-03 en L-Form-I-04 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie” van de lijst, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.06.2022	14.03.2022	Verordening tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht in artikel 23 van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

- er wordt een § 7 ingevoegd met vermelding van: “§ 7. Alle prestaties van artikel 5 van de nomenclatuur die buiten een vaste praktijk worden uitgevoerd, moeten met een pseudocode 389933-389944 worden aangeduid zoals bepaald in artikel 6, § 20 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.”

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

Belgisch Staatsblad

05.04.2022

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

#### **INTERPRETATIEREGEL 41**

##### Vraag

Kunnen de segmenten onder het hoofdstuk voetheffers gecombineerd worden met verstrekking 646612-646623?

##### Antwoord

Neen, het is niet mogelijk het vast toestel, veer of plastieken spalk in of buiten de schoen die moet worden aangebracht aan een serieschoen, elk toestel (646612-646623) te cumuleren met de segmenten vermeld onder verstrekking 646634-646645 of onder verstrekking 646774-646785.”

De interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 december 2013.

Belgisch Staatsblad

30.05.2022 – Editie 1

### **Interpretatieregel voor de vergoeding van de farmaceutische specialiteiten waarvan de vergoeding afhankelijk is van de afwezigheid van evolutieve tuberculose door afname van een Mantoux-test.**

##### Vraag

In welke situatie kan een Mantoux-test vervangen worden door een IGRA-test om de afwezigheid van evolutieve tuberculose aan te tonen terwijl de vergoeding van farmaceutische specialiteiten afhangt van de afname van deze test?

##### Antwoord

Indien de arts-specialist, die de aanvraag van machtiging indient voor de farmaceutische specialiteit waarvan de vergoeding afhangt van de uitvoering van een Mantoux-test, reeds beschikt over een resultaat van een IGRA-test, kan deze laatste een Mantoux-test vervangen om de aanwezigheid van evolutieve tuberculose uit te sluiten.

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 juni 2022.

**Belgisch Staatsblad**

30.05.2022 – Editie 1

**Interpretatieregel voor de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten met nab-paclitaxel als actief bestanddeel.****Vraag**

In welke mate mag een farmaceutische specialiteit op basis van nab-paclitaxel terugbetaald worden in het kader van de behandeling van volwassen rechthebbenden met inoperabel lokaal gevorderde of gemetastaseerde triple-negatieve borstkanker (TNBC) bij wie de tumoren een PD-L1-expressie hebben van  $\geq 1\%$  en die niet eerder chemotherapie voor gemetastaseerde ziekte hebben ontvangen, en dit indien toegediend in combinatie met TecentriqR (atezolizumab) 840mg of in combinatie met TecentriqR 1200mg?

**Antwoord**

Indien een patiënt geniet van een terugbetaling voor TecentriqR 840mg of voor TecentriqR 1200mg en voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden van § 9120000 (de behandeling van volwassen rechthebbenden met inoperabel lokaal gevorderde of gemetastaseerde triple-negatieve borstkanker (TNBC) bij wie de tumoren een PD-L1-expressie hebben van  $\geq 1\%$  en die niet eerder chemotherapie voor gemetastaseerde ziekte hebben ontvangen), is de specialiteit op basis van nab-paclitaxel vergoedbaar zonder voorafgaande machtiging, zelfs indien niet aan alle criteria van de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit op basis van nab-paclitaxel is voldaan, en dit voor een periode gelijk aan de duur van de machtiging voor de terugbetaling van TecentriqR 840mg of TecentriqR 1200mg en indien de aflevering van de specialiteit op basis van nab-paclitaxel wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die TecentriqR 840mg of TecentriqR 1200mg heeft afgeleverd.

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 juni 2022.

**8. Adviezen en protocol**

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.05.2022 – Editie 1	22.04.2022	Overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen. - Ministerraad - 22.04.2022. - Notificatie punt 10

**Samenvatting van de wijzigingen**

De Ministerraad heeft een nieuwe overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen goedgekeurd.

Op 25 juni 2021 heeft de Overeenkomstencommissie Apothekers - Verzekeringsinstellingen een nieuwe overeenkomst gesloten. Die is gesloten naar aanleiding van:

- het aantal wijzigingsclausules (41) bij de overeenkomst van 20 december 1995
- de inclusie van de ziekenhuisapothekers
- het aantal verbintenissen in de huidige overeenkomst dat niet meer van toepassing is
- wijzigingen in andere regelgevingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
25.05.2022	20.05.2022	Overeenkomst M/22, vastgesteld door het Verzekeringscomité, voor de kinesitherapeuten. - Notificatie punt 15

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het Verzekeringscomité heeft een nieuwe overeenkomst M/22 vastgesteld voor de jaren 2022 en 2023.

De overeenkomst M/22 omvat de volgende grote lijnen:

- de honoraria van verschillende verstrekkingen worden vanaf 1 juni 2022 geherwaardeerd
- de sociale voordelen worden met ongeveer 10 % verhoogd
- de premie voor kwaliteitspromotie van 2.000 EUR wordt behouden voor de jaren 2022 en 2023
- concrete initiatieven in het kader van de quintuple aim betreffende een nieuwe nomenclatuur, de praktijkvoering van de kinesitherapeuten en de voortzetting van de digitalisering van de interacties met de verzekeringsinstellingen
- voorstellen met betrekking tot mogelijke pistes voor maatregelen voor de volgende jaren.

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
15.06.2022	10.06.2022	Overeenkomst R/22, vastgesteld door het Verzekeringscomité, voor de logopedisten Notificatie punt 10

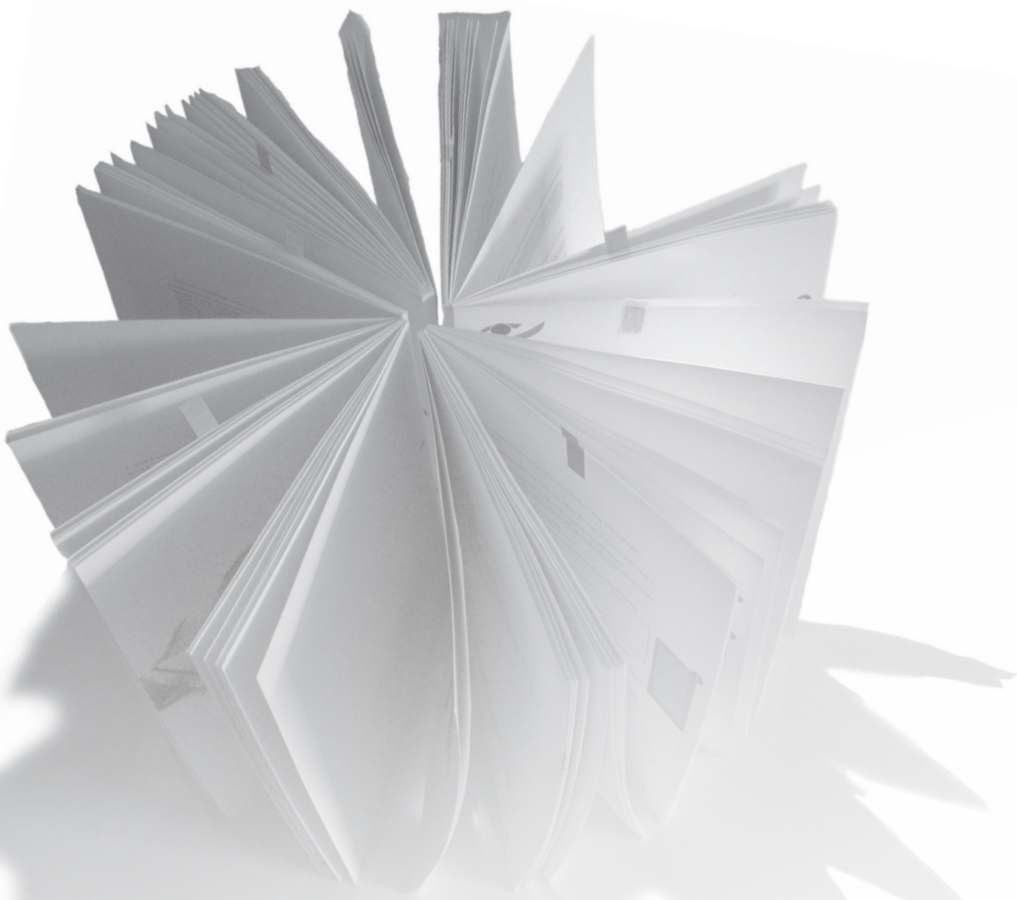
#### Samenvatting van de wijzigingen

Het Verzekeringscomité heeft een nieuwe overeenkomst R/22 vastgesteld voor de jaren 2022 en 2023.

De overeenkomst R/22 bevat de volgende krachtlijnen:

- lineaire indexering van de verstrekkingen vanaf 1 juni 2022
- administratieve vereenvoudiging van de aanvraagprocedure
- hervorming van de nomenclatuur
- aantal logopedisten.

2<sup>e</sup> Deel  
Rechtspraak



## I. Hof van Cassatie, arrest van 19 september 2022

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 100 –  
Beoordeling van de arbeidsongeschiktheid van de  
ongeschoolde handlanger - Zwaar werk/Licht werk

*Het arrest verantwoordt zijn beslissing niet naar recht wanneer het een ongeschoolde handlanger als arbeidsongeschikt beschouwt, op grond van de enige overweging dat hij niet langer zwaar werk in een ongeschoold beroep kan verrichten, zonder na te gaan of het wettelijk vereiste arbeidsongeschiktheidspercentage ook bestaat ten aanzien van ongeschoolde beroepen die geen zwaar werk vereisen.*

Nr S.22.0006.F  
RIZIV t./...

...

## III. La décision de la Cour

### Sur le moyen:

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

Par les constatations que le «passé scolaire» du défendeur comporte des «études primaires et trois années [d'enseignement] secondaire professionnel» et son passé professionnel, les professions «d'ouvrier restaurateur de meubles, jardinier, magasinier-chauffeur, homme à tout faire, carreleur, laveur de vitres et de voitures», l'arrêt donne à connaître que la formation professionnelle du défendeur ne lui a pas conféré de qualification particulière et que toutes les professions qu'il a exercées comportent des travaux lourds.

L'arrêt ne justifie pas légalement sa décision que le défendeur est en incapacité de travail par la seule considération qu'il ne peut plus exercer un travail lourd dans une profession non qualifiée, sans examiner si le taux d'incapacité légalement requis existe aussi par rapport aux professions non qualifiées n'exigeant pas de travaux lourds.

Le moyen est fondé.

**PAR CES MOTIFS,  
LA COUR**

...

## II. Arbeidshof Antwerpen, afdeling Hasselt, arrest van 19 april 2022

Artikel 109**bis** van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 –  
Artikel 215**quater** van het koninklijk besluit van 3 juli 1996  
– Socioprofessionele reïntegratie – Herstel van een initiële  
arbeidsgeschiktheid – Valorisatie van een potentiële  
arbeidsgeschiktheid – Rechtstreekse bijdrage van de  
opleiding in integratie in arbeidsomgeving - Gebrek aan  
nadien ondernomen stappen

*Het RIZIV kan de kosten ten laste nemen van een opleiding 'loopbaancoach' als die opleiding erop gericht is geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van verzekerde te herstellen of haar potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren. In beide gevallen moet het doel de volledige integratie zijn van verzekerde in een arbeidsomgeving.*

*Het volstaat dus niet dat de opleiding een positieve impact heeft op het herstel van verzekerde en zo bijdraagt tot haar integratie. Dit is immers slechts hoogstens een indirecte bijdrage. De opleiding moet rechtstreeks bijdragen tot haar integratie.*

*Verzekerde bewijst niet dat de opleiding loopbaancoach haar initiële arbeidsgeschiktheid herstelt of haar potentiële arbeidsgeschiktheid valoriseert. Algemeen kan worden aanvaard dat het volgen van de opleiding 'loopbaancoach' een meerwaarde kan betekenen op de arbeidsmarkt. Dat criterium is echter te zwak. De meeste opleidingen betekenen wellicht een meerwaarde op de arbeidsmarkt, zelfs (zeer) indirect. De voorwaarden voor een tenlasteneming door het RIZIV van de kosten zijn strenger. Er moet een rechtstreekse bijdrage zijn van de opleiding in de integratie.*

*Verzekerde verduidelijkt op geen enkele wijze wat zij ondernomen heeft met de opleiding 'loopbaancoach'. Zij vermeldt niet wat haar huidige situatie is, of zij bijvoorbeeld werkt. Zij toont niet aan dat zij poogde een tewerkstelling te zoeken, geholpen door de opleiding en legt zelfs geen stukken neer waaruit blijkt dat zij vacatures daarrond opzocht en onderzocht. Dat alles ondersteunt het standpunt van het RIZIV dat minstens onduidelijk is om welke motieven verzekerde de opleiding 'loopbaancoach' volgde. Het gebrek aan nadien ondernomen stappen wijst eerder op persoonlijke interesse dan op het doel de integratie op de arbeidsmarkt te bewerkstelligen.*

A.R. 2021/AH/145  
RIZIV t./...

## 2. Feiten en procedurele voorgaanden

1.

Mevrouw ... volgde een opleiding haartooi, zonder het diploma te behalen. Zij werkte in de horeca, in de productiesector en als helpster bij kinderopvang.

... is arbeidsongeschikt erkend sinds 31 mei 2019 en was dat minstens tot 13 juli 2021, wegens depressieve klachten, migraine, nekklachten, diverse pijnen.

Zij is aangesloten bij Ziekenfonds De Voorzorg.

De GTB<sup>1</sup> die ... begeleidt signaleert een opleiding loopbaancoach bij Syntra Limburg. Deze opleiding zou aanvangen op 18 november 2020 om te eindigen op 26 mei 2021 (stuk 2 van ...). De adviserend arts van het ziekenfonds geeft toelating om de opleiding te mogen volgen (stuk 5 van ... en administratief dossier).

... dient op 6 augustus 2020 via haar ziekenfonds bij het RIZIV<sup>2</sup> een aanvraag in tot tenlasteneming van de financiële kosten van de opleiding loopbaancoach (stuk 1 van het administratief dossier). Het advies van de sociaal deskundige is ongunstig omdat *“De opleiding is niet voldoende valoriserend om terug te keren naar de arbeidsmarkt”* (administratief dossier).

Met een brief van 11 september 2020 deelt het RIZIV aan ... mee dat de HCGRI<sup>3</sup> de aanvraag heeft geweigerd.

Deze ongunstige beslissing motiveert het RIZIV in dezelfde brief als volgt:

*“De opleiding is er niet op gericht uw initiële arbeidsgeschiktheid geheel of gedeeltelijk te herstellen of uw potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren, met het oog op de volledige integratie in een arbeidsomgeving.”* (stuk 2 van het administratief dossier)

... heeft de opleiding tot loopbaancoach ondertussen afgerond (stuk 6 van ...).

2.

... is het niet eens met deze beslissing van 11 september 2020 en tekent hiertegen beroep aan met een verzoekschrift dat zij op 30 oktober 2020 neerlegt op de griffie van de arbeidsrechtbank Antwerpen, afdeling Hasselt. Zij vordert met conclusie van 5 maart 2021:

- “de vordering ontvankelijk en gegrond te verklaren
- dientengevolge de bestreden beslissing te vernietigen en te zeggen voor recht dat:
  - aanlegster recht heeft op een terugbetaling van de kosten voor het volgen van haar opleiding loopbaancoach
- verweerster te veroordelen in de kosten van het geding, voor aanlegster te begroten op 131,18 EUR rechtsplegingsvergoeding”.

Het RIZIV legt geen geschreven conclusie neer bij de arbeidsrechtbank.

Met vonnis van 3 juni 2021 beslist de arbeidsrechtbank:

*“De vordering van ... ontvankelijk en gegrond.*

*Vernietigt de bestreden beslissing van 11 september 2020 en zegt voor recht dat het RIZIV de opleiding “loopbaancoach” ten laste neemt.*

1. Gespecialiseerde trajectbepalings- en begeleidingsdienst.

2. Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

3. Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit. Deze raad is het orgaan van het RIZIV dat over deze aanvragen beslist.



*De rechtbank veroordeelt het RIZIV tot de kosten van het geding, begroot en vereffend op 131,18 EUR (art. 1017, tweede lid en 1018 Ger. W.).”*

Het RIZIV gaat hiermee niet akkoord en tekent op 9 juli 2021 hoger beroep aan tegen dit vonnis.

...

## 4. Beoordeling

### 1.

... maakt ten aanzien van het RIZIV aanspraak op de tenlasteneming van de financiële kosten van de opleiding loopbaancoach op basis van volgende regels:

Artikel 109bis, eerste en tweede lid van de Gecoördineerde Ziektewet<sup>4</sup>:

*“De Geneeskundige raad voor invaliditeit heeft tot taak de tenlasteneming door de uitkeringsverzekering van de programma’s inzake beroepsherscholing ten gunste van de rechthebbenden van de uitkeringsverzekering toe te staan. De voorwaarden waaronder die taak kan worden vervuld door de in artikel 153 bedoelde adviserend artsen worden bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.*

*De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing alsook de voorwaarden waaronder en de nadere regels volgens welke deze programma’s ten laste worden genomen.*

*De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, eveneens de nadere regels volgens welke de kosten die aan de effectieve integratie van de gerechtigde in een programma van beroepsherscholing verbonden zijn, ten laste worden genomen.”*

Artikel 215quater van het Uitvoeringsbesluit van de Gecoördineerde Ziektewet<sup>5</sup>:

*“De tegemoetkomingen inzake beroepsherscholing, bedoeld in artikel 109bis, tweede lid, van de gecoördineerde wet, omvatten alle voorzieningen of diensten, die erop gericht zijn geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te herstellen of de potentiële arbeidsgeschiktheid van deze gerechtigde te valoriseren, met het oog op de volledige integratie van de betrokkene in een arbeidsomgeving.*

*Zij omvatten met name elk onderzoek, zoals een loopbaanoriëntatie-onderzoek dat moet toelaten te bepalen of een beroepsherscholingsprogramma mogelijk en nuttig is, en elke opleiding, begeleiding of scholing die rechtstreeks bijdraagt tot de integratie, bedoeld in het eerste lid.”*

Artikel 215quinquies van het Uitvoeringsbesluit van de Gecoördineerde Ziektewet voegt hieraan toe:

*“De kosten die verbonden zijn aan de effectieve integratie van een gerechtigde na een programma van beroepsherscholing, bedoeld in artikel 109bis, derde lid, van de gecoördineerde wet, moeten rechtstreeks bijdragen tot de integratie van de betrokkene.*

*Deze kosten moeten bovendien in verhouding zijn met het te bereiken doel.*

*De tenlasteneming van deze kosten kan maximaal toegestaan worden voor een periode van zes maanden, te rekenen vanaf de maand volgend op de maand van afronding van het voormeld programma.”*

4. Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994.

5. K.B. van 03.07.1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

2.

Het RIZIV kan dus de kosten ten laste nemen van de opleiding loopbaancoach als:

- die opleiding erop gericht is geheel of gedeeltelijk de initiële arbeidsgeschiktheid van ... te herstellen. Dit is wat het RIZIV in zijn conclusie de socioprofessionele rehabilitatie noemt
- of erop gericht is haar potentiële arbeidsgeschiktheid te valoriseren. Het RIZIV schijnt dit de socioprofessionele heroriëntering te noemen.

In beide gevallen moet het doel de volledige integratie zijn van ... in een arbeidsomgeving.

Het volstaat aldus niet dat de opleiding een positieve impact heeft op het herstel van ... en zo bijdraagt tot haar integratie. Dit is immers slechts hoogstens een indirecte bijdrage. De opleiding moet rechtstreeks bijdragen tot haar integratie.

3.

... vraagt de tenlasteneming van de kosten. Zij moet aldus aantonen dat de opleiding tot loopbaancoach voldoet aan de voorwaarden waaronder het RIZIV deze ten laste kan nemen.

Het arbeidshof beslist dat ... dat niet bewijst.

... bewijst niet dat de opleiding loopbaancoach haar initiële arbeidsgeschiktheid herstelt of haar potentiële arbeidsgeschiktheid valoriseert. Algemeen kan worden aanvaard dat het volgen van de opleiding loopbaancoach een meerwaarde kan betekenen op de arbeidsmarkt. Dat criterium is echter te zwak. De meeste opleidingen betekenen wellicht een meerwaarde op de arbeidsmarkt, zelfs (zeer) indirect. De voorwaarden voor een tenlasteneming door het RIZIV van de kosten zijn strenger. Er moet een rechtstreekse bijdrage zijn van de opleiding in de integratie. Dat bewijst ... niet voor de opleiding loopbaancoach.

... toont geen redenen aan om af te wijken van de analyse en beslissing door het RIZIV.

4.

... verduidelijkt op geen enkele wijze wat zij ondernomen heeft met de opleiding loopbaancoach. Zij vermeldt niet wat haar huidige situatie is, of zij bijvoorbeeld werkt. Zij toont niet aan dat zij pogde een tewerkstelling te zoeken, geholpen door de opleiding en legt zelfs geen stukken neer waaruit blijkt dat zij vacatures daarrond opzocht en onderzocht.

Dat alles ondersteunt het standpunt van het RIZIV dat minstens onduidelijk is om welke motieven ... de opleiding loopbaancoach volgde. Het gebrek aan nadien ondernomen stappen wijst eerder op persoonlijke interesse dan op het doel de integratie op de arbeidsmarkt te bewerkstelligen.

In de rand hiervan merkt het arbeidshof op dat ... als volgt reageerde op het bericht dat de tenlasteneming door het RIZIV was geweigerd:

*“Als ik een teruggave wou van het RIZIV dan moest ik mij volgens Dorien maar inschrijven bij de VDAB voor een opleiding met een knelpuntenberoep. Dit ga ik absoluut niet doen. [...]”*  
(stuk 4 van ...)

De reden voor haar afwijzing van elke opleiding voor een knelpuntenberoep blijft onduidelijk.

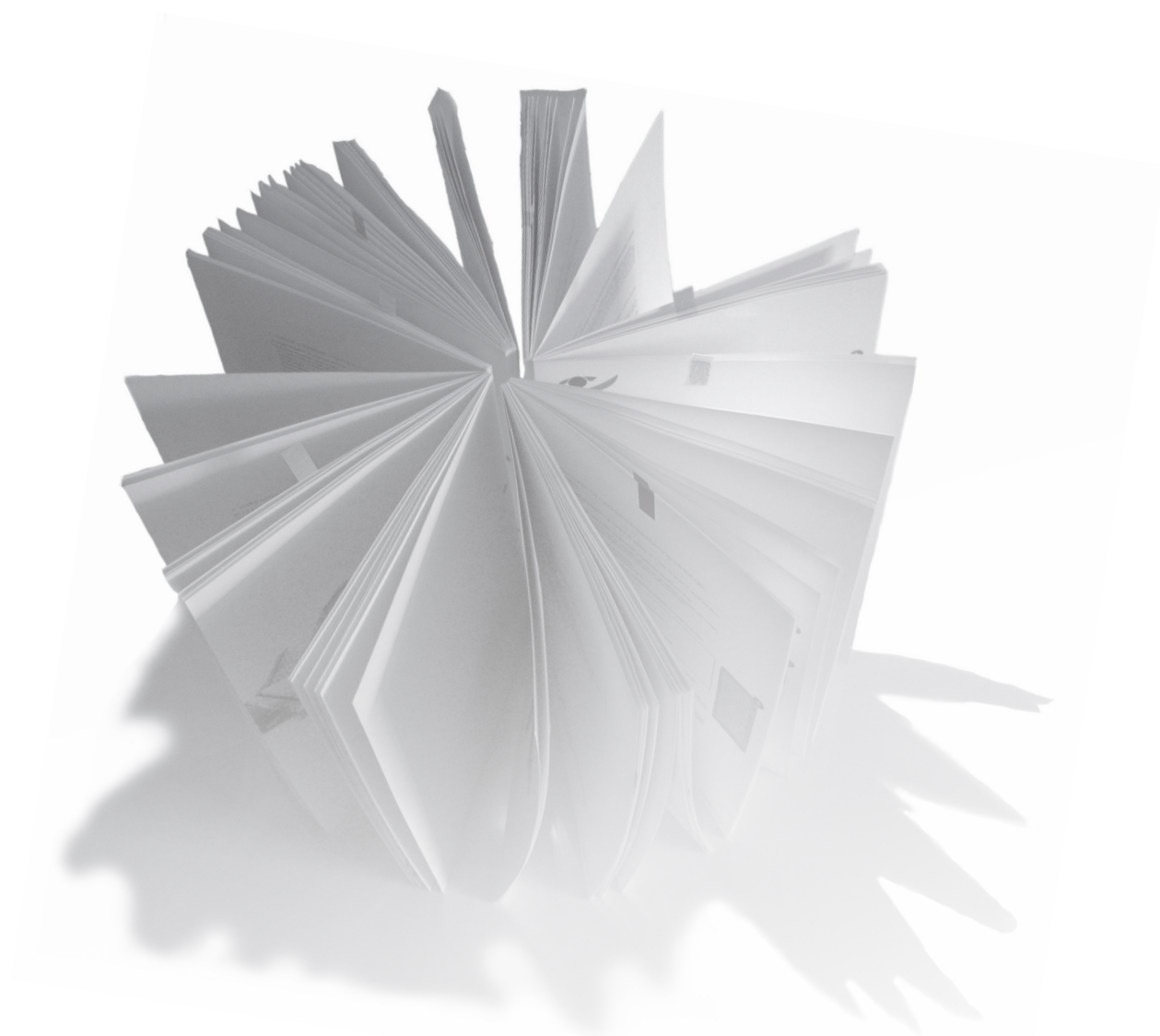
5.

De beslissing van het RIZIV van 11 september 2020 is terecht. De arbeidsrechtbank besliste anders. Het hoger beroep van het RIZIV is gegrond.

**BESLISSING,**  
**Het arbeidshof,**

Verklaart het hoger beroep ontvankelijk en gegrond.

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



## Fonds voor Medische Ongevallen

FMO – Pijnpunten – Kleine kans op schadevergoeding – Communicatie tussen FMO en slachtoffers - Werkingsbudget FMO – Overschot teruggestort aan de overheid – Ann Lechat - Scherpe conclusie – Opdoeken FMO – Vraag Rekenhof heroverweging van de relevantie van de wet en rol van FMO – Actieplan – Stappenplan – Oprichting taskforce voor historische achterstand – Structurele bijstelling in behandeling bestaande dossiers – Aanpassing gehanteerde procedures – Beter communicatie – Mogelijkheid tot elektronisch aanvragen – 10 % van 6003 aanvragen onontvankelijk – 192 afgewerkte dossiers in aanmerking schadevergoeding – 228 terugvorderen van zorgverlener of verzekeraar – Nauwe opvolging en ondersteuning bij realisatie actieplan door de heer Jo De Cock

### Vraag nr. 1395 gesteld op 22 maart 2022 aan meneer de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid door meneer DE CALUWE, volksvertegenwoordiger<sup>1</sup>

Het reportagemagazine *Pano* bracht op 11 november 2020 enkele pijnpunten aan bij het Fonds voor de Medische Ongevallen (FMO). Een beslissing laat jaren op zich wachten en de kans op een schadevergoeding is miniem. *Pano* stelde vast dat slachtoffers gemiddeld vier jaar moeten wachten op een advies van het fonds. Het Fonds is er nog in geen enkel dossier in geslaagd om de beloofde termijn van zes maanden te respecteren.

De kans op een schadevergoeding is bijzonder klein bij het fonds. In negen op tien gevallen krijgen slachtoffers een negatief advies. Experts en klokkenluiders meenden in *Pano* dat het Fonds te strikt is in zijn interpretatie en dat er een gebrek is aan kennis.

Ook de communicatie tussen het fonds en de slachtoffers is een pijnpunt. Slachtoffers krijgen nauwelijks of geen informatie. Zo kregen de ouders van Matti één brief in vier jaar tijd, en dat voor een bijzonder zwaar medisch letsel.

Ook Mia Honinckx, directrice van het fonds, verklaarde dat de communicatie een pak beter kan.

*Pano* bekeek ook het werkingsbudget van het fonds. In 2018 kreeg het Fonds 23 miljoen EUR. Het gaf daarvan iets meer dan 10 miljoen EUR uit aan schadevergoedingen en werkingskosten. 12,5 miljoen EUR werd op het einde van het jaar teruggestort aan de overheid. Dit bleek geen eenmalig feit. Tussen 2010 en 2018 was er zo in totaal 74 miljoen EUR aan “overschot”.

1. Bulletin nr. 085, Kamer, gewone zitting 2021-2022, blz. 166.

Ann Lechat, een onafhankelijk medisch deskundige, maakte zelf een scherpe conclusie in *Pano*, waarbij zij patiënten met problemen na operaties aanraadt om niet meer naar het Fonds te stappen. Voor haar mag het Fonds opgedoekt worden. Het feit dat slechts één op tien slachtoffers een schadevergoeding krijgt, deed ook bij het Rekenhof vragen rijzen. “De lage vergoedingsgraad zet de bestaansreden zelf van het Fonds op de helling, wat noopt tot heroverweging van de relevantie van de wet medische ongevallen en de rol van het Fonds”.

1. Hoe werden bovenstaande problemen aangepakt? Zien we verbeteringen?
2. Hoe is de werking van het FMO verbeterd?
3. Hoeveel patiënten zijn geholpen? Binnen welke termijn (deadline zes maanden)? Aan welk budget?
4. Kan u een toelichting geven van het werkingsbudget en het bestede budget over de laatste vijf jaar?
5. Welke verbeteringen wilt u zelf doen om de werking van het FMO te optimaliseren?
6. Hoe ziet u de toekomst van het Fonds?

## Antwoord

In de parlementaire commissie Volksgezondheid en Sociale Zaken op dinsdag 8 juni 2021 heb ik uitgebreid toelichting gegeven over het actieplan voor een betere werking van het Fonds Medische Ongevallen (FMO).

Dit plan is gebaseerd op volgende twee pijlers:

- ten eerste een concreet stappenplan voor de afbouw van de achterstand in de verwerking van de dossiers, door de inzet van een tijdelijke taskforce die de mankracht van het FMO tijdelijk versterkt
- ten tweede een structurele bijstelling in de behandeling van de bestaande en de nieuwe dossiers binnen de krijtlijnen van de huidige wet.

Voor het wegwerken van de historische achterstand werd een taskforce opgericht. Deze taskforce werd voldoende operationeel geacht in september 2021.

Ook werden de tot nu toe gehanteerde procedures grondig aangepast. Hierbij wordt uitgegaan van volgende principes:

- de snelle en correcte samenstelling van het basisdossier
- het gebruik van een beslissingsboom, waarbij de graad van ernst een oriënterend criterium vormt
- de optimalisering van de communicatie met de aanvrager
- de verdere informatisering van de processen
- het vrijwaren van de wettelijke aanspraken van de slachtoffers.

De voorziene afbouw van de achterstand verloopt momenteel volgens schema. Op zes maanden tijd werden 366 van de 1.252 dossiers met achterstand afgewerkt.

Binnen het Fonds wordt er ook gewerkt aan de communicatie met de aanvragers. Voor alle taskforce dossiers werd eind januari 2022 een brief met de stand van zaken verstuurd naar de aanvragers en hun mandataris. Er wordt een volgende communicatie voorzien eind april 2022 naar de betrokkenen van dossiers die nog niet in expertise gegaan zijn.

Er zal ook worden voorzien in de mogelijkheid tot elektronische aanvragen. De wetsaanpassing terzake is opgenomen in de wet diverse bepalingen inzake gezondheidszorg.

Sinds zijn oprichting ontving het Fonds 6.003 aanvragen. Ongeveer 10 % van de aanvragen blijkt onontvankelijk op basis van artikel 12 van de wet. Deze dossiers kunnen gemiddeld binnen de drie maanden worden afgewerkt. De dossiers waarvoor een grondige medico-juridische analyse vereist is, duren langer. De wet voorziet dat het Fonds alle documenten opvraagt en desgevallend een expertise organiseert. Zeker in de gevallen waarin een tegensprekelijke expertise vereist is, is het rekening houdend met de regels van de tegensprekelijkheid, quasi onmogelijk om een eindverslag binnen de zes maanden te bekomen. Het Fonds werkte ook steeds volgens het principe *first in first out*.

Van de afgewerkte dossiers blijken er na advies van het Fonds 420 mogelijks in aanmerking te komen voor een schadevergoeding van het Fonds. 192 voor een schadevergoeding in het kader van een medisch ongeval zonder aansprakelijkheid waarin de ernstgraad werd bereikt en de andere in het kader van een medisch ongeval met aansprakelijkheid waarin de ernstgraad werd bereikt en waarin het Fonds het slachtoffer kan vergoeden maar deze schadevergoeding moet terugvorderen van de zorgverlener of zijn verzekeraar. Het Fonds betaalde in ruim 370 dossiers een of meerdere schadevergoedingen uit, voor een totale som van ruim 44,5 miljoen EUR, waarvan iets meer dan 14 miljoen in 2021.

De details van de beheers- en opdrachtenbegroting en realisatie vindt u in bijlage. De schadevergoedingen vindt u terug in de opdrachtenbegroting onder de post 80500. Hierin zijn zowel de schadevergoedingen en de kosten van de tegensprekelijke expertises vevat die het Fonds toelaten zijn opdracht naar behoren te vervullen.

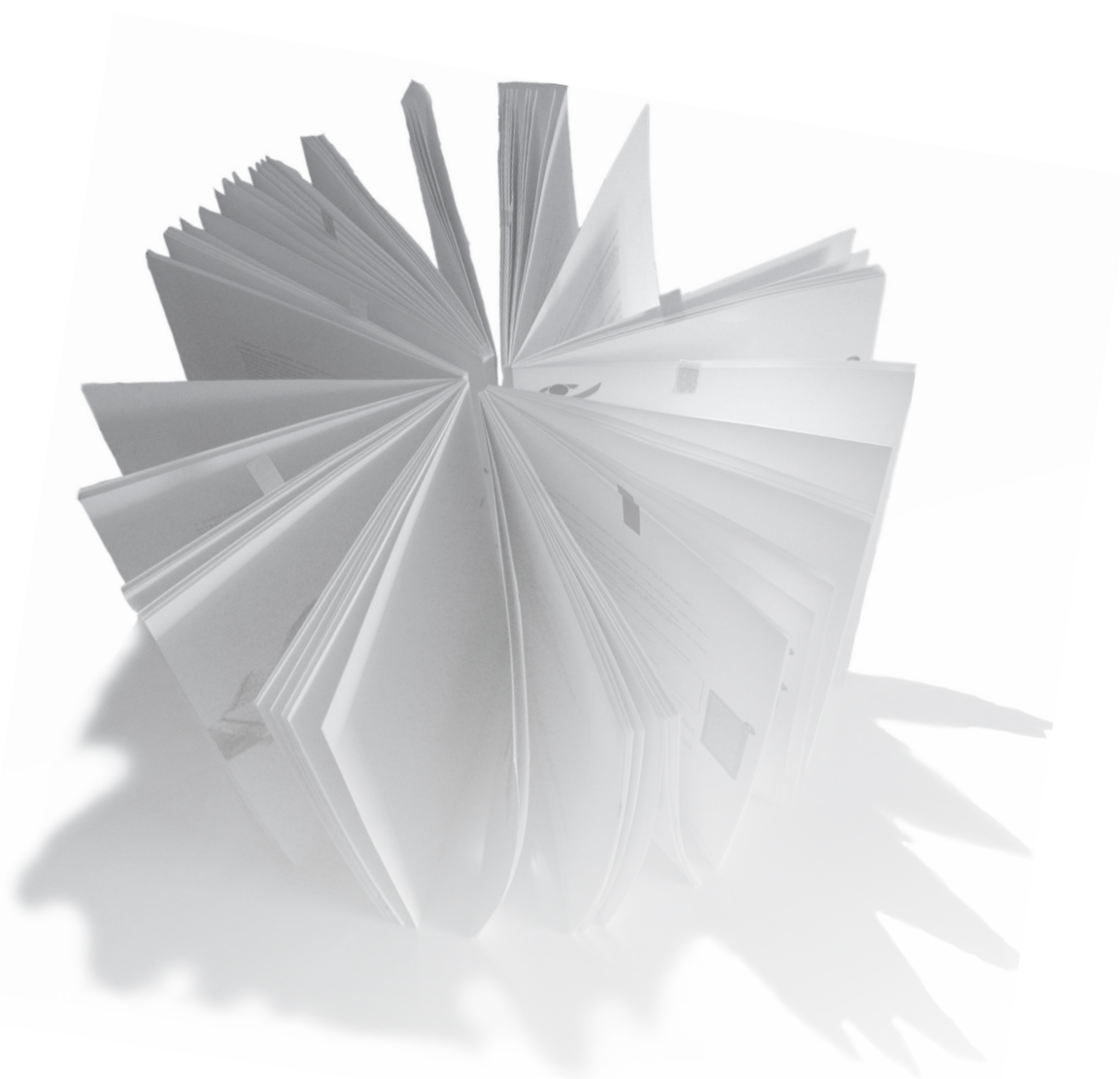


De bijlage<sup>2</sup> bij het antwoord op deze vraag werd rechtstreeks naar het geachte Kamerlid gestuurd. Door de omvang ervan werd het antwoord niet opgenomen in het Bulletin van Vragen en Antwoorden. Op verzoek zal de griffie van de Kamer van volksvertegenwoordigers de documenten bezorgen ([schriftelijkevragen@dekamer.be](mailto:schriftelijkevragen@dekamer.be)).

Zoals u zal opmerken bevat de beheersbegroting naast de personeelsuitgaven, werkingskosten en investeringen, evenals de roerende investeringen en de uitgaven voor belastingen en betwiste zaken. Het detail per jaar van de uitbetaalde schadevergoedingen kan ik u eveneens bezorgen.

Ik heb vertrouwen in de nieuwe aanpak van het Fonds. Voor een nauwe opvolging mag ik rekenen op de ondersteuning van de heer Jo De Cock, ere-administrateur-generaal van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, die bereid is gevonden om ondersteuning te bieden bij de realisatie van het actieplan van het FMO. Hij vervult hierbij een brugfunctie tussen mijn beleidscel, het beheerscomité, de administratie van het Fonds en het taskforcemanagement. De realisatie van het actieplan, wordt zeer strikt opgevolgd, ook door het beheerscomité.

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



# I. Betreft: Het verrichten van een werkstraf of een dienstverlening door een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde

Van toepassing vanaf 1 augustus 2022.

## I. Context

### 1.1. De werkstraf

In toepassing van artikelen 37*quinquies* tot *septies* van het Strafwetboek beschikt de rechter over de mogelijkheid om als hoofdstraf een autonome werkstraf op te leggen als het feit van die aard is om door een politiestraf of een correctionele straf te worden gestraft. Indien de rechter overweegt om een autonome werkstraf op te leggen, het openbaar ministerie deze straf vordert of de beklaagde deze straf vraagt, moet de rechter – waarbij hij ook rekening kan houden met de belangen van de eventuele slachtoffers – de beklaagde voor de sluiting van de debatten inlichten over de draagwijdte van deze straf en hem horen in zijn opmerkingen. De beklaagde of zijn advocaat moet tijdens de zitting de toestemming geven voor de uitvoering van een werkstraf.

De rechter bepaalt reeds in het vonnis tot veroordeling van een werkstraf een vervangende gevangenisstraf of geldboete die wordt toegepast als de veroordeelde de werkstraf niet verricht.

In het kader van deze werkstraf verricht de veroordeelde kosteloze arbeid tijdens de vrije tijd waarover hij naast zijn eventuele school- en beroepsactiviteiten beschikt. Deze arbeid mag uitsluitend worden verricht bij de openbare diensten van de Staat, de gemeenten, de provincies, de gewesten en de gemeenschappen, evenals bij de VZW's of bij stichtingen met een sociaal, wetenschappelijk of cultureel oogmerk. De werkstraf mag niet bestaan uit een activiteit die in de aangewezen overheidsdienst of vereniging doorgaans door bezoldigde werknemers wordt verricht. Als (klassieke) voorbeelden van werkstraffen kunnen worden aangehaald: het verwijderen van zwerfvuil, het opruimen van illegale stortplaatsen, het helpen bij archeologische opgravingen, keukenhulp in verzorgingstehuizen, administratief werk in gemeentebesturen, ...

#### 1.1.1. DUUR

Een werkstraf bedraagt minstens twintig uren en ten hoogste driehonderd uren. Een werkstraf van maximaal vijfenveertig uren is een politiestraf; een werkstraf van meer dan vijfenveertig uren vormt daarentegen een correctionele straf. Voorts moet deze werkstraf worden uitgevoerd binnen twaalf maanden na de dag waarop de rechterlijke beslissing in kracht van gewijsde is gegaan. De probatiedirectie kan de termijn ambtshalve of op verzoek van de veroordeelde verlengen.

#### 1.1.2. BETROKKEN ACTOREN

De **rechter** bepaalt de duur van de werkstraf en kan aanwijzingen geven omtrent de concrete invulling van de werkstraf.



Op de **justitieassistent**, eventueel in samenwerking met de gesubsidieerde projectmedewerker, rust de taak om de concrete invulling van de werkstraf in een door de veroordeelde te ondertekenen overeenkomst vast te leggen waarbij hij rekening houdt met enerzijds de opmerkingen van de veroordeelde, die hij heeft gehoord, en anderzijds met de aanwijzingen zoals vermeld in de rechterlijke uitspraak. De **probatiecommissie** beschikt over een toezichtsbevoegdheid en kan bovendien te allen tijde preciseringen en wijzigingen aanbrengen, hetzij ambtshalve, hetzij op vordering van het openbaar ministerie, hetzij op verzoek van de veroordeelde. De concrete invulling van de werkstraf wordt vastgelegd in een door de veroordeelde te ondertekenen overeenkomst waarvan de justitieassistent hem een exemplaar of een kopie overhandigt. De justitieassistent deelt eveneens binnen drie werkdagen een kopie van de ondertekende overeenkomst mee aan de probatiecommissie.

## 1.2. De dienstverlening

De procureur des Konings beschikt over de mogelijkheid om aan de verdachte van een misdrijf het verval van de strafvordering voor te stellen op voorwaarde dat hij maatregelen uitvoert en voorwaarden naleeft. Zo kan de procureur des Konings op grond van artikel 216<sup>ter</sup> van het Wetboek van Strafvordering de verdachte van een misdrijf oproepen en – onder andere op voorwaarde dat het feit niet van die aard is dat het gestraft moet worden met een hoofdstraf van meer dan twee jaar correctionele gevangenisstraf of een zwaardere straf – hem verzoeken in te stemmen met de uitvoering van een dienstverlening.

De verdachte van het misdrijf verricht de dienstverlening kosteloos tijdens de vrije tijd waarover hij naast zijn eventuele school- of beroepsactiviteiten beschikt. De dienstverlening mag uitsluitend worden verricht hetzij bij openbare diensten van de Staat, de gemeenten, de provincies, de gemeenschappen en de gewesten, hetzij bij verenigingen zonder winstoogmerk of bij stichtingen met een sociaal, wetenschappelijk of cultureel oogmerk. De dienstverlening mag niet bestaan uit een activiteit die, in de aangewezen overheidsdienst of vereniging, doorgaans door bezoldigde werknemers wordt verricht.

### 1.2.1. DUUR

De dienstverlening duurt ten hoogste 120 uren en dient te worden verricht binnen een termijn die één jaar niet mag overschrijden.

### 1.2.2. BETROKKEN ACTOREN

Wanneer de verdachte van het misdrijf instemt om een dienstverlening uit te voeren, deelt de **procureur des Konings** zijn beslissing ter uitvoering mee aan het justitiehuis, die onverwijld een justitieassistent aanwijst die wordt belast met de opvolging van de uitvoering van de dienstverlening.

De **justitieassistent** bepaalt, na de verdachte van het misdrijf te hebben gehoord en rekening houdend met zijn opmerkingen en lichamelijke en intellectuele capaciteiten en met de eventuele aanwijzingen van de procureur des Konings, de concrete invulling van de werkzaamheden die moeten worden uitgevoerd. De justitieassistent kan beroep doen op een omkaderingsdienst om een geschikte prestatieplaats te vinden.

Indien de dienstverlening niet of slechts gedeeltelijk wordt uitgevoerd, meldt de justitieassistent dit onmiddellijk aan de procureur des Konings. In dat geval kan de procureur des Konings de verdachte van het misdrijf oproepen, diens opmerkingen horen en beslissen tot de verdere uitvoering van de overeenkomst, in voorkomend geval met verduidelijkingen of wijzigingen, dan wel tot een beëindiging van de overeenkomst.

## II. Uitoefenen van een werkstraf of een dienstverlening tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid: reglementering van de uitkeringsverzekering

Aangezien het uitvoeren van een autonome werkstraf of dienstverlening een 'werkzaamheid' vormt, is de toelating van de adviserend arts vereist opdat de betrokkene deze straf of maatregel kan verrichten. Afhankelijk van het stelsel waarin de betrokkene arbeidsongeschikt is erkend, geldt een onderscheiden regeling.

### 2.1. Stelsel van de loontrekkenden (en contractuele ambtenaren)

Bij een loontrekkende gerechtigde zal de adviserend arts de toelating slechts kunnen geven op voorwaarde dat de betrokkene, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50% behoudt (*vgl.* art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994). Bovendien moet de activiteit verenigbaar zijn met de aandoening van betrokkene (*vgl.* art. 230, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

### 2.2. Stelsel van de zelfstandigen

Wanneer de betrokkene in het stelsel van de zelfstandigen arbeidsongeschikt is erkend, dient de adviserend arts een toelating op grond van artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 te geven. Het verrichten van een werkstraf of dienstverlening gebeurt immers zonder de doelstelling van een volledige re-integratie bedoeld in artikel 23 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

De adviserend arts zal de toelating slechts kunnen verlenen op voorwaarde dat de gerechtigde arbeidsongeschikt is erkend overeenkomstig artikel 19 of artikel 20 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en de activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand.

## III. Procedure

### 3.1. Informatie-uitwisseling vóór de veroordeling tot het verrichten van een werkstraf

Er moet worden vermeden dat een rechtscollege de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde tot een werkstraf veroordeelt en de betrokkene vervolgens deze werkstraf niet kan uitoefenen omdat de adviserend arts de toelating niet verleent vermits de betrokkene niet aan de wettelijke voorwaarden beantwoordt.

Met de bevoegde Diensten van de Gemeenschappen (voor de Vlaamse Gemeenschap: *Agentschap Justitie en Handhaving, Afdeling Justitiehuisen*; voor de Federatie Wallonië-Brussel: *AG Maisons de Justice* en voor de Duitstalige Gemeenschap: *Fachbereich Justizhaus*) is dan ook een bijzondere procedure overeengekomen waarbij is afgesproken om de verschillende betrokken actoren te sensibiliseren over deze bijzondere situatie. Uiteraard moet de sociaal verzekerde zelf ook de justitiële actoren erop attent maken dat hij arbeidsongeschikt is erkend.

Met het oog op het opleggen van een werkstraf, is in de wet de mogelijkheid opgenomen dat het openbaar ministerie, de onderzoeksrechter, de onderzoeksgerechten en de vonnisgerechten aan het bevoegde justitiehuis van de verblijfplaats van de verdachte van het misdrijf de opdracht kunnen geven om een *beknopt voorlichtingsrapport* op te stellen en/of een *maatschappelijke enquête* uit te voeren.

Wanneer een werkstraf aan een arbeidsongeschikt erkend gerechtigde zou worden opgelegd, kan de justitieassistent in het kader van deze maatschappelijke enquête en/of het voorlichtingsrapport voorafgaandelijk contact opnemen met de adviserend arts van het ziekenfonds om zijn advies te vragen.

Opdat de adviserend arts een dergelijk advies zou kunnen verstrekken, is het vereist dat de justitieassistent een aantal gegevens meedeelt (aard van de activiteit, arbeidsvolume, specifieke voorwaarden omtrent de uitoefening van de activiteit, ...). In dit stadium gaat het veeleer om een *informeel contactmoment* tussen de adviserend arts en de justitieassistent waarbij er geen vastgelegde procedure moet worden gevolgd. Aan de bevoegde diensten van de gemeenschappen is met het oog op dit informele contactmoment een lijst meegedeeld die voor elke verzekeringsinstelling<sup>1</sup> e-mailadressen van contactpersonen bevat. Deze lijst met contactpersonen wordt regelmatig geactualiseerd en overgemaakt aan de bevoegde diensten van de Gemeenschappen.

### 3.2. Procedure na de gerechtelijke beslissing

Na zijn veroordeling tot een werkstraf of de gerechtelijke beslissing tot een dienstverlening, moet de betrokkene de formele toelating aan de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling vragen. Aangezien sinds 12 april 2013 in het stelsel van de werknemers het voorafgaande karakter van de toelating opgeheven is, kan de werkstraf of dienstverlening al worden aangevat alvorens de loontrekkende gerechtigde de (formele) toelating van de adviserend arts bezit. In de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen blijft de voorafgaande toelating echter vereist.

#### A. AANGIFTE VAN DE GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING EN DE AANVRAAG OM TOELATING AAN DE ADVISEREND ARTS

De justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker bezorgt de gerechtigde het *Formulier met de aanvraag tot het verrichten van een werkstraf of een dienstverlening tijdens de arbeidsongeschiktheid*. Dit formulier is zowel in het stelsel van de werknemers als in het stelsel van de zelfstandigen van toepassing. Het omvat meer concreet twee luiken:

- de gerechtigde vult **luik A** in (samen met de justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker)
- het **luik B** wordt door de justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker ingevuld.

Met het oog op het correct invullen van de gegevens treedt de justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker in contact met de prestatieplaats.

##### A.1. Luik A: in te vullen door de gerechtigde

Dit luik omvat twee rubrieken.

De *eerste rubriek* betreft de aangifte van het verrichten van een werkstraf of dienstverlening tijdens de arbeidsongeschiktheid. In deze rubriek vermeldt de gerechtigde, behalve zijn persoonsgegevens, de datum vanaf wanneer hij de werkstraf of dienstverlening zal aanvatten.

De *tweede rubriek* heeft de aanvraag tot toelating om een werkstraf of dienstverlening tijdens de arbeidsongeschiktheid te verrichten tot voorwerp. Behalve de persoonsgegevens bevat deze rubriek van het aanvraagformulier alle nuttige gegevens over de werkstraf of dienstverlening opdat de adviserend arts zijn beslissing kan nemen.

Het gaat meer specifiek om de volgende gegevens:

- de vroegste startdatum van de uitvoering van de werkstraf of dienstverlening
- de aard en omschrijving van de taken die de betrokkene in het kader van de werkstraf of dienstverlening moet verrichten
- het opgelegde aantal uren in het kader van de werkstraf of dienstverlening (per week)
- het (eventuele) uurrooster
- de prestatieplaats waar de werkstraf of dienstverlening wordt verricht.

1. De e-mailadressen van de contactpersonen zijn door elke verzekeringsinstelling aan de Dienst voor uitkeringen bezorgd.

Vervolgens bezorgt de werkgestrafte die arbeidsongeschikt erkend is in het stelsel van de werknemers, uiterlijk de eerste werkdag vóór de aanvang van de werkstraf of dienstverlening het aanvraagformulier aan zijn ziekenfonds via de post (waarbij de poststempel geldt als bewijs) of persoonlijk (tegen ontvangstbewijs).

Aangezien in het stelsel van de zelfstandigen het voorafgaandelijk karakter van de toelating niet is opgeheven, wacht de zelfstandige arbeidsongeschikt erkende gerechtigde in elk geval op de toelating van de adviserend arts *alvorens* de uitvoering van de werkstraf of dienstverlening aan te vatten.

#### **A.2. Luik B: in te vullen door de justitieassistent of gesubsidieerde projectmedewerker**

Bovendien is er in het formulier een luik B voorzien waarin de justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker kan bevestigen dat het een niet-bezoldigde activiteit betreft. Dat luik vervangt bijlage 6 van de Omzendbrief V.I. nr. 2018/382 van 20 december 2018, namelijk de *Verklaring van uitoefening van niet bezoldigde activiteiten gedurende een periode van arbeidsongeschiktheid*, waardoor dit specifieke formulier in het kader van de uitoefening van een werkstraf of dienstverlening niet aan het ziekenfonds moet worden bezorgd.



**Opmerking:** mocht de uitvoering van de werkstraf of de dienstverlening de aanvankelijk door de adviserend arts bepaalde toelatingsduur overschrijden, moet de persoon die de werkstraf of dienstverlening uitvoert een aanvraag voor een verlenging van de toelating via hetzelfde standaardformulier indienen. Op het aanvraagformulier wordt dan duidelijk vermeld dat het gaat om een aanvraag tot verlenging van een voorheen al verstrekte toelating en dat de aard van de activiteit (werkstraf/dienstverlening) niet is gewijzigd.

### **B. BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS**

#### **B.1. Stelsel van de loontrekkenden (en contractuele ambtenaren)**

De betrokkene kan de werkstraf of dienstverlening al aanvatten alvorens hij over de toelating beschikt. Hij kan uiteraard ook wachten op deze toelating alvorens de werkstraf of dienstverlening aan te vatten.

De adviserend arts dient zijn beslissing te nemen binnen dertig werkdagen te rekenen vanaf de aanvang van de werkstraf of dienstverlening. In voorkomend geval verricht de adviserend arts een lichamelijk onderzoek om zijn beslissing te kunnen nemen.

De adviserend arts verzendt het formulier met zijn beslissing binnen zeven kalenderdagen te rekenen vanaf de dag van de beslissing via de post naar de gerechtigde. Als hij een lichamelijk onderzoek zou hebben verricht, kan hij het formulier ook na afloop van dit onderzoek aan de gerechtigde bezorgen.

De geldigheidsduur van de toestemming van de adviserend arts bedraagt maximum twee jaar (deze toelating is hernieuwbaar).

#### **B.2. Stelsel van de zelfstandigen**

De betrokkene kan de werkstraf of dienstverlening niet aanvatten alvorens hij over de toelating beschikt.

Aan de hand van de gegevens die op het aanvraagformulier zijn vermeld, gaat de adviserend arts na of de werkstraf of dienstverlening verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde. In voorkomend geval verricht de adviserend arts een lichamelijk onderzoek.

Vervolgens verzendt de adviserend arts het formulier met zijn beslissing via de post naar de gerechtigde. Als hij een lichamelijk onderzoek heeft verricht, kan hij het formulier ook na afloop van dit onderzoek aan de gerechtigde bezorgen.

Na de ontvangst van de schriftelijke toelating kan de werkstraf of dienstverlening worden opgestart.

### C. MEDEDELING VAN DE BESLISSING VAN DE ADVISEREND ARTS AAN DE JUSTITIEASSISTENT OF DE GESUBSIDIEERDE PROJECTMEDEWERKER

De gerechtigde bezorgt aan de justitieassistent of de gesubsidieerde projectmedewerker een kopie van de schriftelijke toestemming of weigering die hij van de adviserend arts heeft ontvangen.

### D. EINDE VAN DE UITOEFENING VAN DE WERKSTRAF OF DIENSTVERLENING

In geval van een definitieve stopzetting van de uitoefening van de werkstraf of dienstverlening, moet de gerechtigde deze definitieve stopzetting meedelen aan zijn ziekenfonds. Het kan gaan zowel om het einde van de werkstraf of de dienstverlening (uitoefening van de volledige werkstraf of dienstverlening) als om de definitieve stopzetting van de uitvoering van de nog lopende werkstraf of de dienstverlening wegens een specifieke reden (bijvoorbeeld: een verergering van de gezondheids-toestand van de gerechtigde, de gerechtigde leeft de voorwaarden / modaliteiten van de werkstraf of de dienstverlening niet na, ...).

De gerechtigde die arbeidsongeschikt is erkend in het stelsel van de werknemers gebruikt hiervoor het formulier *Verklaring van stopzetting of wijziging van een toegelaten arbeid tijdens de arbeidsongeschiktheid van toepassing bij een toegelaten activiteit zonder onderwerping aan de RSZ-wet van 27 juni 1969* (vgl. bijlage 3bis van de Omzendbrief V.I. nr. 2018/382 van 20.12.2018).

De gerechtigde die arbeidsongeschikt is erkend in het stelsel van de zelfstandigen gebruikt hiervoor het formulier *Verklaring van stopzetting van een toegelaten arbeid tijdens de arbeidsongeschiktheid* (vgl. bijlage 5 van de Omzendbrief V.I. nr. 2015/188 van 29.06.2015).

## IV. De gegevensstroom RTTP

Als de gerechtigde de toelating van de adviserend arts heeft ontvangen om een werkstraf of dienstverlening uit te voeren, moet dit via de gegevensstroom RTTP worden meegedeeld. In het veld 'Aard van de activiteit' (dit is een vrij veld) dient de adviserend arts duidelijk weer te geven dat het om een werkstraf (dienstverlening) gaat.

## V. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 augustus 2022.

Vervangt omzendbrief nr. 2014/131<sup>2</sup> van 10 maart 2014.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/253 – 249/43 van 11 juli 2022.

## II. Tussentijdse controle op het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, (V.T.) bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

### Inleiding:

Het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming (B.S. van 29.01.2014), omvat de uitwerking van een tussentijdse controle het jaar volgend op de opening van een recht op de verhoogde tegemoetkoming dat zonder referentieperiode werd toegekend overeenkomstig artikel 18.

Artikel 36 van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde tegemoetkoming stelt dat wanneer het recht op de verhoogde tegemoetkoming aan een gezin werd toegekend zonder referentieperiode overeenkomstig artikel 18, kijkt het ziekenfonds dat het dossier beheert, uiterlijk op 31 augustus van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, na of er op 30 juni van het jaar dat volgt op het jaar waarin het recht werd geopend, nog altijd sprake is van een situatie bedoeld in artikel 18. Als een dergelijke situatie niet meer bestaat en het gezin in het kader van hoofdstuk 3 niet in aanmerking komt om het recht te genieten, wordt het recht op 31 december van datzelfde jaar ingetrokken. Het recht wordt toch behouden, als het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag.

Met het koninklijk besluit van 15 maart 2022<sup>1</sup> worden de indicatoren gewijzigd. De wijziging van het koninklijk besluit brengt voor sommige indicatoren ook een bijzondere afspraak rond de tussentijdse controle met zich mee. (Zie hoofdst. 3). Meer informatie over deze indicatoren, de datum van hun inwerkingtreding en bewijstukken zijn terug te vinden in de omzendbrief bewijstukken indicatoren V.T. (Omsendbrief V.I. nr. 2022/214 van 03.06.2022).

In deze omzendbrief worden de afspraken tussen de verzekeringsinstellingen (V.I.), het Nationaal Intermutualistisch College (NIC) en het RIZIV over het verloop van deze tussentijdse controle uitgewerkt.

### 1. Algemene bepalingen

Wanneer het recht op de V.T. aan een gezin werd toegekend zonder referentieperiode, kijkt het beherende ziekenfonds, het jaar volgend op het jaar van de opening van het recht, na of er nog altijd een indicator aanwezig is (art. 36 K.B. van 15.01.2014).

Op deze regel zijn uitzonderingen. Deze worden uitgewerkt in hoofdstuk 3.

1. K.B. tot wijziging van het K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994.

De beherende V.I. is verantwoordelijk voor de intermediaire controle op het V.T.-gezin met een opening van het recht na een inkomstenonderzoek zonder referentieperiode. De eerste stap van de controle bestaat uit de verificatie van de aanwezigheid van een indicator. Deze controle wordt uitgevoerd op 31 augustus van het jaar volgend op de opening van het recht.

De verantwoordelijke V.I. voert de controle uit op basis van informatie (over de indicator) waarover zij beschikt op 31 augustus met betrekking tot de situatie van het V.T.-gezin op 30 juni. Het inkomstenonderzoek moet uiterlijk op 31 december van het jaar van de intermediaire controle worden afgesloten.

De indicator moet aanwezig zijn bij een van de gezinsleden. Het hoeft echter niet dezelfde indicator te zijn of een indicator bij hetzelfde gezinslid. Als er geen indicator meer aanwezig is in het gezin, wordt het recht op de V.T. voor het gezin afgesloten op 31 december, tenzij het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag. (Art. 36 K.B. van 15.01.2014)

Welke indicatoren brengen de mogelijkheid met zich mee geen referentieperiode te hoeven gebruiken bij het inkomstenonderzoek? (Art. 18. In afwijking van art. 17 is er geen referentieperiode van toepassing voor het gezin waarvan een van de leden, op het moment dat de aanvraag wordt ingediend):

1. Gepensioneerde (hoedanigheid van gerechtigde gepensioneerde, bedoeld in art. 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 12<sup>o</sup>, van de GVU-wet);
2. Invalide die een invaliditeitsuitkering ontvangt (invaliditeitsuitkering in de zin van art. 93 van de GVU-wet);
3. Overheidspersoneelslid in beschikbaarheid sedert 3 maanden;
4. Militair in tijdelijke ambtsontheffing (wanneer die periode van ambtsontheffing tenminste 3 maanden duurt);
5. Verzekerde in arbeidsongeschiktheid en gecontroleerde werkloosheid waarvan de som van de periodes van arbeidsongeschiktheid en werkloosheid de duur van 3 maanden bereikt;
6. Verzekerde die voldoet aan de voorwaarden om als “gerechtigde met een handicap” te worden ingeschreven (gerechtigde in de zin van art. 32, eerste lid, 13<sup>o</sup>, van de GVU-wet);
7. Weduwnaar of weduwe tot 1 januari 2022;
8. Verzekerde die geniet van een overlevingspensioen vanaf 1 januari 2022;
9. Gerechtigde binnen een eenoudergezin;
10. Verzekerde meegedeeld in de proactieve stroom;
11. Zelfstandige in klassiek overbruggingsrecht gedurende ten minste 1 kwartaal vanaf 1 juli 2022;

Een persoon die dus het recht op V.T. geopend heeft op basis van een indicator in december 2021 wordt onderhevig aan de normale intermediaire controle op 30 juni 2022, ook al is de notie van indicator ondertussen gewijzigd.

Bij de tussentijdse controle voor de weduwen en weduwnaars werd tot en met 2021 de inkomsten heronderzocht, ook als de burgerlijke staat niet veranderd is (nog altijd weduwe of weduwnaar). De indicator weduwe en weduwnaar verdwijnt vanaf 2022. (Zie hoofdst. 5)

## 2. Controle van de Indicatoren

De informatie over de controle van de indicatoren kan teruggevonden worden in de omzendbrief bewijsstukken indicatoren. (Omsendbrief V.I. nr 2022/214<sup>2</sup> van 03.06.2022)

De effectieve tussentijdse controle gebeurt op basis van het bestaan van één van de indicatoren in het gezin op 30 juni. De verzekeringsinstelling heeft tot 31 augustus om de controle uit te voeren.

## 3. Uitzonderingen: situaties zonder tussentijdse controle

Personen die het recht behouden volgens een modificatie van het gezin tussen 1 juli 2021 en 31 augustus 2021 (einde van het recht op 31.12.2021) mogen uitgesloten worden uit de intermediaire controle, door het feit dat ze normaal gezien al een nieuwe verklaring op eer ingediend hebben.

Er wordt geen tussentijdse controle vereist voor de indicator “verzekerde meegedeeld in de proactieve stroom” aangezien deze indicator steeds zal bestaan.

Ook voor eenoudergezinnen is er geen tussentijdse controle.

## 4. Inkomstencontrole bij afwezigheid van een indicator tijdens de tussentijdse controle

Als er geen indicator meer aanwezig is in het gezin, wordt het recht op de V.T. voor het gezin afgesloten op 31 december, tenzij het gezin voor die datum een verklaring op erewoord ondertekent, waaruit blijkt dat het inkomen op het moment van die verklaring lager is dan het op dat moment toepasbare grensbedrag (op de datum van de verklaring – er is overeengekomen om de inkomsten in aanmerking te nemen vanaf de maand die voorafgaat aan de indiening van de verklaring). (Art. 36 van het K.B. van 15.01.2014).

## 5. Mogelijke overgang van indicator weduwe/weduwnaar naar indicator overlevingspensioen in 2022

Een persoon die dus het recht op V.T. geopend heeft op basis van een indicator in december 2021 wordt onderhevig aan de normale intermediaire controle op 30 juni 2022, ook al is de notie van indicator ondertussen gewijzigd.



Bijvoorbeeld: de indicator “weduwe” wordt “genieter van een overlevingspensioen”; dit betekent dat op 30 juni 2022 het ziekenfonds zal moeten controleren of de nieuwe indicator in het gezin aanwezig is:

- ofwel geniet de persoon van een overlevingspensioen → de tussentijdse controle wordt stopgezet
- ofwel geniet de persoon niet van een overlevingspensioen → de tussentijdse controle wordt voortgezet en dient het ziekenfonds het gezin te contacteren voor het ondertekenen van een verklaring op erewoord.



## 6. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief is van toepassing voor de tussentijdse controle van de rechthebbenden op de V.T. na een inkomstenonderzoek door de V.I. zonder referentieperiode (art. 18 van het K.B. van 15.01.2014) vanaf 2022.

Deze omzendbrief vervangt vanaf de dag van publicatie Omzendbrief V.I. nr. 2021/126<sup>3</sup> van 30 april 2021.



Omzendbrief V.I. nr. 2022/262 – 3991/353 van 19 juli 2022.

III. De procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbenden in uitvoering van artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, tot uitvoering van hoofdstuk III*bis* en van titel III van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022

In deze omzendbrief wordt de procedure beschreven voor het bepalen van het gezinsinkomen bij de toepassing van de Maximumfactuur (MAF) op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende. Dit type MAF wordt ook de Inkomensmaximumfactuur genoemd.

De omzendbrief stelt de modaliteiten en termijnen vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (V.I.) in het kader van dit proces. Als bijlage bij deze omzendbrief gaat een technische beschrijving van deze gegevensuitwisseling.

Tot in 2011 werd de informatie over deze gegevensuitwisseling in één omzendbrief opgenomen met de modaliteiten met betrekking tot de uitbetalingsverplichting en de termijnen voor de informatieverstrekking van de V.I. aan de sociaal verzekerden. Het tweede luik wordt nu in een aparte omzendbrief, namelijk omzendbrief V.I. nr. 2016/85<sup>1</sup> van 30 maart 2016, vastgelegd.

Deze omzendbrief en het bijhorend technisch document hebben betrekking op het MAF-jaar 2022.

## 1. Inleiding

Het systeem van de MAF beoogt de financiële toegankelijkheid van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te verbeteren door de kosten van geneeskundige verzorging voor alle gezinnen te beperken tot een bepaald maximumbedrag. Dat maximumbedrag varieert in functie van het inkomen van het gezin waartoe men behoort of in functie van de sociale categorie waar men deel van uitmaakt.

1. Niet gepubliceerd in het I.B.

## 2. Het doel van het proces

De belangrijkste bestaansreden van dit proces is de toekenning van de MAF mogelijk te maken. Om de MAF correct toe te kennen, moeten de verzekeringsinstellingen in principe beschikken over het gezinsinkomen van alle gezinnen waarvan het oudste lid bij hen is aangesloten. Het gezinsinkomen is nodig om ze onder te brengen in de juiste categorie.

Omdat de V.I. deze gegevens niet rechtstreeks via de FOD Financiën kunnen verkrijgen, sturen zij in eerste instantie hun gezinnen door naar de DAC van het RIZIV. Op basis van de inkomensgegevens, die de DAC verkrijgt van de FOD Financiën, bezorgt de Cel MAF van deze dienst vervolgens het gezinsinkomen en de bijhorende MAF-categorie aan de V.I..

## 3. Algemene beschrijving van het proces

### 3.1. Beschrijving van het proces

De grote lijnen van de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen worden beschreven in het koninklijk besluit van 15 juli 2002. De beschrijving is terug te vinden in artikel 16 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002, gewijzigd door artikel 1 van het koninklijk besluit van 14 juni 2022.

De V.I. houden per gezin het bereikte totaal bedrag aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging bij. Indien dit totaal bedrag 250 EUR bereikt, maken de verzekeringsinstellingen de identificatiegegevens van de leden van het betrokken gezin over aan de DAC van het RIZIV.<sup>2</sup> De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 250 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de Sociale Maximumfactuur werd toegepast.

Nadat de DAC de gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de betrokken sociaal verzekerden, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid (KSZ), over aan de FOD Financiën. In antwoord maakt de FOD Financiën via de KSZ de fiscale inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid) in de flux TAXI AS. De toekenning van de MAF gebeurt op basis van het netto gezinsinkomen zoals het gekend is door de FOD Financiën.

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. 2022/17<sup>3</sup> van 13.01.2022: Maximumfactuur. Dienstjaar 2022 & het technisch document in bijlage<sup>4</sup>). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. De enige uitzondering hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid, bezorgt de DAC het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen.

De verwerking van een MAF-jaar neemt 3 kalenderjaren in beslag. Een MAF-jaar wordt 2 jaar na het betreffende kalenderjaar afgesloten, omdat de getuigschriften voor verstrekte hulp tot 2 jaar na de verstrekingsdatum kunnen worden ingediend. Zo zullen de remgeldtellers voor het MAF-jaar 2022 worden afgesloten op 31 december 2024. Zo kan iemand in 2023 nog recht krijgen op de MAF voor prestaties uit 2022 waarvoor hij/zij nu pas zijn/haar getuigschriften opstuurt naar zijn/haar ziekenfonds.

2. 137,38 EUR in het geval dat het gaat om een gezin met (potentieel) de MAF chronisch Zieken.

3. Niet gepubliceerd in het I.B.

4. Hier niet gepubliceerd.

Gedurende dit 3 jaar durende proces sturen de V.I. 2 keer feedback door m.b.t. de toekenning van de MAF. De eerste keer voor gezinnen waarvoor het inkomen niet (volledig) gekend was bij de FOD Financiën. De tweede keer bij de toepassing van behartigenswaardige gevallen. De gegevensuitwisseling gebeurt via Carenet.

### 3.2. Gebruik van het aanvraagnummer

Dit is een uniek nummer dat de aanvraag van de V.I. identificeert doorheen het hele bestaan van de MAF-toepassing. Met andere woorden, twee records van dezelfde V.I. zullen nooit hetzelfde aanvraagnummer hebben en dit zelfs als deze 2 records zich in 2 verschillende bestanden bevinden. De structuur van dit nummer is vrij. De enige voorwaarde is dat het numeriek moet zijn.

Het aanvraagnummer blijft behouden voor eenzelfde gezin tijdens alle stappen van de gegevensuitwisseling. Zo verschilt het niet tussen de aanvraag, het antwoord en indien nodig de verwerping of de feedback.

### 3.3. Het effect van een mutatie tijdens het proces

In de uitwisseling van gegevens wordt geen rekening gehouden met de mutatie van de MAF-aanvrager tijdens het proces. De dienst stuurt het antwoordbestand door naar de V.I. die het bestand met aanvragen verstuurd. De records worden niet gefilterd.

Informatie over de MAF zit in de mutatieflux. (NOTA NIC MAF. Overdracht inter-V.I. na mutatie/transfert. Versie 12.0 13.06.2007) Bij een mutatie naar een andere V.I., moet de oude V.I. alle informatie ter beschikking stellen of doorsturen die het nieuw ziekenfonds toelaat de MAF verder toe te passen.

### 3.4. Historiek/wijziging van (de) INSZ-nummers

In de uitwisseling van gegevens wordt de informatie binnen de bestanden niet gewijzigd naar aanleiding van wijziging van het INSZ- nummer van de MAF-aanvrager noch een van de gezinsleden. De dienst stuurt het INSZ-nummer uit het aanvraagbestand door naar de V.I. in het antwoordbestand. De records worden niet aangepast.

De V.I. wordt wel via mail op de hoogte gebracht van de wijziging van INSZ-nummers. De verwerking van deze gevallen gebeurt in de Cel MAF tijdens de controle. De medewerkers krijgen de informatie over de verandering van een INSZ vanuit het Rijksregister en houden de INSZ nummers bij die gewijzigd zijn. Deze worden regelmatig per mail overgemaakt aan de V.I. In de mail staat een overzicht met de gewijzigde INSZ: het aanvraagnummer, de oude INSZ en de nieuwe INSZ.

## 4. Lijst met gezinnen met 250 EUR remgeld (Aanvragen)

### 4.1. Overdracht van de gegevens

De V.I. dienen uiterlijk op 31 mei van 2022 hun eerste zending met aanvragen voor het betreffende MAF-jaar, namelijk MAF 2022, over te maken aan de DAC. Nadien versturen zij maandelijks minstens één zending met aanvragen door. De verplichting van één zending per maand houdt op te bestaan in de maand december van het MAF-jaar +1. Voor het MAF-jaar 2022 is dat in december 2023. Na deze datum zijn de V.I. vrij om de frequentie waarmee nog zendingen worden overgemaakt zelf te bepalen. Zijn er geen dossiers in een bepaalde maand voor december 2023 dan dient de verzekeringsinstelling dit te melden in een gemotiveerd schrijven<sup>5</sup> aan de DAC. Het minimum aantal zendingen mag steeds overschreden worden.

5. Per post of per e-mail totdat een beveiligde SharePoint is aangemaakt.

De inhoud van de zending moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document dat zich in bijlage bevindt bij deze omzendbrief<sup>6</sup>.

De datum waarop het bestand met aanvragen wordt gecreëerd "Creation Date" geldt als enige officiële referentiedatum voor ontvangst.

## 4.2. Welke gezinnen

Zodra een gezin voor een bepaald MAF-jaar 250 EUR aan persoonlijke aandelen ten laste heeft genomen, zijn de V.I. er toe gehouden het dossier over te maken.

Voor de bepaling van de inkomenscategorie van een gezin met de Inkomensmaximumfactuur waarvan minstens één lid chronisch ziek is, volgens de bepaling van de maatregel Maximumfactuur Chronisch Zieken, maakt de V.I. de aanvraag over aan de Cel MAF van de DAC vanaf het ogenblik dat het gezin een bedrag van 137,38 EUR aan persoonlijke aandelen in zijn remgeldteller heeft staan. (Art. 16 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door art. 1 van het K.B. van 14.06.2022)

De V.I. stuurt ook een aanvraag voor een gezin waarvan de leden 250 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de Sociale Maximumfactuur werd toegepast (niet alleen wanneer het Rijksregistergezin ruimer is dan het VT-gezin en dus ook bestaat uit leden die geen deel uitmaken van het gezin waaraan de Sociale Maximumfactuur werd toegekend).

Als het inkomen van dit gezin niet in categorie G zit en het plafond van 250 EUR dus niet kan worden toegepast, wordt het plafond van de Sociale MAF van 506,79 EUR toegepast.

## 4.3. Het INSZ-nummer van de aanvrager en de gezinsleden

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden. Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt in het bestand systematische controle opgenomen in een apart veld. De aanvrager is het oudste gezinslid. (zie technisch document, sectie 1.1 tot 1.3)

## 4.4. Sociaal verzekerden zonder INSZ-nummer



Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- de rechthebbende, sociaal verzekerde, woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op de Maximumfactuur na een inkomstenonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ -of *bis*nummer
- de pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 à 10 dagen gegeven.

In deze voorbeelden gaat het steeds om gezinsleden zonder INSZ-nummer, en niet om aanvragers. Bij in het buitenland wonende sociaal verzekerden zouden we (voor de flux) altijd de persoon met een INSZ- of *bis*nummer als aanvrager aangeven. Elk gezin in de gegevensuitwisseling telt minstens één INSZ- of *bis*nummer, dat van de aanvrager.

Als er gezinsleden zijn zonder INSZ-nummer worden deze gezinsleden niet meegedeeld. De fiscus heeft toch geen inkomensgegevens voor deze personen. Het is aan de verzekeringsinstelling om deze gevallen op te volgen.

## 4.5. Aanvraagtypes

Het gebruik van de aanvraagtypes heeft te maken met de verschillende gezinssituaties van de rechthebbenden op de Maximumfactuur. (art. 9 van het K.B. van 15.07.2002). Personen die in gemeenschappen wonen, worden onder bepaalde voorwaarden beschouwd als verschillende eenpersoonsgezinnen in plaats van één groot Rijksregistergezin. Er bestaan ook andere uitzonderingen op de regel 'Rijksregistergezin op 1 januari 2022'.

### *Aanvraag Type 0*

Aanvraag voor een gezin met een verblijfplaats in het buitenland volgens de omzendbrief V.I. nr. 2011/301<sup>7</sup> van 18 juli 2011 "MAF - rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging woonachtig in een land waar de Europese Verordeningen inzake Sociale Zekerheid of een overeenkomst betreffende de Sociale Zekerheid, gesloten tussen België en één of meerdere Staten, van toepassing zijn". Deze omzendbrief is van toepassing vanaf 1 januari 2012. Belgische sociaal verzekerden in 31 landen met een terugkeerrecht voor geneeskundige verzorging hebben ook recht op de MAF voor prestaties geneeskundige verzorging die ze in België ondergaan volgens de richtlijnen van deze omzendbrief.

### *Aanvraag Type 1*

Aanvraag voor een Rijksregistergezin op 1 januari 2022.

Het Rijksregistergezin waaraan het recht op de Inkomensmaximumfactuur wordt toegekend, staat beschreven in artikel 37<sup>decies</sup>, § 3 van de gecoördineerde wet, waarnaar verwezen wordt door artikel 37<sup>undecies</sup>, § 1 van dezelfde gecoördineerde wet. Het gezin wordt samengesteld op basis van de informatie die is opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen op 1 januari van een kalenderjaar in aanmerking genomen om het recht van het betrokken gezin te bepalen in het raam van het maximum te factureren bedrag in de loop van datzelfde jaar.<sup>8</sup>

Het gezin wordt aangevuld met de eerste inschrijving in het Rijksregister van een kind met een leeftijd van maximaal 16 jaar zoals bedoeld in artikel 11 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Voor de MAF 2022 zijn dat de eerste inschrijvingen van kinderen geboren tussen "2006 en 2022". Eerste inschrijving in het Rijksregister van kinderen geboren in het jaar 2005 of ouder worden in 2022 niet bij het MAF-gezin gerekend.<sup>9</sup>

### *Aanvraag Type 2*

De rechthebbende die op 1 januari 2022 zijn hoofdverblijfplaats heeft in een kloostergemeenschap wordt beschouwd als een eenpersoonsgezin. (Art. 9.§ 1. 2<sup>de</sup> lid van het K.B. van 15.07.2002)

Onder "kloostergemeenschap" wordt de gemeenschap verstaan die in aanmerking wordt genomen voor de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 32, eerste lid, 21<sup>o</sup> van de gecoördineerde wet.

### *Aanvraag Type 3*

Aanvragen met aanvraagtype 3 hebben betrekking op gezinnen met een gereguleerde vorm van gezinsplaatsing zoals bedoeld in artikel 37<sup>decies</sup>, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet waarnaar verwezen wordt door artikel 37<sup>undecies</sup>, § 1 van dezelfde gecoördineerde wet. Om die reden is het gezin dat in rekening wordt genomen afwijkend van het officiële Rijksregistergezin.

7. Niet gepubliceerd in het I.B.

8. Indien iemand uitzonderlijk tijdelijk op twee plaatsen staat ingeschreven op 01.01, wordt voor de gezinssamenstelling rekening gehouden met de laatste situatie in het Rijksregister op 01.01. Een persoon die op 01.01 verhuist zal dus deel uitmaken van het gezin van zijn nieuwe verblijfplaats.

9. Het kind wordt steeds toegevoegd aan het Rijksregistergezin verbonden aan het adres waar het voor het eerst wordt ingeschreven. Indien zich een situatie voordoet waarin dit onmogelijk is omdat dit gezin in het verleden niet bestond, wordt het kind ingeschreven bij de oudste ouder.

#### *Aanvraag Type 4*

Aanvraagtype 4 is gelinkt met aanvraagtype 3. Aanvraagtypes 4 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 3.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 3 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

#### *Aanvraag Type 5*

Aanvraagtype 5 is het aanvraagtype dat wordt gebruikt voor een gezin dat zich in een afhankelijkheidssituatie bevindt en ervoor gekozen heeft op zichzelf een gezin te vormen. De gerechtigde heeft evenwel de verplichting dit gezin te vormen met zijn of haar echtgenoot/echtgenote of de persoon met wie hij of zij een feitelijk gezin vormt en met zijn/haar persoon (personen) ten laste (art. 10, § 3 van het K.B. van 15.07.2002). Door deze gezinsleden verschilt het gezin waarvoor de inkomsten worden opgevraagd en rechten worden toegekend in het kader van de Maximumfactuur van het officiële Rijksregistergezin.

#### *Aanvraag Type 6*

Aanvraagtype 6 is gelinkt met aanvraagtype 5. Aanvraagtypes 6 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd in het aanvraagtype 5.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 5 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

#### *Aanvraag Type 7*

Aanvraagtype 7 wordt gebruikt voor gezinnen zoals bedoeld in artikel 9, § 2 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. In afwijking van artikel 9, § 1, vormt een rechthebbende die dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als zijn/haar echtgenote/echtgenoot of hun personen ten laste, met die personen een gezin.

Dat geldt eveneens als een rechthebbende dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt. Vormen een feitelijk gezin, de personen die samen onder hetzelfde dak wonen en de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen. De situatie die in aanmerking wordt genomen voor gezinnen met aanvraagtype 7 is ook de situatie op 1 januari van het jaar waarin de Maximumfactuur wordt toegekend. In deze omzendbrief dus 1 januari 2022.

#### *Aanvraag Type 8*

Aanvraagtypes 8 zijn er voor gezinnen verschillend van het Rijksregister, omdat ze vallen onder het artikel 9, § 1 of artikel 12, § 1 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002.

Artikel 9, § 1 eerste lid: De rechthebbende verblijft op 1 januari van het MAF-jaar als hoofdverblijfplaats in een rustoord voor bejaarden, een rust- en verzorgingstehuis, een psychiatrisch verzorgingstehuis, een initiatief voor beschut wonen, een centrum voor sociaal verweer of een gevangenis. Om die reden vormt de rechthebbende een éénpersoonsgezin (uitzondering art. 9, § 2, zie aanvraagtype 7).

Buitenlandse studenten die een kot huren van de universiteit beantwoorden niet aan de definitie van personen die in een gemeenschap leven.

Artikel 12, § 1 betreft gezinnen bestaande uit grensarbeiders of uit personen die vrijgesteld zijn van elke inschrijving in het Rijksregister (bv. diplomaten).

### Aanvraag Type 9

Aanvraagtype 9 is gelinkt met aanvraagtype 2. Aanvraagtypes 9 zijn aanvragen voor gezinnen verminderd met het lid of de leden geciteerd bij aanvraagtype 2.

De vermindering van het Rijksregistergezin met deze personen die worden meegedeeld in een aanvraag met type 2 zorgt er voor dat het gezin waaraan de MAF kan worden toegekend afwijkt van het officiële Rijksregistergezin.

## 5. Opvragen en ontvangen inkomstengegevens door DAC

### 5.1. Gegevensuitwisseling

Nadat de DAC de lijst met gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de INSZ-nummers van de betrokken sociaal verzekerden (gezinsleden), via de KSZ, over aan de FOD Financiën.

Als antwoord maakt de FOD Financiën, ook via de KSZ, de netto-inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid). Naast de inkomsten worden ook een inkomenscode (indicatie van de kwaliteit van het antwoord) en een heleboel andere gegevens doorgestuurd.

### 5.2. Het inkomstenjaar (X-2)

Het inkomstenjaar is het jaar van het inkomen dat gebruikt wordt om de categorie van het gezin te berekenen.

De inkomsten voor het MAF-jaar zelf zijn niet bekend bij de FOD Financiën bij de aanvang van het MAF-jaar. De belastingdienst beschikt niet over de inkomsten van het lopende jaar. De inkomsten uit het derde jaar voorafgaand aan het MAF-jaar waren de enige inkomsten waarover men bij de creatie van de MAF met zekerheid beschikte. De notie van het meest recente inkomstensenjaar is moeilijk te definiëren en leidt tot het gebruik van verschillende jaren afhankelijk per gezin. Daarom wordt voor alle gezinnen bij de bepaling van het MAF-plafond voor een specifiek MAF-jaar hetzelfde inkomstenjaar gebruikt. Tot en met het MAF-jaar 2018 is het inkomstenjaar het jaar MAF-3. Vanaf het MAF-jaar 2019 wordt het jaar MAF-2 ingevoerd als inkomstenjaar bij de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. (37*duodecies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994)

Voor de MAF 2022 is het jaar van de inkomsten 2020.

### 5.3. Berekening fiscale leeftijd. (zie technisch document)

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum van het INSZ bepalen wij of het lid ouder of jonger is dan 16 jaar op datum van 1 januari van het aanslagjaar. De berekening van de leeftijd is gerechtvaardigd door het feit dat elke belastingplichtige verondersteld wordt gekend te zijn bij de FOD Financiën (geregistreerd in hun database) als hij/zij de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft op 1 januari van het aanslagjaar. Vanaf de leeftijd van 16 jaar kan het gebrek aan inkomsten gekend bij de FOD Financiën voor die persoon leiden tot een onbetrouwbare inkomenscode.

Het inkomen waarmee rekening wordt gehouden voor het MAF-jaar 2022 is het inkomen ontvangen in 2020. Het aanslagjaar is het jaar 2021. De leeftijd (+ of - 16 jaar) wordt berekend ten opzichte van 1 januari 2021. (tot 2005, kind < 16 jaar; vanaf 2004, kind ≥ 16 jaar)



## 6. Berekening gezinsinkomen en toekennen MAF-categorie

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 6 categorieën (zie omzendbrief V.I. 2022/17 van 13.01.2022: Maximumfactuur. Dienstjaar 2022 & het technisch document in bijlage<sup>10</sup>). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond dat van toepassing is voor het gezin. Deze informatie is voldoende om de verzekeringsinstelling in staat te stellen om het recht correct toe te kennen.

Verdere gegevens met betrekking tot de fiscale inkomsten van betrokkenen worden niet meegegeeld aan de verzekeringsinstellingen. De mededeling door het RIZIV blijft beperkt tot de gecodeerde categorie waartoe het betrokken gezin behoort voor de toepassing van de Inkomensmaximumfactuur. De enige uitzonderingen hierop zijn de gevallen die worden beschreven in artikel 19 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002. Als de FOD Financiën laat weten dat zij geen informatie bezit over minstens één gezinslid (inkomenscode  $\neq$  0), bezorgt de DAC, desgevallend het totale bedrag van de inkomens van de andere rechthebbenden die het gezin vormen, tenzij het om een gezinslid gaat dat jonger is dan 16 jaar.

Op de verdere toekenning door de V.I. van de MAF-rechten voor gezinnen die zich in deze situatie bevinden, wordt ingegaan in het hoofdstuk over de Feedback.

## 7. Versturen MAF-categorieën en vaststellingen door de DAC (Antwoorden)

### 7.1. Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling

De DAC antwoordt uiterlijk 30 kalenderdagen na de ontvangstdatum van het aanvraagbestand.

### 7.2. Welke informatie?

Het antwoord in het bestand kan erg verschillen tussen verschillende gezinnen (records) van de lijst. Voor de correct samengestelde gezinnen wordt een MAF-categorie (letter van B tot G) meegegeeld. Deze letter staat voor het plafondbedrag dat de V.I. voor dat gezin mag toepassen. Naast de letter, deelt DAC ook mee of het antwoord betrouwbaar is of niet. Betrouwbaar wil zeggen dat de inkomsten van alle gezinsleden gekend zijn bij de FOD Financiën. Met onbetrouwbaar worden de gezinnen bedoeld waar het plafond (en het inkomen) berekend werden op onvolledige informatie omdat voor tenminste één gezinslid geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën. Bij de aanvragen met onbetrouwbaar remgeldplafond wordt ook het detail van de gekende fiscale gegevens meegegeeld aan de V.I..

Dan zijn er nog de returncodes bij vaststellingen door de DAC of de foutcodes bij syntactische of integratiefouten.

De verschillende opties:

- code betrouwbaar remgeldplafond
- code onbetrouwbaar remgeldplafond (+ detail gekende fiscale gegevens)
- code vaststelling DAC (geen fiscale gegevens, wel gezin fout samengesteld of dubbele aanvraag).

10. Hier niet gepubliceerd.

## 8. Feedback van de verzekeringsinstellingen

### 8.1. Soorten feedback

De verzekeringsinstelling die het dossier beheert waarbij inkomensgegevens ontbreken, licht de DAC in over twee types beslissingen in de toekenning van de MAF. Ten eerste de verwerking van de aanvragen met ontbrekende gezinsinkomens (art. 21 van het K.B. van 15.07.2002). Naast deze eerste soort feedback, brengt de V.I. de DAC ook op de hoogte van toegekende behartigenswaardige gevallen (artn. 22 tot 24 van het K.B. van 15.07.2002, gewijzigd door artn. 3 en 4 van het K.B. van 14.06.2022).

### 8.2. Welke informatie

Zoals vermeld staat in de inleiding zijn er twee situaties waarvoor de V.I. feedback versturen naar de Cel MAF:

- feedback op gezinnen met onvolledige inkomensgegevens (en dus zonder MAF-categorie)
- feedback op de toekenning van de behartigenswaardige gevallen.

De eerste beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van het recht aan gezinnen die op het einde van het proces met het RIZIV en de FOD Financiën met een onvolledig gezinsinkomen blijven, en waarvan er vanuit de Cel MAF dus geen MAF-categorie kon worden toegekend.

De V.I. definieert de MAF-categorie door de betrokken rechthebbende(n) een verklaring op erewoord te laten invullen en ondertekenen met vermelding van het inkomen waarover hij/ze beschikte(n) tijdens het gebruikte inkomstenjaar. De verklaring op erewoord (VOE) is conform het model dat in bijlage I van het K.B. van 15 juli 2002 is opgenomen. Deze inkomens worden toegevoegd aan de inkomens meegedeeld door het RIZIV. Op basis van deze som van de inkomens definieert het ziekenfonds de categorie van het gezin.<sup>11</sup>

De records die de V.I.'s toelaten om aan het RIZIV de gezinnen mee te delen waarvoor de inkomens van sommige leden niet gekend waren door FOD Financiën, zijn de records met returncode '02'. De V.I. communiceert alleen feedback op VOE die uiteindelijk van het recht op de MAF genoten hebben na het inkomensonderzoek.

De tweede soort beslissing waarvoor feedback wordt gegeven is de toekenning van de behartigenswaardigheid aan bepaalde gezinnen. Hier wordt de MAF toegekend aan een gezin dat een significante inkomensdaling ondergaan heeft.

Voor alle gezinnen die een significante inkomensdaling ondergaan hebben ten opzichte van de inkomens gebruikt om de MAF toe te kennen of te weigeren, wordt een enquête uitgevoerd om de bruto belastbare inkomens van het gezin te ramen voor het betreffende jaar. Op basis van deze inkomens zal de V.I. de categorie bepalen waartoe het gezin behoort en zal het beslissen of de MAF toegekend of geweigerd wordt.

De V.I. moet kunnen vaststellen dat het inkomen van dat gezin lager is dan één van de eerste twee inkomensgrensbedragen, bedoeld in [art. 37*undecies*, § 1 van de gecoördineerde wet].

In geval van toekenning van de behartigenswaardigheid moet het ziekenfonds zijn beslissing doorsturen naar de cel MAF van de DAC van het RIZIV.

11. Bij intermutualistische gezinnen moet de VOE ingediend worden bij de eigen mutualiteit. Deze informatie staat opgenomen in de template voor de VOE, in bijlage van het K.B. van 15.07.2002. Elk gezinslid dient dus zijn verklaring in bij zijn eigen ziekenfonds en het beherend ziekenfonds van het gezinshoofd is verantwoordelijk voor het verzamelen van alle inlichtingen.

### 8.3. Overdracht van de feedback gegevens


Voor een MAF-jaar moeten de verzekeringsinstellingen tussen de 1ste en de 31ste januari van dat zelfde MAF-jaar+2 en MAF-jaar+3 de feedbackbestanden overmaken aan DAC. De V.I. sturen dan 2 aparte feedbackbestanden door voor elk van de 2 types beslissingen.

De inhoud van de feedbackzendingen moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document “*Uitvoering Maximumfactuur 2022 Stroom V.I. <-> RIZIV*”. Het technisch document bevindt zich in bijlage bij deze omzendbrief.

Elk type record wordt geïdentificeerd door een zone “Code info”. De verschillende recordtypes hebben dezelfde lengte, namelijk 31 karakters. Het verschil tussen de twee zit in de waarde van het veld “Code info”. De records met gezinnen waarvoor onbetrouwbare codes terugkwamen van de fiscale administratie en waarvoor de verzekeringsinstelling op basis van een verklaring op eer een categorie heeft bepaald hebben in dit veld een waarde 1. De waarde van dit veld is bij de gezinnen met een inkomensdaling de waarde 2.


## 9. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

De gegevens moeten minstens bewaard worden voor de duur van de verjaringstermijn die voor de terugvordering van de tegemoetkomingen geldt. Artikel 174, eerste lid, 6<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 bepaalt dat de vordering tot terugvordering van de waarde van de ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed. Maar krachtens artikel 174, derde lid van de gecoördineerde wet geldt dit soort van verjaring niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat laatste geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Het is bijgevolg noodzakelijk om alle gegevens, inclusief de gegevens van de belastingadministratie, te bewaren voor een periode van tenminste zes jaar vanaf het einde van de maand waarin de prestaties zijn vergoed, om de gevallen van fraude nog te kunnen opsporen en behandelen. Om de correcte afhandeling van zulke dossiers te verzekeren dienen de verzekeringsinstellingen alle gegevens met betrekking tot de tegemoetkomingen verleend aan een rechthebbende voor een jaar X, te bewaren tot het einde van het jaar X+6.

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Caretet”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de Maximumfactuur ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: de machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn, tot 6 jaar. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Carenet-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

## 10. Algemene bepalingen

Deze omzendbrief is van toepassing voor het proces Inkomstenmaximumfactuur voor het MAF-jaar 2022.

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/305 – 3998/58 van 17 augustus 2022.

IV. Proces van aanvragen voor het gebruik van een bepaald bewijsstuk binnen de toekenning van een immunisatie van de tijdvakken van verblijf in het buitenland, in toepassing van artikel 290, B, § 3 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

## Inleiding

Artikel 290, B, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werd gewijzigd door het koninklijk besluit van 20 juni 2007 (B.S. 18.07.2007), dat een tweede lid eraan heeft toegevoegd met betrekking tot het verblijf van de gerechtigde in het buitenland, waarvoor moet worden nagegaan of voor dat hele tijdvak een aanvullende bijdrage is verschuldigd. De betrokken bepaling laat toe de periode van verblijf in het buitenland te immuniseren, op voorwaarde dat het om een periode gaat die niet is opgenomen in artikel 290, A, 2 van het voormelde besluit, en dat het verblijf in het buitenland door de gerechtigde wordt aangetoond door bewijsmiddelen die door de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV worden erkend.

In een eerste deel van deze omzendbrief worden de criteria en bewijsstukken beschreven voor de verlenging van het recht op geneeskundige verzorging door een immunisatie van tijdvakken in het buitenland door de verzekeringsinstelling zelf. Het tweede deel gaat in op afspraken met betrekking tot het proces waarin de verzekeringsinstelling de Directie toegankelijkheidsgegevens van de Dienst voor Administratieve Controle van het RIZIV vraagt of een bepaald bewijsstuk kan worden gebruikt door de verzekeringsinstelling bij de toekenning van een immunisatie van een tijdvak in het buitenland in toepassing van artikel 290, B, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De bepalingen opgenomen in deze omzendbrief gelden voor de immunisaties van een verblijf in het buitenland van een gerechtigde, waarvoor overeenkomstig het voormelde artikel 290 het nazicht van de vervulling van de bijdragevoorwaarden voor het refertejaar moet gebeuren, in de hypothese en overeenkomstig de regels van verlenging van het recht, en waarvoor het nazicht van de vervulling van de voorwaarden voor de wachttijd moet gebeuren, overeenkomstig de regels over de vervulling van de wachttijd.

## 1. Criteria en bewijsstukken voor de behandeling van immunisatiedossiers door de verzekeringsinstelling

Hierna vindt de verzekeringsinstelling een lijst met de criteria en met de documenten die de DAC heden als bewijsmiddelen voor een verblijf in het buitenland erkent. Indien de verzekeringsinstelling beschikt over deze bewijsmiddelen is zij zelf in staat een beslissing te nemen met betrekking tot de verlenging van het recht op geneeskundige verzorging door een immunisatie van tijdvakken in het buitenland.

Voor de dossiers die onder de voormelde opgesomde criteria vallen, passen de verzekeringsinstellingen artikel 290, B, § 3, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 zoals gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 juni 2007 toe. De betrokken bewijsmiddelen worden in het verzekeraarsdossier van de gerechtigde bewaard, waar zij beschikbaar moeten zijn voor controles *a posteriori*.

- a) Documenten uitgereikt door de overheid van het land van verblijf, zoals de ambassade, het ministerie, de gemeentelijke overheid, het departement voor integratie of voor immigratie, enz. waaruit de duur van dit verblijf blijkt, met name:
  - o document of kaart met betrekking tot de onderwerping aan de sociale zekerheid van het betrokken land
  - o werkvergunning
  - o permanente of tijdelijke verblijfskaart in de Staat van verblijf
  - o attest van gevangenhouding, uitgereikt door een strafinrichting
  - o uittreksels uit het Rijksregister waaruit blijkt dat betrokkene van ... tot ... in het buitenland verbleef.
- b) Getuigschriften uitgereikt door de schoolinrichtingen die erkend zijn door de Staat van verblijf, en waaruit de erkenning blijkt (secundair onderwijs, hoger niet-universitair onderwijs en universitair onderwijs), waarop de periode werd vermeld waarover onderwijs in het buitenland werd gevolgd;
- c) Attest uitgereikt door wetenschappelijke stichtingen, in het kader van een beurs voor onderzoekers, en door niet-gouvernementele organisaties (Artsen zonder Grenzen, UNICEF, ...);
- d) Visa met vermeldingen die het tijdvak van verblijf dekken (de stempels moeten voldoende duidelijk zijn);
- e) Attest van onderwerping aan de sociale zekerheid, afgeleverd door een sociale zekerheidsinstelling van de Staat van verblijf, waaruit blijkt dat de gerechtigde aan minstens een van de sectoren van de sociale zekerheid onderworpen is, en waaruit de periode van onderwerping en verblijf in het buitenland kan worden afgeleid;
- f) Documenten afgeleverd door de werkgever:
  - o arbeidsovereenkomst
  - o tewerkstellingscertificaat of tewerkstellingsattest
  - o loon- en/of belastingfiches<sup>1</sup>.

Alle andere gevallen, die niet zijn opgenomen onder de punten a) tot f), alsook de gevallen waar wel documenten zoals bedoeld in de punten a) tot f) beschikbaar zijn, maar waarin de precieze periode van verblijf niet met duidelijkheid blijkt, worden voor erkenning aan de DAC voorgelegd.

1. Vanwege de mogelijkheid tot telewerken zijn loon- en/of belastingfiches nooit voldoende, deze moeten steeds worden gecombineerd met andere bewijsstukken.

## 2. Proces aanvragen behandeling van immunisatiedosiers door de afdeling “administratieve toegankelijkheidsgegevens” van DAC

### a) Aanvraagmodaliteiten

Een aanvraag aangaande het gebruik van een immunisatie bij de toekenning van een immunisatie van een tijdvak van verblijf in het buitenland, in toepassing van artikel 290, B, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 dient steeds te gebeuren vanuit de verzekeringsinstelling (landsbond). Zo kan de landsbond zijn coördinerende rol spelen en eventueel overbodige aanvragen filteren. Indien een aanvraag toekomt vanuit een ziekenfonds zal deze worden geweigerd en zal het ziekenfonds worden gevraagd de aanvraag in te dienen via zijn landsbond.



Een aanvraag gebeurt bij voorkeur via mail, te richten aan het email-adres van de Directie toegankelijkheidsgegevens ([dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be)). Het onderwerp van de mail wordt als volgt opgemaakt: “aanvraag bewijsstuk immunisatie (art. 290, B, § 3)”, gevolgd door de “identiteit van de sociale verzekerde” (voornaam gevolgd door de familienaam) en het INSZ-nummer van de betrokken sociaal verzekerde, ten slotte nog gevolgd door de code “RECON”.

### b) Ontvankelijkheidsvoorwaarden

#### • *Inleiding*

In dit deel van deze omzendbrief wordt gepreciseerd welke aanvragen moeten gebeuren binnen het kader van het proces aangaande aanvaarding van een bewijsstuk voor de toekenning van een immunisatie van een tijdvak van verblijf in het buitenland, in toepassing van artikel 290, B, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, en welke vallen onder een assimilatie van een periode in het buitenland in toepassing van artikel 290, A, 2, 11° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Daarnaast gaan we ook in op de elementen die de verzekeringsinstelling opneemt in zijn immunisatieaanvraag ten aanzien van de afdeling Administratieve toegankelijkheidsgegevens van de DAC.

#### • *Assimilatie*

Indien er een mogelijkheid is om een periode in het buitenland te assimileren volgens artikel 290, A en meer in het bijzonder, volgens artikel 290, A, 11° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 dan heeft dit prioriteit op de immunisering in toepassing van artikel 290, B, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Een aanvraag voor de goedkeuring van een bewijsstuk voor de toekenning van een immunisatie van een tijdvak van verblijf in het buitenland dat geïmagineerd kan worden door artikel 290, A, 11°, kan niet worden behandeld in het kader van onze bevoegdheid. In artikel 290, A, 11° van voornoemd koninklijk besluit, wordt met name het tijdvak bedoeld waarover aanspraak op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging ten laste van een Belgische overheid bestond buiten de regelingen voor verplichte verzekering of waarover recht op tegemoetkomingen bestond krachtens een regeling voor verplichte verzekering van een vreemd land waarmee een verdrag inzake sociale zekerheid is gesloten of krachtens een regeling voor verplichte verzekering georganiseerd door één van de landen van de Europese Economische Ruimte of krachtens het statuut van een instelling van internationaal of Europees recht, gevestigd in België of waarbij de gerechtigde in België tewerkgesteld was.

Het is de taak van de verzekeringsinstelling om eerst een document voorzien bij de Europese Verordeningen 883/2004 en 987/2009 of een gelijkwaardig document in het kader van de bilaterale overeenkomsten (o.a. een document E.104) te vragen om de periode te assimileren. De dienst herinnert eraan dat de Directie internationale relaties van de Dienst voor geneeskundige verzorging, de verzekeringsinstelling desgevallend kan bijstaan in het bekomen van dit “E” – document.

Ingevolge de migratie naar EESSI<sup>2</sup> kunnen in principe in het kader van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheidsstelsels geen formulieren E.104 meer uitgereikt worden. De uitwisseling van gegevens inzake de verzekeringstijdvakken, voor wat betreft de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, gebeurt thans via een SED S041<sup>3</sup>: de verzekeringstijdvakken vermeld in de rubrieken 4.1 (verzekering), 4.2 (werkzaamheden), 4.3 (zelfstandige) en 4.4 (wonen) van de SED S041 dienen gelijkgesteld te worden met tijdvakken in de zin van artikel 290, A, 2, 11°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Het formulier “104”<sup>4</sup> (of gelijkwaardig formulier) is het formulier dat gebruikt wordt om de verzekeringsperiodes voor onder meer de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op te vragen met het oog op de samentelling van de tijdvakken. De periodes die voorzien worden op de “104” dienen niet geïmmuniseerd te worden maar dienen gelijkgesteld te worden krachtens artikel 290, A, 2, 11° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. De verzekerbaarheid voor de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt bepaald door de nationale wetgevingen van de lidstaten waarbij er geen uniformiteit tussen de lidstaten bestaat. Dit is dan ook weerspiegeld in de rubrieken 6 en 7 van het formulier “104” die moeten samen gelezen worden met rubriek 5:

- in rubriek 5 wordt bevestigd dat een persoon verzekerd was voor de ziekte(kosten)verzekering gedurende bepaalde tijdvakken op basis van:
  - verzekering of arbeid (bv. ziektekostenverzekeringen zoals in België, Duitsland, Nederland, ...) zoals ingevuld in rubriek 6, of
  - wonen (bv. Verenigd Koninkrijk, Ierland, Denemarken, ...) zoals ingevuld in rubriek 7. Onder “tijdvakken van wonen” in rubriek 7 dient verstaan te worden, ziektekostenverzekerd ten laste van een lidstaat waarvan de wetgeving voor het “recht op geneeskundige verstrekkingen geen voorwaarden stelt inzake verzekering of het verrichten van werkzaamheden ...” (bv. Verenigd Koninkrijk).

Met andere woorden, de tijdvakken vermeld in de rubrieken 6 (verzekering/arbeid) en 7 (wonen) van het formulier “104” dienen verplicht gelijkgesteld te worden met tijdvakken in de zin van artikel 290 A., 2, 11°, koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Indien de verzekerde tijdens zijn verblijf in het buitenland dat geïmmuniseerd kan worden door artikel 290, A, 2., 11°, zijn eigen verplichtingen wel is nagekomen, zou de verzekerde toch recht moeten kunnen hebben op de immunisatie voor de desbetreffende verblijfsperiode indien het ziekenfonds in de onmogelijkheid is om het bewijsstuk voorzien bij de Europese verordening of bilaterale overeenkomsten te bemachtigen (en derhalve de vereiste stukken en documenten ontbreken om de assimilatie op basis van art. 290, A., 2., 11° toe te staan).

Om de vereiste documenten en stukken te bekomen, vraagt het ziekenfonds de noodzakelijke informatie op bij de bevoegde administratie/het verbindingsorgaan van het andere overeenkomst sluitende land.

In overleg met de Directie Internationale Relaties van de Dienst geneeskundige verzorging (RIR) is de volgende procedure overeengekomen: indien de verzekeringsinstelling het formulier niet kan krijgen voor verzekerden die in theorie aanspraak kunnen maken op assimilatie van de geïmmuniseerde periode in het buitenland, op grond van de bepaling van artikel 290, A, 11°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, kan deze een verzoek indienen bij RIR op voorwaarde dat de verzekeringsinstelling de nodige stappen heeft ondernomen bij de bevoegde administratie/verbindingsinstantie van het andere land om het vereiste document SED S041 of formulier “104” of een gelijkwaardig document te verkrijgen.

Als RIR na meerdere pogingen het formulier/document niet kan verkrijgen, wordt het verzoek door RIR naar de DAC gestuurd.

2. Electronic Exchange of Social Security Information (IT-systeem), zie art. 4, lid 2, van Verordening (EG) 987/2009.

3. De SED S041 wordt niet uitgereikt/overhandigd aan de verzekerde persoon zelf, maar wordt elektronisch uitgewisseld tussen de bevoegde instellingen (verzekeringsinstellingen), en is het antwoord op een aanvraag via een SED S040.

4. bv. de BE-BIH.104/BIH-BE.104, BE-SRB.104/SRB-BE.104, BE-TN.104/TN-BE.104, ...



### Opmerkingen:

**Duitsland en Zwitserland:** Iemand die volgens de Duitse wetgeving «privat krankensichert» (wettelijke verplichting) is of in Zwitserland is aangesloten bij een zorgverzekeraar die «non agréé» is in het kader van de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2004, is volledig in regel met zijn verplichtingen die voortvloeien uit de onderwerping aan de Duitse, resp. Zwitserse wetgeving, maar zal geen document SED S041 kunnen krijgen en dus is gelijkstelling in de zin van artikel 290, A., 2, 11°, niet mogelijk. Reden: Duitsland en Zwitserland hebben beslist dat die verzekerden niet onder het toepassingsgebied van het hoofdstuk “ziekteverzekering” van de Verordeningen vallen. Bijgevolg zullen zij krachtens de Belgische reglementering geïmmuniseerd worden (zie bijlage 2)<sup>5</sup>.

**Nederland:** Een persoon, die krachtens de Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 in Nederland ziektekostenverzekerd was maar heeft nagelaten om (tijdig) een zorgverzekeringsspolis bij een Nederlandse zorgverzekeraar af te sluiten, kan geen beroep doen op een immunisatie in de zin van artikel 290B, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 van de verzekeringsperiodes waarvoor geen SED S041 kan uitgereikt worden omwille van het laattijdig afsluiten van een zorgverzekeringsspolis.

**Québec (tijdelijke oplossing** in afwachting van de uitkomst van besprekingen/onderhandelingen met de RAMQ): In overleg met de directie Internationale Relaties (RIR) en de juridische dienst van de geneeskundige verzorging (Jur\_Reg) werd besloten dat het niet langer nodig is een verzoek in te dienen voor het formulier QUE-BE.104 bij het RAMQ als de betrokken persoon niet duurzaam in Quebec verblijft: Het recht op de regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van Quebec is uitsluitend op het begrip “woonplaats” gebaseerd. Het RAMQ levert enkel QUE-BE.104-formulieren af aan personen die er duurzaam verblijven, ook al hebben ze zich bij het RAMQ kunnen inschrijven.

Ter herinnering, om de administratieve stappen te vereenvoudigen, is de verzekeringsinstelling niet verplicht om een aanvraag tot erkenning van bewijsstukken aan te vragen voor een verblijf in Quebec zolang de bewijsstukken zijn opgenomen in de omzendbrief en voldoende zijn om het verblijf in het buitenland aan te tonen.

**Immunisatie van de tijdvakken onder de V.I.E.-overeenkomst (volontariat international en entreprise) :** In overleg met de Directie internationale relaties van de Dienst voor geneeskundige verzorging (RIR), werd beslist dat een immunisatie van het tijdvak onder het V.I.E.-statuut kan worden toegekend op basis van artikel 290, B, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Een immunisatie is natuurlijk enkel mogelijk als de betrokken persoon NIET in België verblijft. Iemand die in België komt werken via een organisatie in Frankrijk onder het V.I.E.-statuut, komt voor dat tijdvak dus NIET in aanmerking voor immunisatie.

- *Afspraken met betrekking tot de samenstelling van een aanvraagdossier*


Een aanvraag voor de goedkeuring van een bewijsstuk voor de toekenning van een immunisatie van een tijdvak van verblijf in het buitenland gericht aan de afdeling voor administratieve toeganke-lijkheidsgegevens van de Directie toegankelijkheidsgegevens, wordt vergezeld door:

- 1°. een verklaring op eer, waarvan het model in bijlage bij deze omzendbrief is gevoegd (zie bijlage 1),
- 2°. een overzicht van de verzekerbaarheidstoestand van betrokkene voor een tijdvak vanaf 2 jaar voorafgaand aan het te immuniseren tijdvak tot en met de actuele verzekerbaarheidstoestand op de dag van de aanvraag.

5. Hier niet gepubliceerd.




c) Antwoordmodaliteiten

-  Het antwoord op de aanvraag of het bewijsmiddel kan worden gebruikt voor de toekenning van een immunisatie zal via het e-mailadres dac-acces ([dac-acces@riziv-inami.fgov.be](mailto:dac-acces@riziv-inami.fgov.be)) worden verstuurd naar de verzekeringsinstelling. De Dienst streeft er naar de aanvragen te behandelen en te beantwoorden binnen een termijn van 2 maanden.

### 3. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2019/206<sup>6</sup> en is van toepassing vanaf de dag van publicatie.

-  Omzendbrief V.I. nr. 2022/319 – 271/76 van 2 september 2022.

6. Niet gepubliceerd in het I.B.

## V. Doorsturen van de ledentallen

### 1. Inleiding

- 1.1. De aandacht van de verzekeringsinstellingen (V.I.) wordt er op gevestigd dat vanaf 1 juli 2023 nog enkel de nieuwe ledentallen bestanden zullen worden gebruikt. Dit houdt in dat de ledentallen vanaf het tweede semester 2022 volgens de hierna opgesomde modaliteiten en overeenkomstig de **in bijlage gaande recordtekening** aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) moeten worden overgemaakt.
- 1.2. De ledentallen worden **tweemaal per jaar** opgemaakt, te weten op 30 juni en 31 december, en moeten uiterlijk de laatste dag van de tweede maand die op voornoemde data volgen aan het RIZIV via FTP (File transfert protocol) worden overgemaakt. **Deze ledenbestanden moeten een situatie weergeven zoals gekend op de laatste dag van het betrokken semester.**
- 1.3. In het bestand moeten zowel de gerechtigden als de personen ten laste worden opgenomen. Dit gebeurt, zoals blijkt uit de recordtekening, onder een uniek, door de V.I. toegekend nummer, waarbij het Identificatienummer van de sociale zekerheid anoniem wordt gemaakt. Nochtans kan het Identificatienummer van de sociale zekerheid door de Dienst voor administratieve controle (DAC), en dit voor controledoelinden, worden gevraagd.

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

De overgezonden gegevens worden door de V.I. gearhiveerd en bijgehouden tot het einde van een periode van 5 maanden volgend op het semester waarvan de ledentallen gegevens werden opgemaakt.
- 1.4. Bij ontvangst van de bestanden zullen deze aan een aantal controles onderworpen worden, zoals beschreven in bijgaande recordtekening.
- 1.5. De verwerpingen worden door het RIZIV teruggestuurd naar de V.I. De gegevens die moeten worden verbeterd worden aangeduid. Dit gebeurt onder de vorm van een sequentieel tekstbestand. De betekenis van de foutcodes gaan in bijlage bij deze omzendbrief.
- 1.6. De V.I. zijn ertoe gehouden om na het toezenden van een verwerpingsbestand door het RIZIV het volledige bestand met de verbeterde records **binnen de twee weken** (na ontvangst) **terug te sturen naar het RIZIV. Bij het opmaken van het verbeterd bestand moeten de V.I. zich steeds baseren op de toestand zoals gekend op de laatste dag van het betrokken semester, bedoeld in punt 1.2 van deze omzendbrief.**

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

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


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

### 2.1. Lijst geldige combinaties

Er is een lijst opgesteld met geldige combinaties. Deze lijst is niet limitatief en zal, indien hier nood aan is, aangepast worden. De lijst gaat in bijlage<sup>1</sup> bij deze omzendbrief.

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

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

 Aanpassingen van de lijst “Geldige combinaties” zullen aan de V.I. worden meegedeeld via een geüpdatet versie welke zal gepubliceerd worden op de website van het RIZIV: [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) (rubriek omz. naar de V.I. - DAC – ledentallen).

### 2.2. Lijst geldige NIS-Codes

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

Bij verschillen tussen de NIS-codes van de verzekeringsinstelling (V.I.) en van het Rijksregister, wordt voorgesteld te controleren of werkelijk de NIS-code van de woonplaats geselecteerd is in het Rijksregister. Alle records met een ongeldige NIS-code zullen niet aanvaard worden, alsook records met NIS-code 99990 (overleden). Aanpassingen van de lijst van NIS-codes zullen de V.I. worden meegedeeld. Het referentiebestand met de gemeentecodes NIS (woonplaats in België) en de landcodes (woonplaats in het buitenland), door het RIZIV gebruikt bij de controle, gaat in bijlage<sup>2</sup> van deze omzendbrief.

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

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

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

De NIS-codes bevinden zich in bijlage 2<sup>3</sup>.

1. Hier niet gepubliceerd.  
2. Hier niet gepubliceerd.  
3. Hier niet gepubliceerd.

## 2.3. Grensarbeiders

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

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

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

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

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

## 2.4. Belgische gepensioneerden, weduwen en weduwnaars in het buitenland

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

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

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

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

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

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

#### 2.4.2. ANDERE LANDEN

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

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

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

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

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

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

### 2.6. Diplomaten en daarmee gelijkgestelden

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

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

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

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

### 2.8. Echtgenoten van zelfstandigen

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

- persoon ten laste: zij komen dan in de hoedanigheid van persoon ten laste voor in de ledentallen
- mini-statuut: de betrokkenen zijn persoon ten laste voor de geneeskundige verzorgingsverzekering en gerechtigde voor de uitkeringsverzekering. Zij worden vermeld met een code 08 in het veld “sociale stand” en met de code 2 in het veld “gerechtigde of persoon ten laste”. Aan de betrokkenen wordt een bijdragebon met code 14 uitgereikt

- maxi-statuuat: dit zijn gerechtigden zowel in het kader van de geneeskundige verzorgingsverzekering als in het kader van de uitkeringsverzekering. Zij worden als gerechtigden vermeld in de ledenbestanden met een code 08 in het veld "sociale stand" en met de code 1 in het veld "gerechtigde of persoon ten laste". Zij ontvangen bons met code 18.

## 2.9. Personen ten laste

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bij de aanpassing van de omzendbrief werd bovendien ook rekening gehouden met vroegere afspraken, opgenomen in omzendbrief 2007/436<sup>4</sup> – 220/21, van 26 november 2007: daarin werd onder meer de afspraak hernomen dat code gerechtigde 2 voor een zelfstandige vanaf 1 januari 2008 voorlopig steeds gelijk is aan 460 of 461.

## 2.12. Hervorming van de verhoogde tegemoetkoming (2014)

Sinds de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming op de 1<sup>ste</sup> januari 2014 in werking getreden is (K.B. van 15.01.2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in art. 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994), is het OMNIO-statuut verdwenen, en kan de verhoogde tegemoetkoming op twee wijzen verkregen worden:

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

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

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

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

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

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

Zij hebben recht volgens de ZIV-tarieven en voorwaarden (zie omzendbrief V.I. 2019 / 168 van de dienst voor geneeskundige verzorging)<sup>5</sup>

4. Niet gepubliceerd in het I.B.

5. De personen die de hoedanigheid van gerechtigde, bedoeld in art. 32, eerste lid, 11<sup>o</sup> *quinquies* van de gecoördineerde wet, hebben op basis van het getuigschrift van Overzeese Sociale Zekerheid van de RSZ worden opgenomen met de hoedanigheid codes die gebruikt worden voor de gepensioneerden van de Algemene Regeling. De overlevende echtgenoten van deze personen zijn ook opgenomen bij de hoedanigheid codes voor gepensioneerden. De wezen van deze personen zijn opgenomen met de hoedanigheid codes voor wezen van de Algemene Regeling.

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

### 2.14.1. INGANGSDATUM VERZEKERBAARHEID

Het veld “Ingangsdatum reële rechten verzekerbearheid” betreft *de eerste dag van de huidige en reële rechten verzekerbearheid* van de sociaal verzekerde. Concreet gaat het om de meest recente datum waarop een van de volgende veranderingen is doorgevoerd:

- een sociaal verzekerde heeft zich voor de eerste keer als gerechtigde ingeschreven
- een sociaal verzekerde heeft zich opnieuw als gerechtigde ingeschreven
- een gerechtigde is van hoedanigheid veranderd
- een gerechtigde is persoon ten laste geworden
- een persoon ten laste is van gerechtigde veranderd
- een persoon ten laste is gerechtigde geworden
- de gerechtigde van een persoon ten laste is van hoedanigheid veranderd
- een sociaal verzekerde is niet-verzekerde geworden, na een verlies van rechten
- een sociaal verzekerde is gemuteerd
- een sociaal verzekerde heeft recht gekregen op de verhoogde tegemoetkoming
- een sociaal verzekerde heeft zijn recht op de verhoogde tegemoetkoming verloren.

Krachtens een eerder akkoord mag de datum niet *vóór 1 januari 1998 liggen*. Als een eerdere datum bekend is, moet de V.I. 1 januari 1998 in de ledentallen vermelden.

De ingangsdatum van de verzekerbearheid mag niet na de referentiedatum van het ledentallenbestand liggen (bv. de datum mag niet 01.01.2023 zijn in het bestand dat rapporteert over de situatie op 31.12.2022).

### 2.14.2. EINDDATUM VERZEKERBAARHEID

De einddatum van de reële rechten verzekerbearheid vermeldt de datum waarop de rechten verzekerbearheid van een sociaal verzekerde ten einde lopen en moeten worden verlengd. In de meeste gevallen moet die datum 31 december van het lopende jaar zijn.

Als er evenwel een andere datum bekend is, zoals de dag *vóór* de pensionering, of de laatste dag van een periode van arbeidsongeschiktheid, moet deze datum worden vermeld.

Voor de *niet-verzekerden* (CG1/CG2 = 0) moet geen datum worden vermeld en mogen die waarden leeg blijven.

## 2.15. Integratie van gedetineerden in de VGVU


Vanaf 1 januari 2023, heeft de populatie van gedetineerden recht op de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Ze moet bijgevolg opgenomen worden in de ledentallenbestanden. Hetzelfde geldt voor de gedetineerden opgenomen in de hoedanigheid 24° en automatisch aangesloten bij de HZIV.

In het geval van een niet-verzekerde (niet in regel met de bijdrageplicht) of van een niet-verzekerbaar (hoedanigheid 24°) gedetineerde, moet het veld cg1/cg2 100/100 of 101/101 bevatten. De ingangsdatum verzekerbearheid moet 1 januari 2023 zijn of de opsluitingsdatum in het geval dat deze na 1 januari 2023 is.

De gedetineerden worden bovendien geïdentificeerd door het toevoegen van nieuwe waarden in de velden “Bijdragecode resident” en “Bijkomende informatie”.



### 3. Bijlagen

 De recordtekening en de beschrijving, evenals alle bijlagen waarnaar verwezen wordt in deze omzendbrief bevinden zich ook op de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering - [www.riziv.fgov.be](http://www.riziv.fgov.be) (rubriek omzendingen naar de verzekeringsinstellingen - Dienst voor administratieve controle – ledentallen).

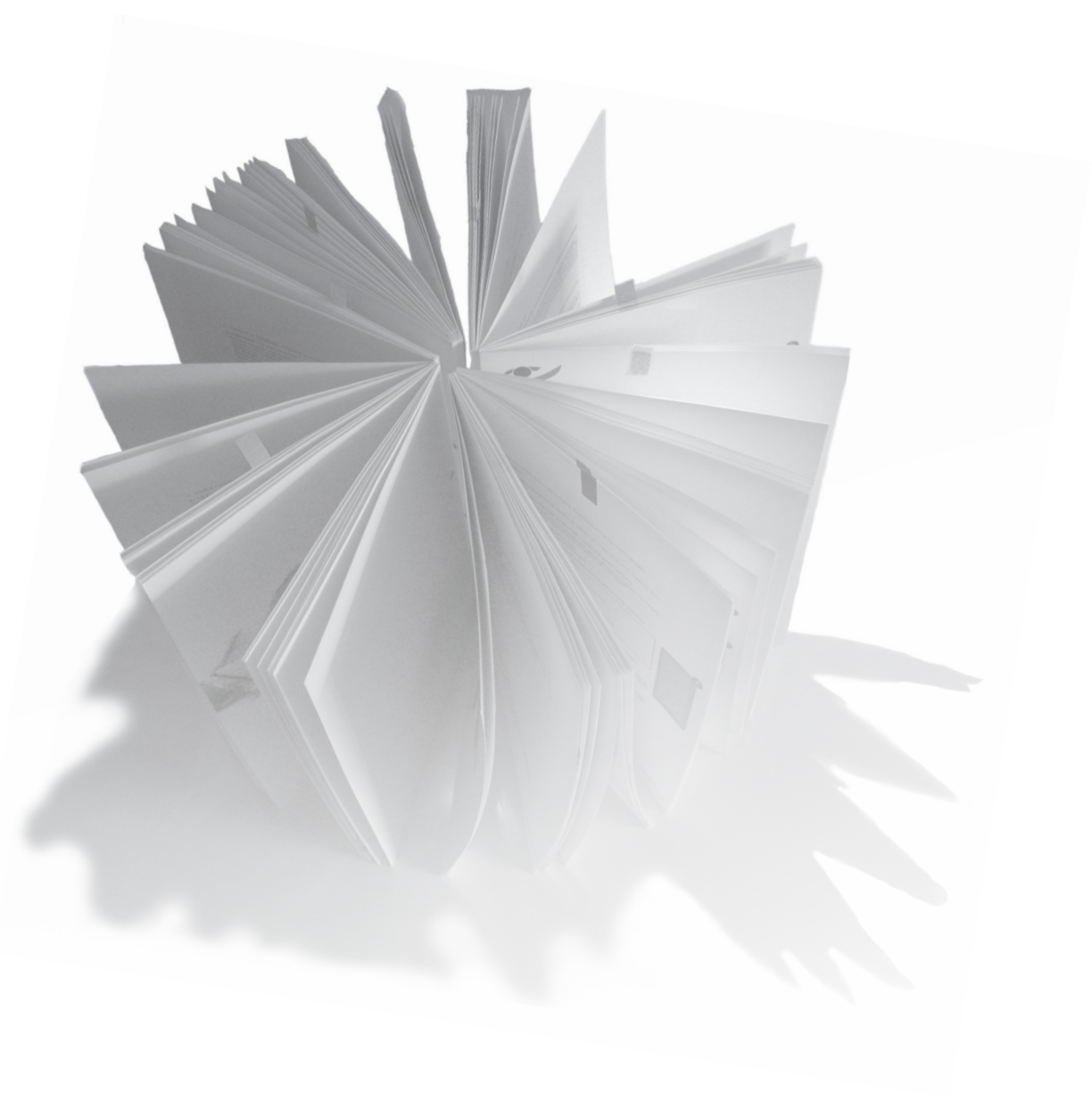
### 4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief vernietigt en vervangt de omzendbrief V.I. nr. 2022/146<sup>6</sup> van 5 mei 2022.

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/321 – 62/1450, 63/1431 en 64/42 van 9 september 2022.



5<sup>e</sup> Deel  
Basisgegevens



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

Van toepassing vanaf 1 augustus 2022.

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

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

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

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

*1 mei 2011 indexering*

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

*1 februari 2012 indexering*

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

*1 december 2012 indexering*

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

*1 juli 2015 indexering*

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

*1 juni 2016 indexering*

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

*1 juni 2017 indexering*

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

*1 september 2018 indexering*

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

*1 maart 2020 indexering*

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

*1 september 2021 indexering*

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

*1 januari 2022 indexering*

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

*1 maart 2022 indexering*

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

*1 mei 2022 indexering*

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

**1 augustus 2022 indexering****1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 24 = 2.835,39 EUR**

Waarde per trimester		
1 <sup>ste</sup> trimester 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2009	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87 <sup>3</sup> /3	2.148,87 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2010	2.148,87 <sup>2</sup> /3+2.191,85 <sup>1</sup> /3	2.163,20 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2010	2.191,85 <sup>3</sup> /3	2.191,85 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	2.191,85 <sup>3</sup> /3	2.191,85 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2011	2.191,85 <sup>1</sup> /3+2.235,68 <sup>2</sup> /3	2.221,07 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68 <sup>3</sup> /3	2.235,68 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2011	2.235,68 <sup>3</sup> /3	2.235,68 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	2.235,68 <sup>1</sup> /3+2.280,40 <sup>2</sup> /3	2.265,49 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40 <sup>3</sup> /3	2.280,40 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40 <sup>3</sup> /3	2.280,40 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2012	2.280,40 <sup>2</sup> /3+2.326,00 <sup>1</sup> /3	2.295,60 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2013	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2014	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2015	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2015	2.326,00 <sup>3</sup> /3	2.326,00 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2015	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2016	2.372,52 <sup>3</sup> /3	2.372,52 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2016	2.372,52 <sup>2</sup> /3+2.419,97 <sup>1</sup> /3	2.388,34 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2016	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2016	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2017	2.419,97 <sup>3</sup> /3	2.419,97 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2017	2.419,97 <sup>2</sup> /3+2.468,37 <sup>1</sup> /3	2.436,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2017	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2018	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37 <sup>3</sup> /3	2.468,37 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2018	2.468,37 <sup>2</sup> /3 + 2.517,74 <sup>1</sup> /3	2.484,83 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2018	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2019	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2019	2.517,74 <sup>3</sup> /3	2.517,74 EUR

3 <sup>de</sup> trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2019	$2.517,74 \cdot 3/3$	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2020	$2.517,74 \cdot 2/3 + 2.568,10 \cdot 1/3$	2.534,53 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2020	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2021	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
2 <sup>de</sup> trimester 2021	$2.568,10 \cdot 3/3$	2.568,10 EUR
3 <sup>de</sup> trimester 2021	$2.568,10 \cdot 2/3 + 2.619,46 \cdot 1/3$	2.585,22 EUR
4 <sup>de</sup> trimester 2021	$2.619,46 \cdot 3/3$	2.619,46 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2022	$2.671,85 \cdot 2/3 + 2.725,28 \cdot 1/3$	2.689,66 EUR
<b>2<sup>de</sup> trimester 2022</b>	<b><math>2.725,28 \cdot 1/3 + 2.779,79 \cdot 2/3</math></b>	<b>2.761,62 EUR</b>



Omzendbrief V.I. nr. 2022/295 – 248/80 van 4 augustus 2022.

## II. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 augustus 2022 - Spil

Van toepassing vanaf 1 augustus 2022.

Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 16.844,65 en 3.118,40 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004=100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijsen en aan de evolutie van de welvaart, op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 augustus 2022:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
23.680,87 EUR	4.383,98 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2022/296 – 3991/354 van 4 augustus 2022.

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

Van toepassing vanaf 1 augustus 2022.

Dit bedrag van 25.285,14 EUR, dat gekoppeld is aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen 103,14 (basis 1996 = 100), wordt op dezelfde wijze aangepast aan de evolutie van de consumptieprijzen als de grensbedragen van de inkomens van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.


#### Indexering van de grensbedragen

	Residenten (in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (in EUR)
Vanaf 1 september 2008	30.820,06	2.707,42
Vanaf 1 juni 2009 (welvaart)	30.820,06	2.756,15
Vanaf 1 januari 2010 (welvaart)	30.820,06	2.788,65
Vanaf 1 september 2010	31.437,01	2.844,47
Vanaf 1 mei 2011	32.066,61	2.901,44
Vanaf 1 september 2011 (welvaart)	32.066,61	2.921,74
Vanaf 1 januari 2012 (welvaart)	32.066,61	2.959,47
Vanaf 1 februari 2012	32.708,86	3.018,74
Vanaf 1 december 2012	33.363,74	3.079,19
Vanaf 1 september 2013 (welvaart)	33.363,74	3.140,77
Vanaf 1 juli 2015	34.031,27	3.203,40
Vanaf 1 september 2015 (welvaart)	34.031,27	3.225,83
Vanaf 1 januari 2016 (welvaart)	34.031,27	3.267,47
Vanaf 1 juni 2016	34.711,44	3.332,74
Vanaf 1 juni 2017	35.404,25	3.399,56
Vanaf 1 september 2017 (welvaart)	35.404,25	3.467,55
Vanaf 1 september 2018	36.112,24	3.536,95
Vanaf 1 juli 2019 (welvaart)	36.112,24	3.622,24
Vanaf 1 maart 2020	36.835,39	3.694,61
Vanaf 1 juli 2021 (welvaart)	36.835,39	3.768,51
Vanaf 1 september 2021	37.571,19	3.843,96
Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28



Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
<b>Vanaf 1 augustus 2022</b>	<b>40.668,62</b>	<b>4.383,98</b>

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

 Omzendbrief V.I. nr. 2022/299 – 270/88, 273/89, 274/90, 276/139, 2790/91, 2791/88, 2792/87, 3910/1995 en 83/514 van 4 augustus 2022.



[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Charlotte Lefebvre  
De h. Jan Demey  
Mevr. Nuray Özdemir  
Mevr. Marleen Stevens  
Mevr. Jolanda Gashi

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726