

## Administratieve Controle

Omzendbrief VI nr 2010/135 van 18 maart 2010

62/829

63/810

64/36

## Doorsturen van de ledentallen

### 1. Inleiding

1.1 De aandacht van de verzekeringsinstellingen wordt er op gevestigd dat vanaf 1 januari 2007 nog enkel de nieuwe ledentallen zullen worden gebruikt. Dit houdt in dat de ledentallen vanaf het eerste semester 2007 volgens de hierna opgesomde modaliteiten en overeenkomstig de in bijlage gaande recordtekening aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten overmaken.

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 via FTP (File transfert protocol) aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering 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 verzekeringsinstellingen 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, en dit voor controledoelinden, worden gevraagd.

Wanneer de Dienst voor administratieve controle wenst over te gaan tot systematische en doelgerichte controles zal de verzekeringsinstellingen 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 toezending.

1.4. De overgezonden gegevens worden door de verzekeringsinstellingen gearhiveerd en bijgehouden tot het einde van een periode van vijf maanden volgend op het semester waarvan de ledentallengegevens werden opgemaakt

1.5 Bij ontvangst van de bestanden zullen deze bestanden aan een aantal controles onderworpen worden , zoals beschreven in bijgaande recordtekening.

- 1.6 De verwerpingen worden door het RIZIV teruggestuurd naar de verzekeringsinstellingen. 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.
- 1.7 De verzekeringsinstellingen 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 verzekeringsinstellingen 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 Dienst voor administratieve controle 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.
- 1.8 Verbeteringen welke nog na het verstrijken van de voornoemde periode zouden worden ingediend zullen niet meer aanvaard worden, behalve indien zich ernstige technische problemen zouden voordoen. In die omstandigheden kan **de Dienst voor administratieve controle** een verlenging van de periode toestaan.

## 2. Hierna gaan ten behoeve van de verzekeringinstellingen 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.  
Deze lijst gaat in bijlage bij deze omzendbrief.

Wanneer een nieuwe CG1/CG2 code gebruikt wordt, wordt deze ter goedkeuring voorgelegd aan de werkgroep "Verzekerbaarheid" 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 VI in de toekomst nieuwe codes gerechtigden 1 en 2 zullen gebruiken, worden zij gevraagd de Dienst voor administratieve controle 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 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 verzekeringsinstellingen worden meegedeeld via een geupdate versie welke zal gepubliceerd worden op de website van het RIZIV.

### 2.2 Lijst geldige NIS codes

De lijst met NIS codes zoals bepaald door het Rijksregister wordt gebruikt.

Deze codes duiden de woonplaats van de betrokkene aan.

Bij verschillen tussen de NIS codes van de verzekeringsinstelling 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 verzekeringsinstellingen 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 van deze omzendbrief

### **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. Maar 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 die in het buitenland wonen.**

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 Gemeenschap, 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 Gemeenschap 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 en kunnen zij dus niet worden opgenomen op de ledenbestanden. Bij hun terugkeer in België daarentegen verwerven zij de hoedanigheid van Belgische verzekerden en mogen wel worden opgenomen op de ledenbestanden.

#### 2.4.2 Andere landen.

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

Aan de betrokkenen kan een sociale identiteitskaart zijn uitgereikt en hun geneeskundige verstrekkingen kunnen worden terugbetaald door een Belgisch ziekenfonds.

Nochtans zal het Belgische ziekenfonds de uitgaven voor geneeskundige verzorging recupereren bij het buitenlandse ziekenfonds of het bevoegde buitenlandse organisme en kunnen de betrokkenen dus niet als Belgische verzekerden worden beschouwd.

De personen aan wie een S.I.S. kaart werd uitgereikt, maar die niet als verzekerden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kunnen worden beschouwd, worden niet vermeld.

Evenmin worden opgenomen de rechthebbenden die in België aanspraak kunnen maken op de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen overeenkomstig de E.E.G. bepalingen of internationale verdragen.

### **2.6 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 met meer dan één echtgenote of samenwonende persoon op de bestanden voorkomen.

Deze schijnbaar onwettige situatie kan zich enkel voordoen gedurende een beperkte periode, wanneer één van de echtgenoten of samenwonende personen aanspraak kunnen maken op uitloophrechten.

### **2.7 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 op de ledentallen;

- mini-statuuat : 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 op 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.

## **2.8 Personen ten laste.**

In ons stelsel van geneeskundige verzorgingsverzekering kunnen de kinderen de hoedanigheid van persoon ten laste 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.

## **2.9 Opname van de leden van het overheidsperoneel die in disponibiliteit zijn gesteld.**

Zoals bepaald bij Koninklijk Besluit van 1 april 2007 worden de leden van het overheidsperoneel 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 op het bestand van de ledentallen : CG1/CG2 = 111/111 met een sociale stand 3.

- 2.10** 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 wet betreffende 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 in één globale regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging, tesamen 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 1/01/2008 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 voorzag 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, en weduwen of weduwnaars met een overlevingspensioen van minder dan 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 – 220/21, van 26 november 2007 : daarin werd onder meer de afspraak hernomen dat code gerechtigde 2 voor een zelfstandige vanaf 1/01/2008 voorlopig steeds gelijk is aan 460 of 461.

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

Deze omzendbrief vernietigt en vervangt de omzendbrief van 27 november 2008 nr 2008/493 rubrieken 62/734 – 63/175 en 64/35.

P. Paermentier  
directeur-generaal.

Bijlagen : nihil