

1<sup>e</sup> Deel

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



## 2<sup>de</sup> trimester 2021

### 1. Wet

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.06.2021 – Editie 3	13.06.2021	Wet houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- er wordt een juridische basis vastgesteld om alle criteria (vaststelling van de prijzen, uitvoering van de testen, analyse en financiering) voor de verschillende soorten testen te definiëren
- er wordt een juridische basis vastgesteld om sommige aspecten van het huidige kader van de PCR-testen te kunnen wijzigen
- in afwijking van de bepalingen van de gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen kunnen er tijdelijke verstrekkingen of ingrepen worden gecreëerd om verzorging die door de pandemie is vereist, ten laste te kunnen nemen, teneinde snel te kunnen reageren indien er intersectorale maatregelen moeten worden genomen
- om de zorgcontinuïteit inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging te waarborgen, kunnen de overlegorganen gebruik maken van schriftelijke procedures, verkorte adviestermijnen en de mogelijkheid om af te zien van formele raadplegingen. De aanpassingen zorgen ervoor dat het klassieke overleg op een andere manier kan plaatsvinden (digitaal, informeel,...)
- de prijsdalingen in het kader van de besparingsmaatregelen betreffende de referentierugbetaling en de maatregel “oude geneesmiddelen” worden tijdelijk uitgesteld
- integratie van de zorg op afstand aan de hand van informatie- en communicatietechnologieën in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Die mogelijkheid moet altijd expliciet zijn vastgesteld in de vergoedingsvoorwaarden die van toepassing zijn op de geneeskundige verstrekking
- de omschrijving van de verstrekking 101916 wordt gewijzigd om via deze verstrekking op afstand psychotherapeutische behandelingen te kunnen voortzetten die zijn opgestart vanaf 4 mei 2020
- verstrekking van een begeleidende maatregel voor de uitgebreide toepassing van de “combicliff” om te voorkomen dat sommige geneesmiddelen voor de behandeling van hiv van de Belgische markt verdwijnen (art. 35<sup>ter</sup>, § 1<sup>bis</sup>)
- wanneer de uitgebreide combicliff wordt toegepast, mag de prijs van het gepatenteerde geneesmiddel in kwestie niet dalen onder de prijs van hetzelfde geneesmiddel in zes andere lidstaten van de EU (art. 35<sup>ter</sup>, § 1<sup>bis</sup>, 4e en 5e lid)
- volledig ingevulde en ondertekende verwijsvoorschriften die gedigitaliseerd zijn door middel van een optische of fotografische techniek en via mail of een andere elektronische manier aan de patiënt werden bezorgd, zijn een rechtsgeldige grond voor de terugbetaling door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van de voorgeschreven behandeling. Het is tijdelijk niet meer nodig om die originele versies aan de zorgverlener te bezorgen en vervolgens, indien nodig, aan de verzekeringsinstellingen overeenkomstig de toepasselijke regels.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.06.2021	21.06.2021	Programmawet

#### Samenvatting van de wijzigingen

In de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- een uitdieping van het percentage van de geneesmiddelen buiten de categorie A van 43,64 % naar 4,75 %; het dalingspercentage voor de geneesmiddelen in categorie A blijft ongewijzigd
- er is voorzien in een wijziging van het systeem van de referentierugbetaling voor specialiteiten waarvan de toedieningsvorm erkend is als een vorm met een beduidend hogere specifieke therapeutische waarde of wanneer wordt erkend dat deze specialiteit een beduidende meerwaarde biedt voor de veiligheid en/of de doeltreffendheid ten opzichte van de specialiteiten waarop het systeem van de referentierugbetaling volledig wordt toegepast
- verhogen van de kostenefficiëntie en het huidige en toekomstige doelmatig gebruik van het farmacotherapeutisch arsenaal
- er zal twee keer per jaar proactief worden gevraagd dat de prijs in 6 Europese landen wordt meegedeeld voor alle vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zodat de informatie tijdig beschikbaar is en er, wanneer dat gewenst of noodzakelijk is, ook andere compenserende maatregelen kunnen worden genomen om de beschikbaarheid van de originele en de generische specialiteiten op de Belgische markt te beschermen
- een aanpassing van de definitie “goedkoop voorschrijven” voor biologische geneesmiddelen.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.05.2021	18.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 131 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt artikel 131, § 1, tweede lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen door:

“De voormelde toekenning van recht kan slechts gebeuren, indien de bijdrageverplichtingen in verband met het referentiejaar werden nagekomen, en zulks uiterlijk op 31 december van het daaropvolgende vijfde kalenderjaar.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	17.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, 1e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 4 van het koninklijk besluit van 26 mei 2016 tot uitvoering van artikel 64, § 1, eerste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 worden de rangnummers "458975-458986" ingevoegd vóór de rangnummers "459395 - 459406".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	17.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 september 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- in artikel 13, § 1, van het koninklijk besluit van 11 september 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de medische huizen, worden de woorden "1 januari 2021" vervangen door de woorden "1 juli 2021".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.06.2021	01.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 26 januari 2021 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat oxyconcentratoren voor zuurstoftherapie gedurende de COVID-19-crisis betreft

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt de bijlage gevoegd bij het koninklijk besluit van 26 januari 2021 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, 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, aangevuld.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.04.2021	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, l) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt in artikel 14, l) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijziging aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 312756-312760 worden de woorden "of iatrogeen medicatie-gerelateerde osteonecrose van de kaak tijdens of na behandeling wegens een bot gemetastaseerde maligne tumor" ingevoegd tussen de woorden "osteoradionecrose" en "of".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2021 – Editie 1	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B., e) en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 18, § 2, B., e), wordt in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, de verstrekking 433252-433263 opgeheven
- in artikel 24, § 1:
  - => in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, wordt de verstrekking 542931-542942 toegevoegd;
  - => in de rubriek Diagnoseregels worden in diagnoseregule 63 de woorden "433252-433263" vervangen door de woorden "542931-542942".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2021 – Editie 1	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, wordt de verstrekking 542791-542802 vervangen door 542791-542802
- in de rubriek "Diagnoseregels"
  - => wordt diagnoseregule 53 vervangen
  - => wordt diagnoseregule 86 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2021 – Editie 1	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 9/Diversen, wordt de verstreking 545753-545764 vervangen
- de rubriek “Cumulregels” wordt aangevuld
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.05.2021 – Editie 2	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot de IgM antilichamen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek “6/INFECTIEUZE SEROLOGIE, 1/Bloed” wordt na de verstreking 552031-552042 de verstreking 552436-552440 ingevoegd
- in de rubriek “Cumulregels” wordt cumulregel 328 vervangen
- de rubriek “Diagnoseregels” wordt aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.05.2021 – Editie 2	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot de endocrinologische diagnostiek

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekkingen 546615-546626, 546630-546641, 546755-546766 en 546770-546781 worden opgeheven
- in de rubriek “Cumulregels” wordt de cumulregel 30 opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.05.2021 – Editie 2	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot de hemoculturen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekkingen 549010-549021 en 549032-549043 worden vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.05.2021	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot Helicobacter pylori serologie

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstreking 551994-552005 wordt opgeheven
- in de rubriek “Diagnoseregels”
  - => wordt diagnoseregule 76 vervangen;
  - => wordt diagnoseregule 91 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2021	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 24, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de rubriek 5/MICROBIOLOGIE:
  - => wordt de verstreking 550911-550922 vervangen;
  - => wordt de verstreking 550255-550266 vervangen;
  - => wordt de verstreking 550196-550200 ingevoegd na de verstreking 550255-550266.
- in de rubriek “Cumulregels”:
  - => wordt cumulregel 70 opgeheven;
  - => wordt cumulregel 116 vervangen.
- in de rubriek “Diagnoseregels”:
  - => wordt diagnoseregule 77 vervangen;
  - => wordt diagnoseregule 153 vervangen;
  - => wordt de rubriek aangevuld als volgt:

“159

De verstreking 550255-550266 kan pas worden aangerekend na een positief resultaat voor Chlamydia trachomatis via verstreking 550196-550200, minstens 14 dagen na een behandeling tegen Chlamydia trachomatis.

160

De verstreking 550911-550922 kan pas worden aangerekend na een positief resultaat voor Neisseria gonorrhoeae via verstreking 550196-550200, minstens 14 dagen na een behandeling tegen Neisseria gonorrhoeae.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2021	06.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, A., II., en artikel 24 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, met betrekking tot de klinische biologie

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 3, § 1, A., II., van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt vervangen
- in artikel 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in de rubriek "Cumulregels"
    - worden de cumulregels 1, 2 en 100 opgeheven
    - wordt de cumulregel 126 vervangen
    - wordt de cumulregel 349 vervangen.
  - => in de rubriek "Diagnoseregels" wordt de diagnoseregel 1 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.04.2021 – Editie 1	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 12, § 1, a), en § 3, 7° en 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
29.04.2021	18.03.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 12, § 1, a), en § 3, 7° en 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. - Corrigendum

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 12 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in paragraaf 1, a):
  - => worden in de titel die volgt op de verstrekking 200255-200266 de woorden "plexus brachialisanesthesie" vervangen door het woord "plexusanesthesie";
  - => wordt de omschrijving van de verstrekking 201176-201180 vervangen;
- in paragraaf 3:
  - => in de Nederlandse tekst wordt het woord "röntendiagnose" vervangen door het woord "röntgendiagnose";
  - => 8° wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.04.2021	08.04.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 30 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 30, A van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- In 1., worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in 1° doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741016, 741031, 741053, 741075, 741090, 741112, 741134, 741156, 741171, 741193, 741215, 741230, 741252, 741274, 741296, 741311, 741333, 741355, 741370, 741392, 741414, 741436, 741451, 741473, 741495, 741510, 741532, 741554, 741576, 741591 en 741613 vervangen door "7,75 tot en met 20,00";
  - => in 1° doelgroep, groep 2, subgroep 1, wordt het opschrift "Subgroep 1: Bifocale minerale brillenglazen met lage brekingsindex voorzien van anti-reflectie" vervangen door "Subgroep 1: Bifocale minerale brillenglazen met lage/hoog brekingsindex voorzien van anti-reflectie"
  - => in 2° doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 741753, 741775, 741856, 741871, 741893, 741952 en 741974 vervangen door "3,75 tot en met 7,50"
  - => in 3° doelgroep wordt de omschrijving van de verstrekkingen 742070, 742092, 742114, 742136, 742151, 742173, 742195, 742210, 742232 en 742254 vervangen door "4,25 tot en met 7,50"
- in 2.2, b) worden de woorden "8,25 dioptrie" telkens vervangen door de woorden "7,75 dioptrie"
- in 3.1, eerste lid worden de woorden "-/+ 8,25 dioptrieën" vervangen door de woorden "-/+ 7,75 dioptrieën"
- in 4.1, eerste lid worden de woorden "-/+ 8,00 dioptrieën" vervangen door de woorden "-/+ 7,50 dioptrieën"
- in 4.1, vierde lid worden de woorden "3,75 tot 8,00" vervangen door de woorden "3,75 à 7,50"
- in 5.1 worden de woorden "-/+ 8,00 dioptrieën" vervangen door de woorden "-/+ 7,50 dioptrieën".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.05.2021	28.04.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot het pluridisciplinair overleg op een A-dienst

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 25, § 1 van het koninklijk besluit worden in de eerste toepassingsregel die volgt op de verstrekking 597601 de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Franse tekst worden de woorden "tous les" vervangen door het woord "par"
- de woorden "gedurende de eerste maand" worden vervangen door de woorden "gedurende de eerste dertig dagen".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.05.2021	28.04.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 32, § 1, van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot bothistomorfometrie

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 32, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekking 590074-590085 en de toepassingsregels worden na de verstrekking 589875-589886 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.05.2021	09.05.2021	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

Met het koninklijk besluit worden een aantal aanpassingen aangebracht aan de nomenclatuur van de kinesitherapie (art. 7 van de bijlage).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.05.2021 – Editie 2	12.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 34, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot het iliaaal aneurysma

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de omschrijving van de verstrekking 589595-589606 worden de woorden “abdominaal aorta aneurysma, of voor de behandeling van een aneurysma van de arteria iliaca van meer dan 3 cm” vervangen door de woorden “abdominaal aorta aneurysma, of voor de behandeling van een aneurysma van de arteria iliaca van meer dan 3,5 cm”
- in de omschrijving van de verstrekking 589610-589621 worden de woorden “van meer dan 3,5 cm” ingevoegd tussen het woord “aneurysma” en het woord “, inclusief”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.06.2021	12.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot de electrocardiografie

#### Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 11, § 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 475075-475086 en de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 475075-475086 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	17.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 17, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- In de rubriek “11°bis Nucleaire Magnetische Resonantie”, => na de verstrekking 459513-459524,
  - wordt de volgende toepassingsregel ingevoegd: “De verstrekking 459513-459524 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 455711-455722, 458894-458905, 458496-458500 voor een onderzoek van hetzelfde gewricht”.
  - wordt de verstrekking 458975-458986 ingevoegd: worden in de toepassingsregel na de verstrekking 459535-459546 de woorden, “458975-458986” ingevoegd tussen de woorden “459535-459546” en de woorden “is er slechts één aanrekenbaar per dag”.
- in de rubriek “12° Allerlei”:
  - => worden in punt 13) van de omschrijving van de verstrekking 460670 de woorden “, 458975” toegevoegd;
  - => worden in punt 5) van de omschrijving van de verstrekking 461016 de woorden “, 458975” toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	20.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, i) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- In artikel 14, i), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de verstrekking 258974-258985 ingevoegd na de verstrekking 258274-258285 en de daaropvolgende toepassingsregel.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.06.2021 – Uitgave 1	21.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 17 <i>bis</i> en 17 <i>quater</i> , van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in artikel 17*bis* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- het opschrift wordt vervangen door “Echografieën en elastografieën”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren” telkens vervangen door het woord “artsen”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
- in paragraaf 1:
  - => wordt het opschrift van de rubriek “Bidimensionele echografie” vervangen door “A. Bidimensionele echografieën”
  - => wordt in het opschrift van 3. het woord “Echografie” vervangen door het woord “Echografieën”
  - => wordt een rubriek B toegevoegd.

In het koninklijk besluit worden in artikel 17*quater* van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheren” telkens vervangen door het woord “artsen”
- in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”
- in paragraaf 1:
  - => wordt het opschrift van de rubriek “Bidimensionele echografie” vervangen door “A. Bidimensionele echografieën”;
  - => wordt in het opschrift van 1. het woord “Echografie” vervangen door het woord “Echografieën”;
  - => wordt in het opschrift van 3. het woord “Echografie” vervangen door het woord “Echografieën”;
  - => wordt een rubriek B toegevoegd.
- In paragraaf 3:
  - => wordt in het tweede lid het woord “echografieën” vervangen door het woord “verstrekkingen”;
  - => worden 4°, 10° en 14° vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.06.2021	20.05.2021	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

Het koninklijk besluit wijzigt § 10 van 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. Die aanpassing houdt in dat er per kalenderjaar en ongeacht het aantal pathologische situaties maximaal 54 “overschrijdingscodes” mogen worden geattesteerd in “courante” aandoeningen. Die “overschrijdingscodes” zijn de codenummers die moeten worden gebruikt als de codenummers met de hoogste terugbetaling (maximum 18 per pathologische situatie) niet meer mogen worden gefactureerd. Deze wijziging beoogt enkel het aantal verstrekkingen te beperken die mogen worden gefactureerd in de zogenaamde “courante” pathologieën en dus niet in de andere categorieën van de nomenclatuur.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.06.2021 – Uitgave 1	04.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24 <i>bis</i> , § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, met betrekking tot het opsporen van CMV

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in artikel 24*bis*, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekking 556695-556706 en de toepassingsregels worden na de verstrekking 557034-557045 ingevoegd.

## 4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.04.2021 – Uitgave 2	02.04.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 10/2 van de wet van 22 december 2020 houdende diverse maatregelen met betrekking tot snelle antigeentesten en de registratie en verwerking van gegevens betreffende vaccinaties in het kader van de strijd tegen de COVID-19-pandemie

#### Samenvatting van de wijzigingen

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voorziet onder bepaalde voorwaarden in een tegemoetkoming in de prijs van sommige zelftests die in een publieke officina worden afgeleverd aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (RVV). Die laatsten moeten een persoonlijk aandeel van 1 EUR per test betalen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.04.2021 – Uitgave 2	18.04.2021	Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 6, tweede lid, van de wet van 7 mei 2020 houdende uitzonderlijke maatregelen in het kader van de COVID-19-pandemie inzake pensioenen, aanvullende pensioenen en andere aanvullende voordelen inzake sociale zekerheid

#### Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens dat koninklijk besluit kunnen het rustpensioen en het overlevingspensioen in het stelsel van de werknemers, het stelsel van de zelfstandigen en het ambtenarenstelsel zonder enige beperking worden gecumuleerd met de primaire ongeschiktheidsuitkering of de invaliditeitsuitkering, voor zover deze betrekking heeft op de periode vanaf 1 maart 2020 tot en met 30 juni 2021 en de arbeidsongeschiktheid te wijten is aan het coronavirus COVID-19 (verlenging van drie maanden).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.04.2021 – Uitgave 1	19.04.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 september 2020 houdende toekenning, ingevolge de COVID-19-pandemie, van een aanvullende crisisuitkering aan sommige arbeidsongeschikt erkende zelfstandigen en meewerkende echtgenoten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Krachtens het koninklijk besluit van 15 september 2020 wordt een aanvullende crisisuitkering toegekend:

- aan sommige samenwonende zelfstandigen zonder gezinslast die (ten vroegste) vanaf 1 maart 2020 voor minstens acht dagen arbeidsongeschikt zijn erkend (groep A)
- aan de samenwonende zelfstandigen zonder gezinslast die de toegelaten activiteit tijdens hun arbeidsongeschiktheid (ten vroegste) vanaf 1 maart 2020 gedurende minstens zeven opeenvolgende kalenderdagen moeten stopzetten (groep B).

Omdat de COVID-19-pandemie blijft duren, werd met dit koninklijk besluit van 19 april 2021 de maatregel van de toekenning van de aanvullende crisisuitkering in het stelsel van de zelfstandigen met drie maanden verlengd, dat is tot en met 30 juni 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.04.2021 – Uitgave 1	18.04.2021	Koninklijk besluit ter vervanging van artikel 25 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

De situatie van de arbeidsongeschikte zelfstandige gerechtigde die niet op het Belgische grondgebied verblijft, verschilt momenteel van die van de werknemer die evenmin op het Belgische grondgebied verblijft. Wanneer de werknemer niet effectief op het Belgische grondgebied verblijft, wordt de toekenning van uitkeringen hem immers geweigerd, maar hij blijft wel als arbeidsongeschikt erkend. Voor de zelfstandige wordt de arbeidsongeschiktheid in hetzelfde geval echter beëindigd.

Met het koninklijk besluit wordt de situatie van de zelfstandige gerechtigden afgestemd op die van de werknemers, door in de reglementering betreffende de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen de regel in te voegen dat de toekenning van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen wordt geweigerd wanneer de rechthebbende zich niet effectief op het Belgische grondgebied bevindt. Met de wijziging wordt de erkenning van zelfstandigen als arbeidsongeschikte gerechtigden gegarandeerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.05.2021	28.04.2021	Koninklijk besluit tot tijdelijke schorsing, ingevolge de COVID-19-pandemie, van de toepassing van de voorwaarde dat het tijdvak van arbeidsongeschiktheid in de uitkeringsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten ten vroegste kan aanvangen op de datum van ondertekening van het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid

#### Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit verlengt de opschorting van de toepassing van de maatregel volgens welke de adviserende arts de arbeidsongeschiktheid pas bij een eerste aangifte mag erkennen, ten vroegste vanaf de datum van ondertekening van het medisch attest door de behandelende arts voor elke periode van arbeidsongeschiktheid die aanvangt in de periode van 1 april 2021 tot en met 30 juni 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.05.2021	09.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit vervangt bijlage 2 van artikel 7.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2021	30.05.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

#### Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit heeft als doel de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg aan te passen:

- schrapen van de notie “outlier” en “efficiëntiewinst”
- het voorzien van de mogelijkheid dat een team aan medewerkers kan instaan voor het integratiemanagement
- de invoering van het begrip “pseudocode”
- de precisering van de Quadruple Aim doelstelling
- toevoeging van een wettelijke basis voor de bijlagen van de overeenkomst met elk pilootproject, gelet op de belangrijke rol van het Verzekeringscomité bij de opvolging van deze overeenkomsten
- de mogelijkheid tot verlenging van de overeenkomsten met de pilootprojecten met 1 jaar, gelet op ondermeer de impact van de COVID-crisis
- opheffing van alle bepalingen met betrekking tot berekening budgetgarantie en efficiëntiewinsten



- o aanpassing van de financiering van de pilootprojecten door middel van het voorzien van een forfaitaire tegemoetkoming voor effectief gerealiseerde acties van een project
- o het schrappen van de verwijzing naar de wetenschappelijke equipe (FAITH.be), gelet op het verstrijken van de overeenkomst met deze equipe op 1 juli 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	06.05.2021	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

In het koninklijk besluit worden de voorwaarden bepaald voor het verkrijgen van de telematicapremie 2020. De jaarlijkse tegemoetkoming voor de premie van 2020 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.06.2021 – Uitgave 2	25.05.2021	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheeskundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers in 2020

#### Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de voorwaarden bepaald voor het verkrijgen van de telematicapremie 2020. De jaarlijkse tegemoetkoming voor de premie van 2020 bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.06.2021 – Uitgave 2	20.06.2021	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 september 2020 tot vaststelling van een tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van bijzondere beschermingsmaatregelen en materialen, in het kader van de COVID-19 pandemie

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2021 – Uitgave 1	20.06.2021	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

In het kader van het onderzoek naar de concrete gezinssituatie van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde, worden met het koninklijk besluit de artikelen 225 en 226*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 gewijzigd door een nieuwe neutralisatiemaatregel te bepalen naar aanleiding van de progressieve verhoging van verschillende sociale uitkeringen. Die verhogingen vinden nog steeds plaats met uitwerking vanaf 1 januari van het kalenderjaar in kwestie (2021, 2022, 2023 en 2024).

Het gaat om de volgende verhogingen:

- o de verhogingen van de bedragen van het gewaarborgd minimumpensioen (stelsel van de werknemers en stelsel van de zelfstandigen) in uitvoering van het koninklijk besluit van 20 december 2020 inzake de verhoging van het gewaarborgd minimumpensioen
- o de verhogingen van de bedragen van het gewaarborgd minimumpensioen (stelsel van de ambtenaren) in uitvoering van het koninklijk besluit van 20 december 2020 genomen met toepassing van artikel 132, § 2, van de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen
- o de verhogingen van de bedragen van de inkomensgarantie voor ouderen in uitvoering van het koninklijk besluit van 20 december 2020 inzake de verhoging van de inkomensgarantie voor ouderen
- o de verhogingen van de bedragen van het leefloon in uitvoering van het koninklijk besluit van 20 december 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 september 2004 tot verhoging van de bedragen van het leefloon, evenals de verhogingen van de bedragen van de minimumuitkering toegekend aan de niet-regelmatige werknemers bedoeld in artikel 214, § 2 van het koninklijk besluit van 1996 die gekoppeld zijn aan de toepasselijke bedragen van het leefloon
- o de verhogingen van de minima en bepaalde forfaits in de werkloosheidsverzekering in uitvoering van het koninklijk besluit van 22 december 2020 tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de werkloosheidsreglementering betreffende het verhogen van de minima in het kader van de strijd tegen de armoede
- o de verhogingen van de bedragen van de inkomensvervangende tegemoetkoming in uitvoering van het koninklijk besluit van 14 januari 2021 houdende verhoging van het bedrag van categorie A, B en C van de inkomensvervangende tegemoetkoming met toepassing van artikel 6, § 6, van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap.

Via deze neutralisatiemaatregel behoudt de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde die vóór de verhoging van het bedrag van de sociale prestatie in kwestie al de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast of van gerechtigde gelijkgesteld met een alleenstaande had, de toekenning van die hoedanigheid ondanks de verhoging van het bedrag van de sociale prestatie in kwestie toegekend aan de persoon die samenwoont met de arbeidsongeschikte gerechtigde en die in principe een gezinslast kan doen ontstaan in hoofde van die arbeidsongeschikte gerechtigde.

Voor de latere toepassing van deze neutralisatiemaatregel is het bovendien onontbeerlijk dat de gerechtigde zich nog steeds in dezelfde situatie bevindt.

## 5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.04.2021	06.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "F. heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst:

- in de vergoedingsvoorwaarde F- § 04, wordt het punt "7. Allerlei" vervangen als volgt:  
"7. Allerlei  
Niet van toepassing

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.04.2021 – Uitgave 1	06.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift "F.5 Thorax en thoraxwand: allerlei" van het hoofdstuk "F. heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst:

- de omschrijving van de verstrekking 160370-160381 wordt vervangen
- punt "3. Criteria betreffende het hulpmiddel" van de vergoedingsvoorwaarde F- § 17 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.04.2021	31.03.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst en de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

### Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk 'G. Bloedvatenheelkunde' 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.

- in het opschrift "G.1.1 Dilatatiemateriaal met al dan niet beklede perifere stent(s)" worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 160576-160580, 160532-160543 en 160613-160624 worden vervangen door "1.321,93 EUR"

=> de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 182011-182022, 180235-180246, 182033-182044 en 180250-180261 worden vervangen door "1.485,70 EUR"

=> de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 160591-160602, 160554-160565 en 160635-160646 worden vervangen door "1.800,16 EUR".

- in het opschrift "G.1.2 Dilatatiemateriaal zonder perifere stent(s)", worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 160694-160705, 160672-160683 en 160731-160742 worden vervangen door "389,14 EUR"
- => de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 180191-180202 en 180213-180224 worden vervangen door "1.485,70 EUR".
- in het opschrift "G.4 Endoprothesen", worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de vergoedingsbasis en het vergoedingsbedrag van de verstrekkingen 180493-180504, 180515-180526, 180854-180865 en 180876-180880 worden vervangen door "3.958,10 EUR";

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht 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:

- in de nominatieve lijst van de drug eluting stents (femorale-popliteale arteriën), worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de nominatieve lijst 36001 behorende bij de verstrekking 182011-182022 wordt geschrapt  
=> de nominatieve lijst 36002 behorende bij de verstrekking 182033-182044 wordt geschrapt  
=> een nieuwe nominatieve lijst 36003, behorende bij de verstrekkingen 182011-182022 en 182033-182044, wordt toegevoegd en deze is als bijlage 1 gevoegd bij dit besluit.
- in de nominatieve lijst van de drug eluting ballonnen (femorale-popliteale arteriën), worden de volgende wijzigingen aangebracht:  
=> de nominatieve lijst 36101 behorende bij de verstrekking 180191-180202 wordt geschrapt  
=> de nominatieve lijst 36102 behorende bij de verstrekking 180213-180224 wordt geschrapt  
=> de nominatieve lijst 36103 behorende bij de verstrekking 180235-180246 wordt geschrapt  
=> de nominatieve lijst 36104 behorende bij de verstrekking 180250-180261 wordt geschrapt  
=> een nieuwe nominatieve lijst 36105, behorende bij de verstrekkingen 180191-180202, 180213-180224, 180235-180246 en 180250-180261, wordt toegevoegd en deze is als bijlage 2 gevoegd bij dit besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2021	12.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
28.05.2021	12.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.04.2021	13.04.2021	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
28.05.2021	13.04.2021	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
26.04.2021	21.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.05.2021	28.04.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de paragrafen 6670200, 6670300 en 6670400 ingevoegd bij hoofdstuk IV van bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.05.2021 – Editie 2	12.05.2021	3 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2021	12.05.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk IV van bijlage I: de farmaceutische specialiteiten VOKANAMET worden geschrapt uit paragraaf 5480000, daarnaast worden ook de paragrafen 7690100 en 7690200 geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.06.2021	16.06.2021	4 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten
30.06.2021 – Editie 1	16.06.2021	2 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten - Erratum

#### Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.06.2021 – Editie 1	16.06.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.05.2021	05.05.2021	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

Tot en met 30 september 2021 kan om tussenkomst worden verzocht voor reizen uitgevoerd tussen 1 december 2020 en 30 juni 2021.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2021	03.05.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bij het opschrift "E.12 Allerlei", worden de verstrekking 158130-158141 en haar vergoedingsmodaliteiten geschrapt
- het opschrift "E.4 Ingrep op de dunne darm, het colon, het rectum, de anus of de appendix" wordt aangevuld met het opschrift "E.4.4 Videocapsule" en de verstrekking 181392-181403 en haar vergoedingsmodaliteiten
- in het opschrift "E.4.4 Videocapsule" worden de verstrekking 158130-158141 en haar vergoedingsmodaliteiten toegevoegd
- de vergoedingsvoorwaarde E- § 13 die gaat bij de verstrekking 181392-181403 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.06.2021	11.05.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst, 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 het opschrift "E.8. Neurostimulatie" van het 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:

- de omschrijving van de verstrekkingen 157533-157544, 157555 - 157566, 157570 - 157581, 157592 - 157603, 157614 - 157625, 157636 - 157640, 157651 - 157662, 157673 - 157684, 157695 - 157706, 157710 - 157721, 157732 - 157743, 157754 - 157765, 157776 - 157780 wordt vervangen
- de verstrekkingen 181591-181602, 181613-181624, 181635-181646, 181650-181661, 181672-181683, 181694-181705 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd
- de vergoedingsvoorwaarde E- § 04 wordt vervangen.

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de nominatieve lijsten die als bijlage 2 zijn gevoegd bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- in de nominatieve lijst voor artificiële anale sfincters, die als bijlage 1 gaat bij dit besluit, worden de verstrekkingen 181591-181602 en 181613-181624, en hun vergoedingsmodaliteiten toegevoegd
- de omschrijving van de verstrekkingen 157636 - 157640, 157651 - 157662, 157732 - 157743, 157754 - 157765, 157673 - 157684, 157695 - 157706, 157710 - 157721 en 157776 - 157780 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.05.2021	17.05.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.06.2021	16.06.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I van het koninklijk besluit van 22 mei 2014.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.06.2021 - Editie 1	17.05.2021	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

#### Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde B- § 02:

- in het punt "2.2. Indicaties" worden in het eerste lid de woorden "of door tonische elektrische stimulatie van de achterstrengen van het ruggenmerg" vervangen door de woorden ", of door tonische of burst elektrische stimulatie van de achterstrengen van het ruggenmerg"
- in het punt "3.1 Definitie" worden in het tweede lid de woorden "De elektrische stimulatie bestaat niet uit een groep pulsen die snel na elkaar volgen" vervangen door de woorden "De burst neurostimulatie bestaat uit een groep pulsen die snel na elkaar volgen"

- het punt “3.3.1 Niet-heroplaadbare neurostimulatoren” wordt vervangen
- in het punt 4.1.1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
  - => in het eerste lid worden de woorden “151351-151362 in de indicaties opgenomen onder 2.2.:" vervangen door de woorden “151351-151362, 171894-171905 in de indicaties opgenomen onder 2.2.:"
  - => in het vierde lid, derde streepje, worden de woorden “de resultaten van een proeftherapie (het betreft intracerebrale tonische elektrische stimulatie van de achterstrengen van het ruggenmerg met de exclusie van alle andere doelgebieden)” vervangen door de woorden “de resultaten van een proeftherapie (het betreft intracerebrale tonische elektrische stimulatie, tonische elektrische stimulatie of burst elektrische stimulatie van de achterstrengen van het ruggenmerg met de exclusie van alle andere doelgebieden)
- In het punt “4.3 Voortijdige vervanging” worden in het eerste lid de woorden “vóór de termijn van vijftien maanden voor de unilaterale neurostimulatoren en vierentwintig maanden voor de bilaterale neurostimulatoren, kan worden toegestaan” vervangen door de woorden “vóór de termijn van vierentwintig maanden voor de niet-heroplaadbare neurostimulatoren, kan worden toegestaan”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.06.2021	03.06.2021	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:

- de woorden “Tervurenlaan 211 te 1150 Brussel” worden telkens vervangen door de woorden “Galileelaan 5/01 te 1210 Brussel”
- in het hoofdstuk “L. Orthopedie en traumatologie”, in de vergoedingsvoorwaarde L- § 13, wordt het punt “5.1. Cumul- en non-cumulregels” vervangen
- het punt “1. Algemene bepalingen” wordt vervangen
- de volgende zin opgenomen onder het opschrift “2. Verstrekkingen en Vergoedingsmodaliteiten” wordt geschrapt: “Indien in een vergoedingsvoorwaarde er melding wordt gemaakt van een jaar tijdens het welke afdeling 9 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 van kracht is, wordt het aantal geattesteerde verstrekkingen tijdens dat jaar vervangen door het aantal geattesteerde verstrekkingen tijdens het laatste jaar voorafgaand aan het jaar waarin het bovenvermelde koninklijk besluit houdende tijdelijke aanpassingen in werking is getreden, voor zover het aantal geattesteerde verstrekkingen hoger ligt dan dit gedurende het jaar in kwestie”.

## 6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.04.2021 – Editie 1	17.03.2021	Verordening tot wijziging van artikel 35 <sup>ter</sup> van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 <sup>o</sup> , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

Deze verordening wijzigt artikel 35<sup>ter</sup> van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 en bepaalt dat voor de gerechtigde die bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid onderworpen is aan een maatregel van tijdelijke collectieve arbeidsduurvermindering, bedoeld in hoofdstuk 3 van titel 2 van de wet van 6 maart 2020 tot behoud van tewerkstelling na de terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie, de uitkering wordt berekend op basis van het gemiddeld dagloon waarop de werknemer aanspraak had kunnen maken indien zijn arbeidsduur niet was verminderd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.04.2021	29.03.2021	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

De verordening wijzigt het adres van het RIZIV in de formulieren.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.05.2021	06.05.2021	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 <sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

#### Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt bijlage 92<sup>bis</sup> van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11<sup>o</sup> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.06.2021	22.02.2021	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het formulier E-Form-II-02 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van de lijst, wordt opgenomen
- het formulier E-Form-I-01, waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, wordt geschrapt.

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

Belgisch Staatsblad

21.04.2021

#### Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 31, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

##### INTERPRETATIEREGEL 2

Vraag

In het geval van een CROS-of BICROS-montage, welk oor dient in aanmerking genomen te worden om te bepalen of het gehoorverlies noodzakelijk om in aanmerking te komen voor een verzekeringstegemoetkoming, bereikt is?

Antwoord

In het geval van een CROS- of BICROS-montage, dient het slechtste oor in aanmerking genomen te worden om te bepalen of het gehoorverlies, dat noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor een verzekeringstegemoetkoming, bereikt is.

Dus zowel bij een niet aanpasbaar oor aan de ene kant en aan de andere kant een:

- normaal gehoor
- gehoorverlies van gemiddeld  $\geq 40$  dB
- gehoorverlies van gemiddeld  $< 40$  dB op de frequenties van 1000, 2000 en 4000 hertz
- gehoorverlies met SNR-verlies van minstens 3 dB

neemt men het gehoorverlies aan de "niet aanpasbare kant" (slechtste oor, dus geen uitzonderingscodes).

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 augustus 2015."

Belgisch Staatsblad

26.05.2021 – Editie 3

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

##### INTERPRETATIEREGEL 39

Vraag

Hoeveel segmenten (hoofdgroep VIII, verstrekking 646236-646240) mogen worden gefactureerd voor een dorsolumbale schelp?

Antwoord

Met een bijslag voor een dorsolumbale schelp mogen een tot twee segmenten dij en/of hoofd worden gecumuleerd. Dat betekent dat in geval van cumulatie tot 3 segmenten mogen worden gefactureerd.

Deze interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 1 december 2013.

Belgisch Staatsblad

02.06.2021

#### Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, e) (Inwendige geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

De interpretatieregels 02, 03, 06 en 09 worden opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking vanaf de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wat betreft de elektrocardiografische opnamen.

Belgisch Staatsblad

11.06.2021 – Editie 2

#### Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Interpretatieregel 8 wordt vervangen door de volgende bepalingen:

##### "INTERPRETATIEREGEL 8

Vraag

Hoe dient de compressiebroek (verstrekking 769716) geteld te worden in het kader van de bepalingen rond hernieuwingstermijnen en maximaal aantal therapeutisch elastische beenkousen per periode?

Antwoord

In artikel 27 § 12bis 4. a), staat in verband met hernieuwingstermijnen van therapeutisch elastische beenkousen:

"Hernieuwingstermijnen van therapeutisch elastische beenkousen van subgroep 1: de rechthebende heeft per kalenderjaar recht op maximaal vier therapeutisch elastische beenkousen van subgroep 1 per behandeld been."

In artikel 27 § 12bis 4. c):

“Binnen het kalenderjaar kunnen de compressiebroek (code 769716) en een nomenclatuurcode van de groep van de panty's (AT en Mono-AT: codes 769414 tot en met 769694) niet gecumuleerd worden.”

De compressiebroek is één van de koustypes die vallen onder de rubriek “therapeutisch elastische beenkousen van subgroep 1 lymfoedeem”.

Bijgevolg dient de compressiebroek meegeteld te worden als één van de 4 verstrekkingen therapeutisch elastische beenkousen die binnen de hernieuwingstermijn per behandeld been vergoedbaar zijn.

Dus als de compressiebroek wordt afgeleverd en beide benen worden behandeld, dan zijn zowel voor links als rechts nog 3 andere therapeutisch elastische beenkousen vergoedbaar, waarbij wel rekening dient te worden gehouden met de non-cumulatieregel tussen de compressiebroek en de groep van panty's.”

De voormelde wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 februari 2021.

9. Adviezen en protocol		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.05.2021	30.04.2021	Wijzigingsclausule Y/2018quinquies bij de Nationale overeenkomst tussen de bandagisten en de verzekeringsinstellingen

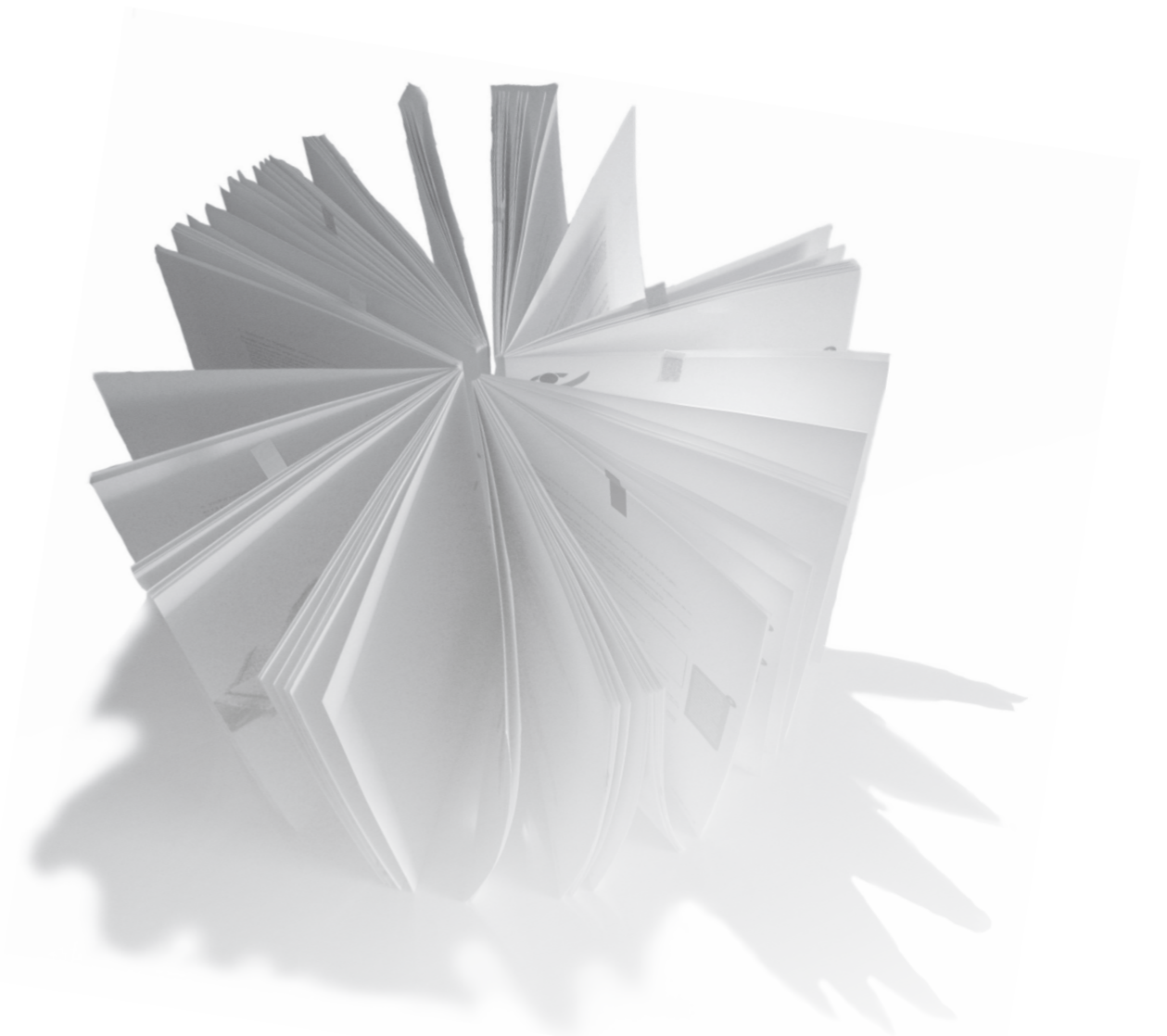
#### Samenvatting van de wijzigingen

Met de wijzigingsclausule worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 3 van hoofdstuk I, worden de woorden “Y = 1,385590 EUR voor verstrekkingen inzake stomamateriaal.” vervangen door de woorden “Y = 1,321967 EUR voor verstrekkingen inzake stomamateriaal.”
- artikel 4, 1°, wordt vervangen.

# 2<sup>e</sup> Deel

## Rechtspraak



## I. Hof van Cassatie, 8 maart 2021

Gecoördineerde wet van 14 juli 1994, artikel 25 en artikel 25*novies* - BSF – Artikel 31 en artikel 1053 Gerechtelijk Wetboek – Procedure – Hoger Beroep – Vorm

Uit de wetsbepalingen artikel 25, tweede lid en artikel 25*novies*, eerste lid G.V.U.-Wet volgt dat de verzekeringsinstellingen geen beslissingsbevoegdheid hebben over de aanvraag van de rechthebbende over het recht op tegemoetkoming in het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds, maar slechts uitvoering geven aan de beslissing daaromtrent van het College van artsen-directeurs.

Wanneer dit College de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van een geneeskundige verstrekking weigert en de rechthebbende die weigering betwist, ontstaat er enkel tussen die rechthebbende en het RIZIV een betwisting over het recht op die tegemoetkoming.

In overeenstemming met artikel 31 Gerechtelijk Wetboek is het geschil onsplitsbaar in de zin van artikel 1053 Gerechtelijk Wetboek wanneer de gezamenlijke tenuitvoerlegging van de onderscheiden beslissingen waartoe het aanleiding geeft, materieel onmogelijk zou zijn.

De appelrechters die oordelen dat de respectieve vorderingen tegen het RIZIV en de verzekeringsinstellingen een onsplitsbaar geschil uitmaken, aangezien de bestreden beslissing van het RIZIV niet los kan worden gezien van de bestreden beslissing van de verzekeringsinstellingen, zodat het hoger beroep van het RIZIV dat enkel werd gericht tegen de rechthebbende niet ontvankelijk is, verantwoord hun beslissing niet naar recht.

Arrest nr. S.20.0023.N  
RIZIV t./R.V.R

...

## III. Beslissing van het Hof

### Beoordeling

1. Artikel 1053 Gerechtelijk Wetboek bepaalt dat, wanneer het geschil onsplitsbaar is, het hoger beroep gericht moet worden tegen alle partijen wier belang in strijd is met dat van de eiser in hoger beroep. Deze moet bovendien de andere niet in beroep komende, niet in beroep gedagvaarde of niet opgeroepen partijen ten laatste voor de sluiting van het debat in de zaak betrekken. Bij niet-inachtneming van die regels wordt het hoger beroep niet toegelaten.

Krachtens artikel 31 Gerechtelijk Wetboek is het geschil onsplitsbaar in de zin van het voormelde artikel 1053 wanneer de gezamenlijke tenuitvoerlegging van de onderscheiden beslissingen waartoe het aanleiding geeft, materieel onmogelijk zou zijn.

2. Artikel 25, tweede lid, ZIV-wet bepaalt dat het College van artsen-directeurs binnen de perken van de financiële middelen van het Bijzonder Solidariteitsfonds beslist over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Artikel 25*novies*, eerste lid, ZIV-wet bepaalt dat, indien het College van artsen-directeurs onmiddellijk over de tussenkost beslist op basis van een factuur, de verzekeringsinstelling aan de rechthebbende of aan de zorgverlener het toegekend bedrag betaalt binnen een termijn van 15 werkdagen na ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van artsen-directeurs.

Artikel 25*novies*, tweede lid, ZIV-wet bepaalt dat, indien het College een principiële akkoord uitbrengt en de adviserend arts van de verzekeringsinstelling het bedrag bepaalt, toegekend volgens de regels voorzien door het College van artsen-directeurs na verificatie van de factuur, de verzekeringsinstelling dat bedrag aan de rechthebbende of aan de zorgverlener binnen een termijn van 20 werkdagen na ontvangst van de factuur betaalt.

3. Uit die wetsbepalingen volgt dat de verzekeringsinstelling geen beslissingsbevoegdheid heeft over de aanvraag van de rechthebbende over het recht op tegemoetkoming, maar slechts uitvoering geeft aan de beslissing daaromtrent van het College van artsen-directeurs.

Wanneer dit college de tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van een geneeskundige verstrekking weigert en de rechthebbende die weigering betwist, ontstaat er enkel tussen die rechthebbende en de eiser een betwisting over het recht op die tegemoetkoming.

Voor zover de rechthebbende zijn vordering tot betwisting van de beslissing over het recht op tegemoetkoming richt tegen zowel de eiser als de verzekeringsinstelling, betreft dit geen onsplitsbaar geschil.

4. De appelrechters stellen vast dat:

- het College van artsen-directeurs op 26 oktober 2016 een ongunstige beslissing heeft genomen over de aanvraag van de verweerder tot tegemoetkoming vanuit het Bijzonder Solidariteitsfonds
- de eiser deze beslissing op 14 november 2016 aan de verweerder meedeelde
- de verzekeringsinstelling op 16 november 2016 de verweerder nogmaals in kennis stelde van de voormelde beslissing
- de verweerder voor de arbeidsrechtbank de vernietiging vorderde van zowel de “administratieve beslissing van 14 november 2016” van de eiser als de “administratieve beslissing van 16 november 2016” van de verzekeringsinstelling, alsook de veroordeling van beide partijen “tot betaling van de kosten van immunoglobulines, verstrekt tijdens de periode van 12 april 2016 tot 25 mei 2016”
- de arbeidsrechtbank de voormelde administratieve beslissingen heeft vernietigd.

5. De appelrechters oordelen dat de respectieve vorderingen van de verweerder tegen de eiser en de verzekeringsinstelling een onsplitsbaar geschil uitmaken, aangezien de bestreden beslissing van de eiser niet los kan worden gezien van de bestreden beslissing van de verzekeringsinstelling, zodat het hoger beroep van de eiser dat enkel werd gericht tegen de verweerder niet ontvankelijk is, verantwoord hun beslissing niet naar recht.

Het middel is gegrond.



*Kosten*

6. Overeenkomstig artikel 1017, tweede lid, Gerechtelijk Wetboek, dient de eiser te worden veroordeeld tot de kosten.

*Dictum*

Het Hof,

Vernietigt het bestreden arrest.

...

## II. Arbeidshof van afdeling Luik, arrest van 6 april 2021

Artikelen 109*bis* en 106 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikel 215*quater* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 – Socioprofessionele re-integratie – Discretionaire bevoegdheid van de HCGRI – Externe en interne wettigheidscontrole door de hoven en rechtbanken – Valorisatie van een potentiële arbeidsgeschiktheid – Re-integratie in een werkomgeving – Geen manifeste beoordelingsfout van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit

De **bevoegdheid** van de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit betreffende het onderzoek naar de legitimiteit van de tenlasteneming, door de uitkeringsverzekering, van een re-integratieprogramma met het oog op de professionele re-integratie in de zin van de artikelen **109*bis*** van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en **215*quater*** van haar koninklijk uitvoeringsbesluit van 3 juli 1996, wordt **discretionair** uitgeoefend, wat de controle van de hoven en rechtbanken beperkt tot een **externe en interne wettigheidscontrole**.

Bij lezing van bovengenoemde artikelen moet immers worden vastgesteld dat in de reglementering niet wordt gepreciseerd onder welke voorwaarden de tenlasteneming van de opleidingskosten kan worden toegekend.

Bijgevolg heeft een verzekerde die tijdelijk als arbeidsongeschikt is erkend, over veel beroepsbekwaamheden beschikt (wegens zijn of haar opleiding en loopbaan) en die besluit om uit eigen beweging een opleiding van zijn of haar keuze te volgen om werk te vinden in een volledig nieuw interessegebied (verandering van loopbaan om persoonlijke redenen), niet *ipso facto* een subjectief recht op de financiële tenlasteneming, door de uitkeringsverzekering, van de kosten die verbonden zijn aan het volgen van die opleiding. Dit beginsel geldt zelfs indien de nieuwe bekwaamheden die hij of zij aan het einde van de opleiding heeft verworven, hem of haar daadwerkelijk in staat hebben gesteld een job te vinden. De verzekerde kan dus niet op wettige wijze zijn of haar feitelijke situatie als argument aanvoeren om deze tenlasteneming te eisen (die met name de terugbetaling van het inschrijvingsgeld, het schoolmateriaal en het vervoer omvat, maar ook het voordeel van een vermoeden van arbeidsongeschiktheid voor de gehele duur van de opleiding, alsook een premie van 5 EUR per gevolgd opleidingsuur en 500 EUR in geval van slagen).

Aangezien het Hof, gelet op de medisch-administratieve elementen in het dossier, meent dat de verzekerde, zodra haar gezondheidstoestand was gestabiliseerd, reeds over voldoende troeven beschikte om haar arbeidsgeschiktheid te valoriseren, zo nodig op korte of middellange termijn, is het van oordeel dat de Hoge Commissie van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit noch in rechte noch in feite een manifeste beoordelingsfout heeft gemaakt.

A.R. 19/617/A

... t./RIZIV

...

## II. Faits et antécédents pertinents

Il ressort des documents déposés au dossier de la procédure et des explications fournies à l'audience que :

- madame ... est née le ...
- en termes de formations :
  - elle a obtenu son CESS, option sciences appliquées, en 1985
  - en 1996, elle réussit un patronat en fleuristerie
  - en 2003, elle poursuit une formation en pédicure médicale
  - en 2005, elle suit une formation en esthétique
  - en 2006, elle suit une formation en secrétariat/langues via FOREM ;
- sur le plan professionnel :
  - à partir de l'année 1988, elle a exercé le métier de fleuriste pendant de nombreuses années
  - dès juillet 2005, elle a par ailleurs commencé une activité indépendante en esthétique
  - d'avril 2013 à septembre 2014, elle a été employée esthéticienne
  - elle s'est retrouvée au chômage de 2014 à 2015
  - elle a été esthéticienne ouvrière de 2015 à 2016 ;
- elle s'est retrouvée en incapacité à partir de l'année 2016 ; elle présente, notamment, des douleurs aux coudes
- elle explique avoir reçu son formulaire C4 médical dans le courant de l'année 2018
- ayant décidé de se réorienter sur le plan professionnel, elle a sollicité la prise en charge par l'INAMI d'une formation d'assistante en pharmacie (formation d'une durée de deux ans qu'elle a débuté en septembre 2018)
- par courrier du 14 décembre 2018, l'INAMI a notifié à madame ... la décision suivante, prise par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité :

“ (...) **Réadaptation professionnelle – première demande.**

(...) Madame,

La Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité (CSCMI) a décidé, en sa séance du 14 décembre 2018, de refuser la demande de prise en charge financière de la formation d'assistant en pharmacie pour le motif suivant :

*Compte tenu du prescrit des articles 109bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, en sa séance du 12 décembre 2018, a décidé de refuser la prise en charge des frais liés au suivi de la formation : “assistant en pharmacie”. Cette formation n'est pas nécessaire, en soi, en vue de restaurer votre capacité de travail initiale, ni pour valoriser votre capacité de travail potentielle en vue d'une intégration complète dans un milieu de travail. Vous possédez des compétences qui vous permettent de retourner sur le marché de l'emploi une fois votre état de santé stabilisé.”*

*Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours devant le Tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile (...)*

Il s'agit de la décision litigieuse.

Par requête remise au greffe du Tribunal du travail de Liège, division Liège, le 25 février 2019, madame ... a introduit un recours contre la décision précitée. Tel que précisé en termes de conclusions, elle a sollicité :

- que sa demande soit déclarée recevable et fondée

- ce fait, la condamnation de l'INAMI à la prise en charge financière de la formation d'assistante en pharmacie réalisée par madame ... depuis le mois de septembre 2018 jusqu'à son entière réalisation conformément aux articles 109bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996
- la condamnation de l'INAMI aux dépens de la procédure, liquidés pour madame ... à la somme de 113,18 EUR à titre d'indemnité de procédure.

L'INAMI concluait quant à lui au caractère non fondé de la demande.

## III. Jugement contesté

Par le jugement critiqué, prononcé le 20 mai 2020, les premiers juges ont :

- dit le recours recevable mais non fondé
- confirmé la décision dont recours
- condamné l'INAMI aux dépens, soit l'indemnité de procédure liquidée pour madame ... à la somme de 113,18 EUR ainsi qu'à la contribution de 20,00 EUR visée par la loi du 19 mars 2017.

## VI. Objet de l'appel et position des parties

1.

Par requête remise au greffe de la Cour le 11 juin 2020, madame ... demande à la Cour de réformer le jugement critiqué.

Elle fait notamment valoir, à l'appui de son appel, un courrier établi le 17 juin 2020 par le Docteur ... médecin-conseil, signalant revoir son jugement initial et estimant que “cette formation aurait pu être prise en charge”. madame ... a par ailleurs expliqué :

- qu'il ne lui était plus possible d'exercer les précédentes professions exercées
- que la formation suivie en secrétariat/langues via le FOREM était ancienne et peu qualifiante
- qu'une formation d'assistante en pharmacie était, en l'espèce, une réelle piste lui permettant de reprendre le travail.

2.

L'INAMI ne formule pas d'appel incident.

...

L'INAMI fait notamment valoir que :

...

- madame ... ne répond pas aux conditions légales reprises aux articles 109bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ;

L'appel doit donc, à titre subsidiaire, être déclaré non fondé.

...

## VI. Discussion

### 1. Quant à la décision de refus de prise en charge de frais de formation

Aux termes de l'article 109bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (la Cour met en évidence) :

**“Le Conseil médical de l'invalidité a pour mission d'autoriser la prise en charge par l'assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l'assurance indemnités.** Les conditions auxquelles cette mission peut être exercée par les médecins-conseil visés à l'article 153 sont déterminées par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres.

**Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, les prestations de réadaptation professionnelle ainsi que les conditions et modalités de la prise en charge de ces programmes.**

Le Roi détermine, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, également les modalités de prise en charge des coûts relatifs à l'intégration effective du titulaire après un processus de réadaptation professionnelle.

Les avantages financiers visés aux alinéas 2 et 3 sont refusés lorsque le titulaire bénéficie d'avantages similaires octroyés en vertu d'un décret, d'un arrêté ou d'une ordonnance, par les services et organismes des Régions et des Communautés qui participent à la réinsertion professionnelle des titulaires en incapacité de travail. Si le montant de ces avantages est inférieur au montant des avantages octroyés dans le cadre de l'assurance indemnités, l'intéressé peut prétendre à la différence à charge de l'assurance.

La disposition visée à l'alinéa précédent n'est pas d'application lorsque les décrets, arrêtés ou ordonnances précités interdisent le cumul ou autorisent un cumul limité des avantages qu'ils octroient avec des avantages similaires accordés en vertu d'autres législations.”

Par ailleurs, en vertu de l'article 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 :

“Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l'article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail.

Elles comprennent notamment tout examen, tel qu'un examen d'orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d'entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou apprentissage, qui contribue directement à l'intégration, visée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.”

2.

Les premiers juges ont estimé que la mission confiée par l'article 109bis précité au Conseil médical de l'invalidité, ne relevait pas d'une compétence liée.

Ils ont dès lors conclu à un contrôle de légalité et non d'opportunité.

La Cour relève que d'après la doctrine, dont la Cour estime devoir suivre les enseignements (H. MORMONT, “La charge de la preuve dans le contentieux judiciaire de la sécurité sociale”, R.D.S., 2013, pp. 355 et s. – la Cour met en évidence) :

“ (...) 22. Dans le contentieux de la sécurité sociale, la problématique des pouvoirs du juge fait traditionnellement l'objet d'une division fondamentale, fondée sur le type de compétence, liée ou discrétionnaire, exercée par l'administration.

En résumant de manière importante, on peut retenir que lorsque l'administration n'a pas de pouvoir de décision propre mais ne fait que reconnaître, ou refuser de reconnaître, un droit subjectif, c'est-à-dire une “obligation juridique précise qu'une règle de droit objectif met directement à charge d'un tiers et à l'exécution de laquelle le demandeur a un intérêt propre” ou encore un “avantage subordonné à des conditions objectives formulées d'une manière telle qu'elles ne laissent aucun pouvoir d'appréciation à l'autorité”, il est question d'une compétence liée.

À l'inverse, **lorsque l'administré ne peut se prévaloir d'une telle obligation précise et directe en sa faveur mais que c'est la décision de l'administration qui crée le droit ou qui limite un droit existant en faisant usage de la marge d'appréciation en opportunité qui lui est laissée par la loi, il est question d'une compétence discrétionnaire.**

(...) 24. Du point de vue des pouvoirs du juge, les conséquences suivantes sont classiquement déduites de la distinction évoquée ci-dessus.

Lorsque le pouvoir de l'administration est lié ou relève de la seule liberté d'interprétation, le juge exerce un pouvoir de pleine juridiction, en ce compris de substitution.

Ce contrôle se caractérise par l'obligation pour le juge de statuer sur le droit subjectif en cause non seulement en vérifiant la légalité de la décision administrative sous l'angle des griefs que lui adresse le demandeur, mais en examinant l'ensemble des conditions de ce droit durant la période dont il est saisi, y compris celles de ces conditions qui n'auraient pas été abordées par l'administration dans la décision attaquée.

Pour ce faire, le juge exerce un contrôle complet, et non marginal. Il a l'obligation, si nécessaire, de requalifier les faits qui lui sont soumis. Enfin, et surtout, le juge doit, en cas d'annulation de la décision, se substituer à l'administration. (...)

**Si par contre l'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire, les pouvoirs du juge sont plus réduits.** Sous peine de porter atteinte à la séparation des pouvoirs, **l'action du juge ne peut priver l'administration de son pouvoir d'appréciation et se limite donc à un contrôle “de légalité”.** Il peut en pareille hypothèse annuler une décision administrative dont il constate l'illégalité, mais ne peut en principe se substituer à l'administration pour remplacer la décision qu'il annule. Ce contrôle de légalité ne doit, pour autant, pas être sous-estimé. Il porte tant sur la légalité externe de l'acte, c'est-à-dire la compétence de son auteur et le respect des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité, que sur sa légalité interne, c'est-à-dire sur l'éventuel détournement de pouvoir ou les erreurs de droit et de fait.”

La Cour du travail de Mons (C.T. Mons, 28.04.2016, J.T.T., 2016, pp. 377-378 – la Cour de céans met en évidence) souligne également, dans un sens similaire, que :

“3. Traditionnellement, une distinction est faite entre le pouvoir discrétionnaire et les compétences liées. **Une compétence est liée lorsqu'une règle de droit détermine le contenu ou l'objet de la décision que l'administration est tenue de prendre lorsque certaines conditions sont remplies. L'administration dispose d'un pouvoir discrétionnaire lorsque le législateur lui confère une certaine liberté dans l'exercice des compétences attribuées et lui permet de choisir la solution qui s'avère être la plus adéquate dans les limites de la loi.**

4. Il se déduit du caractère non limitatif des critères que l'article 94 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 énonce comme justification possible de la décision du directeur du bureau de chômage que celui-ci dispose en principe d'un pouvoir discrétionnaire d'accepter que le chômeur bénéficie du régime dérogatoire visé par cette disposition.

**5. Les juridictions du travail qui connaissent de la contestation relative à la décision prise par l'administration dans le cadre de son pouvoir discrétionnaire peut contrôler la légalité de la décision attaquée et examiner si l'administration n'a pas excédé son pouvoir de manière déraisonnable ou arbitraire, mais ne peut priver l'autorité désignée de son pouvoir d'appréciation ni se substituer à celle-ci. Il revient au juge, non pas de se placer sur le plan de l'opportunité, ce qui serait contraire au principe de la séparation des pouvoirs, mais d'exercer un contrôle de légalité externe et interne de l'acte administratif contesté, le contrôle de légalité interne comprenant celui de l'erreur manifeste d'appréciation."**

En l'espèce, les premiers juges ont, à juste titre, estimé que :

*"Comme rappelé très judicieusement par Monsieur l'Auditeur en son avis écrit, ni la loi du 14 juillet 1994 ni l'arrêté royal du 3 juillet 1996 ne décrivent les conditions d'octroi de la réadaptation professionnelle. Cela a pour conséquence que la marge d'appréciation de la CSCMI lors de l'autorisation de prise en charge est très large.*

*Le Tribunal fait sien le raisonnement de Monsieur l'Auditeur de division, le contrôle du tribunal en l'espèce quant à la décision dont recours est un contrôle de légalité et pas d'opportunité."*

La Cour ne peut que constater, à la lecture des articles 109bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et 215quater de l'arrêté royal du 3 juillet 1996, que la réglementation ne précise pas les conditions auxquelles la prise en charge de frais de formation (comme en l'espèce) peut être accordée.

La Cour en déduit que le Conseil médical de l'invalidité dispose, dans ce cadre, d'une compétence discrétionnaire.

Le contrôle pouvant être exercé par les juridictions du travail – et donc par la Cour – est dès lors un contrôle de légalité externe (portant sur la compétence de son auteur et le respect des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité) et de légalité interne (portant sur l'éventuel détournement de pouvoir ou sur d'éventuelles erreurs de droit ou de fait).

En l'espèce, la légalité externe de la décision litigieuse n'est pas mise en cause. Il n'est pas contesté que la décision a été prise par l'institution compétente et qu'elle satisfait, sur le plan formel, aux prescrits légaux.

Sur le plan de la légalité interne, la décision litigieuse est notamment motivée par le fait que *"Cette formation n'est pas nécessaire, en soi, en vue de restaurer votre capacité de travail initiale, ni pour valoriser votre capacité de travail potentielle en vue d'une intégration complète dans un milieu de travail. Vous possédez des compétences qui vous permettent de retourner sur le marché de l'emploi une fois votre état de santé stabilisé"*

L'extrait du procès-verbal de la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité fait état d'avis défavorables, préalables à la décision litigieuse, tant du médecin-conseil que de l'expert social.

En termes de conclusions, l'INAMI souligne qu'au vu des éléments produits au dossier (descriptif des formations suivies et des emplois exercés mais aussi informations médicales dont il ressort que la situation médicale de madame ... se serait pour partie améliorée, notamment au niveau du coude droit), aucun élément médical ne permet à ce stade de se prononcer sur un état d'inaptitude définitive aux postes exercés ou aux postes envisageables au vu des compétences acquises (en ce compris la formation suivie en langue/secrétariat).

La Cour souligne qu'il est indéniable que madame ... s'est montrée déterminée à retrouver un emploi, notamment en s'inscrivant à une nouvelle formation (et a atteint son objectif). Ce constat ne peut toutefois, à lui seul, justifier que sa demande originaire soit déclarée fondée.

Madame ... n'avance pas d'argument permettant de considérer que le Conseil médical de l'invalidité aurait commis une erreur de droit ou de fait dans le cadre de la décision litigieuse. En effet, à titre d'exemple, il ne ressort notamment d'aucune pièce produite que la décision litigieuse serait fondée sur des informations médicales inadéquates ou erronées.

À l'estime de la Cour, madame ... ne rapporte pas davantage la preuve d'une erreur manifeste d'appréciation. En effet, le Conseil médical de l'invalidité a pu considérer qu'au vu des différentes formations suivies par madame ... (notamment une formation en secrétariat/langues) mais aussi des différents emplois exercés, madame ... disposait déjà d'atouts permettant de valoriser, le cas échéant à court ou moyen terme, sa capacité de travail.

Si, *a posteriori*, le choix de madame ... de suivre la formation d'assistante en pharmacie s'est avéré payant (puisque madame ... a confirmé, à l'audience, avoir trouvé un travail dans ce secteur) et a pu motiver le médecin-conseil qui avait initialement émis un avis négatif à revoir sa position (estimant finalement que la formation aurait pu être prise en charge), il reste qu'aucun élément produit au dossier ne permet de conclure à l'erreur *manifeste* d'appréciation dans le chef du Conseil médical de l'invalidité.

L'appel est déclaré non fondé.

...

PAR CES MOTIFS,

LA COUR,

Après en avoir délibéré,

Statuant publiquement et contradictoirement,

Vu les dispositions de la loi du 15 juin 1935 sur l'emploi des langues en matière judiciaire et notamment son article 24 dont le respect a été assuré,

Entendu l'avis oral du ministère public, auquel les parties n'ont pas souhaité répliquer,

Reçoit l'appel,

Dit l'appel non fondé,

Dans les limites de la saisine de la Cour, confirme le jugement dont appel en ce qu'il a :

- dit le recours non fondé
- confirmé la décision dont recours ;

...

### III. Arbeidshof van Brussel, arrest van 24 juni 2021

Artikel 3 van de wet van 29 juli 1991 - Artikel 109*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 - Artikel 215*quater* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 - Artikel 215*quinquies* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 – Formele motivering van bestuurshandelingen - Controle met volle rechtsmacht - Socioprofessionele re-integratie - Herstel van een initiële arbeidsgeschiktheid - Valorisatie van een potentiële arbeidsgeschiktheid - Re-integratie in werkomgeving – Kosten - Evenredigheidsbeginsel

Voor zover verzekerde uit de motivering kon begrijpen dat het RIZIV van oordeel was dat de opleidingen die zij wenste te volgen in haar geval niet voldeden aan de vereiste van herstel van een initiële arbeidsgeschiktheid of van valorisatie van een potentiële arbeidsgeschiktheid, en voor zover uit de betwiste beslissingen de toepasselijke wettelijke en reglementaire bepalingen blijken, moet worden geoordeeld dat is voldaan aan de verplichting tot formele motivering van bestuurshandelingen in de zin van artikel 3 van de wet van 29 juli 1991.

De rechter heeft volledige rechtsmacht over de beslissing van het RIZIV. Bijgevolg zou de vaststelling door de rechter dat de betwiste beslissing nietig is wegens niet-inachtneming van de formele motivering, geen afbreuk doen aan zijn bevoegdheid om uitspraak te doen over de gegrondheid van de vordering.

De door de verzekerde aangevraagde opleidingen voldeden niet aan de vereisten van de artikelen 215*quater* en volgende van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996, en wel om de volgende redenen:

- in het kader van de beoordeling van het herstel van een initiële arbeidsgeschiktheid of van de valorisatie van een potentiële arbeidsgeschiktheid moet worden nagegaan of de verzekerde die arbeidsgeschiktheid nog bezit, met name in de beroepen die hij of zij vroeger heeft uitgeoefend  
In dit geval beschikt de verzekerde over een initiële arbeidsgeschiktheid, of op zijn minst een potentiële arbeidsgeschiktheid, in deze beroepen of groepen van beroepen
- de opleidingen waarvoor de tegemoetkoming van het RIZIV werd gevraagd, lijken niet van dien aard te zijn dat zij haar arbeidsgeschiktheid in het kader van de voormelde beroepen kan herstellen of valoriseren
- krachtens artikel 215*quinquies* van voornoemd koninklijk besluit moeten de kosten van de opleidingen enerzijds rechtstreeks bijdragen tot de integratie van de betrokkene in een werkomgeving - en niet financieel bijdragen tot de beroepsheroriëntering van een persoon die reeds over een initiële arbeidsgeschiktheid beschikt - en anderzijds in verhouding staan tot die integratie. Er is echter niet aangetoond dat de kosten van de gevraagde opleidingen in verhouding staan tot het beoogde beroep.

De verzekerde toont evenmin aan dat de in Frankrijk beoogde cursussen niet in België beschikbaar zouden zijn of, in voorkomend geval, dat de kosten ervan in verhouding staan tot de beoogde professionele integratie.

Rolnummer 2020/AB/328  
RIZIV t./...

...

#### I. Antécédents

4. Les faits utiles à la solution du litige peuvent être synthétisés comme suit :

- madame ... est née en ...
- elle indique<sup>1</sup> qu'elle a exercé successivement les métiers d'assistante fleuriste, de vendeuse de vêtements pour enfants, d'assistante en librairie, de "personnel pour un traiteur et Horeca", puis d'animatrice pour enfants, avant d'être occupée "10 ans comme secrétaire médicale à l'hôpital ... en oncologie" ; à partir de l'année 2012, elle a été occupée en qualité de déléguée médicale au sein de la société pharmaceutique ... (elle précise à cet égard qu'elle était "commerciale sur 3 provinces, account manager avec un portefeuille de 1000 clients et aromathérapeute formatrice auprès des pharmaciens")
- madame ... est en incapacité de travail depuis le 13 novembre 2017 (alors qu'elle était occupée en qualité de déléguée médicale au sein de la société ..., en raison d'un syndrome anxiodépressif/burn out
- au mois de juin 2019, il a été mis fin au contrat de travail qui la liait à la société ... pour force majeure médicale, le conseiller en prévention-médecin du travail ayant estimé qu'elle était "définitivement inapte à reprendre le travail convenu et n'(était) pas en état d'effectuer chez l'employeur aucun travail adapté ni un autre travail"
- le 7 juin 2019, madame ... a introduit auprès de l'INAMI, (via le FOREM), une première demande de prise en charge des coûts de plusieurs formations, dans le cadre de la réadaptation professionnelle visée à l'article 109*bis* de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.  
Cette première demande visait les formations suivantes :

"Formation anglais-coût : 17,75 /heure (nombre de périodes encore à définir)

Formation en gestion : inscription 65 EUR

Formation Ayurlife coach : coût : 1.755 EUR

Formation masseur Bien-être Ayurvédique : 1.497 EUR

Formation YOGA : coût : 2.900 EUR + frais de transport (pas encore défini) et logement 1.612 EUR".

Par lettre du 5 juillet 2019, l'INAMI a notifié à madame ... une décision prise le même jour par la Commission supérieure du Conseil médical de l'invalidité, refusant la demande.

1. Notamment dans le "business plan", établi dans le cadre de sa formation en gestion, qu'elle dépose en pièce 11 de son dossier.

Cette décision est motivée par la référence au *“prescrit des articles 109bis de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et 215quater de l’arrêté royal du 3 juillet 1996”* et, visant les diverses formations sollicitées par madame ... par le fait que *“ces formations ne permettent pas, en soi, ni de restaurer la capacité de travail initiale, ni de valoriser la capacité de travail potentielle de l’assurée en vue d’une intégration complète dans un milieu de travail”*.

Il s’agit de la première décision litigieuse.

- Le 11 juillet 2019, madame ... a, toujours via le FOREM, formulé une nouvelle demande, à propos des mêmes formations, à l’exception de la formation en Yoga.

Par lettre du 30 août 2019, l’INAMI a notifié à madame ... une décision prise le même jour par la Commission supérieure du Conseil médical de l’invalidité, refusant à nouveau la demande, pour des motifs identiques.

Il s’agit de la seconde décision litigieuse.

- Madame ... précise qu’elle a déjà suivi un *“stage et formation théorique et pratique en Ayurvêda”* et un stage en *“Satiyam yoga teacher training”*. Elle a, d’autre part, suivi avec succès les cours de formation en connaissance de gestion de base, dispensés au sein de l’École industrielle et commerciale de ... au cours de l’année 2019-2020.
5. Par deux requêtes, déposées respectivement les 18 et 24 septembre 2019 devant le tribunal du travail du Brabant wallon, madame ... a contesté ces deux décisions, demandant la condamnation de l’INAMI à la prise en charge des formations susvisées.

Par jugement du 14 avril 2020, le tribunal a joint les deux recours, et a dit la demande de madame ... recevable et fondée ; le tribunal, après avoir *“constat(é) que madame ... remplit les conditions légales de la réadaptation professionnelle”* a condamné l’INAMI à prendre en charge les formations souhaitées (y compris la *“formation en Yoga”*). L’INAMI était condamné aux dépens.

## II. Les demandes en appel

6. L’INAMI demande à la cour de réformer le jugement et de confirmer les décisions litigieuses.

Madame ... demande à la cour de confirmer le jugement *“sauf en ce qu’il n’accorde pas (...) la prise en charge de la formation Yoga”*, et en conséquence d’annuler les décisions de l’INAMI du 5 juillet 2019 et du 30 août 2019, et de condamner l’INAMI à la prise en charge des frais des diverses formations souhaitées.

## III. La décision de la cour

### La recevabilité de l’appel

7. Le jugement attaqué a été prononcé le 14 avril 2020 et notifié le même jour. L’appel formé le 12 mai 2020 l’a donc été dans le délai prescrit par l’article 1051 du Code judiciaire.

Cet appel a en outre été fait dans le respect des formes prescrites, notamment par l’article 1057 du même code.

L’appel est recevable.

### L’examen de la contestation

8. La cour estime, à l’instar du premier juge, que les deux décisions litigieuses répondent à l’obligation de motivation formelle des actes administratifs au sens de l’article 3 de la loi du 29 juillet 1991<sup>2</sup>.

Ces deux décisions indiquent les dispositions légales et réglementaires applicables, et la considération de fait qui est retenue par l’INAMI, à savoir qu’au regard du cadre légal et réglementaire visé, les formations envisagées, qui sont intégralement reprises dans la décision, *“ne permettent pas, en soi, ni de restaurer la capacité de travail initiale, ni de valoriser la capacité de travail potentielle de l’assurée en vue d’une intégration complète dans un milieu de travail”*. Cette motivation permettait à madame ... de comprendre que l’INAMI estimait que les formations qu’elle souhaitait suivre ne répondaient pas, dans son cas, à l’exigence de *“restauration d’une capacité de travail”* initiale ou de *“valorisation d’une capacité de travail potentielle”*.

La cour rappelle en outre, et pour autant que de besoin, que le juge exerce sur la décision de l’INAMI un contrôle de pleine juridiction, et qu’en conséquence, la constatation par le juge de la nullité de la décision de l’INAMI pour non-respect de la motivation formelle serait sans incidence sur sa compétence pour statuer sur le bien-fondé de la demande de madame ... en vertu de la législation en la matière.

9. Les dispositions légales et réglementaires applicables en l’espèce sont les suivantes :

- l’article 109bis, alinéa 1<sup>er</sup> de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, qui dispose que :

*“Le Conseil médical de l’invalidité a pour mission d’autoriser la prise en charge par l’assurance indemnités des programmes de réadaptation professionnelle en faveur des bénéficiaires de l’assurance indemnités. Les conditions auxquelles cette mission peut être exercée par les médecins-conseil visés à l’article 153 sont déterminées par le Roi, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres”*.

- les articles 215quater, quinquies, sexies et septies de l’arrêté royal du 3 juillet 1996<sup>3</sup>, pris en exécution de cette disposition légale, qui prévoient ce qui suit :

- “Les prestations de réadaptation professionnelle, visées à l’article 109bis, alinéa 2 de la loi coordonnée, comprennent toutes les interventions ou tous les services visant à restaurer tout ou partie de la capacité de travail initiale du titulaire reconnu incapable de travailler ou à valoriser la capacité de travail potentielle de ce titulaire, en vue de son intégration complète dans un milieu de travail. Elles comprennent notamment tout examen, tel qu’un examen d’orientation professionnelle, visant à déterminer la possibilité d’entreprendre un programme de réadaptation professionnelle et son utilité, et toute formation, encadrement ou apprentissage, qui contribue directement à l’intégration, visée à l’alinéa 1<sup>er</sup>”* (art. 215quater de l’A.R. du 03.07.1996)

- “Les coûts liés à l’intégration effective du titulaire après un programme de réadaptation professionnelle, visé à l’article 109bis, alinéa 3 de la loi coordonnée, doivent contribuer directement à l’intégration de l’intéressé. Ces coûts doivent en outre être en proportion avec le but à atteindre. La prise en charge de ces coûts peut être autorisée pour une période maximum de six mois, prenant cours à partir du mois suivant le mois d’achèvement dudit programme”* (art. 215quinquies de l’A.R. du 03.07.1996)

2. Selon l’art. 3 de la loi du 29.07.1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs : *“La motivation exigée consiste en l’indication, dans l’acte, des considérations de droit et de fait servant de fondement à la décision. Elle doit être adéquate”*.

3. A.R. du 03.07.1996 portant exécution de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994, M.B. 31.07.1996

- “Le titulaire qui suit un programme de réadaptation professionnelle, peut prétendre à une prime de cinq EUR par heure effectivement suivie de formation, d’encadrement ou d’apprentissage. Le titulaire qui a mené à terme avec succès un programme de réadaptation professionnelle peut prétendre à une allocation forfaitaire de 500 EUR” (art. 215sexies de l’A.R. du 03.07.1996)
- “Pour l’évaluation de l’état d’incapacité de travail, visé à l’article 100, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi coordonnée, il est tenu compte des compétences professionnelles acquises lors du programme de réadaptation professionnelle au terme d’une période de six mois prenant cours à l’expiration du mois pendant lequel ledit programme a été achevé”. (art. 215septies de l’A.R. du 03.07.1996).

10. À titre liminaire, la cour estime que l’INAMI n’établit pas que le projet professionnel de madame ... (à savoir une fonction de conseil/coaching et la dispensation de cours dans le domaine du bien-être) ne serait qu’une démarche “à visée thérapeutique” (pour elle-même), et ce, d’autant moins que ce projet a été élaboré en concertation et avec le soutien du FOREM. D’autre part, il n’y a pas lieu de mettre en doute, *a priori*, la capacité de madame ... à mener à bien ce projet, pour lequel elle a déjà suivi des formations spécifiques, ayant par ailleurs obtenu (en juin 2020), un certificat relatif à la connaissance de gestion de base, avec la plus grande distinction<sup>4</sup>.

11. La cour estime, par contre, que les formations pour lesquelles madame ... sollicite une prise en charge de l’INAMI ne satisfont pas, en l’espèce, aux exigences des articles 215quater et suivants de l’arrêté royal du 3 juillet 1996, pour les motifs suivants :

- dans le cadre de l’appréciation de la restauration d’une capacité de travail initiale ou de la valorisation d’une capacité de travail potentielle, il doit être examiné si l’assuré conserve une telle capacité de travail, notamment dans les professions qu’il a pu exercer par le passé.

Si l’incapacité de travail actuelle de madame ... semble liée aux conditions dans lesquelles elle a exercé (durant six ans) sa profession de déléguée médicale au sein de la société pharmaceutique ..., et aux exigences de cet employeur, il ne ressort d’aucun élément du dossier qu’elle ne pourrait plus (au terme de son incapacité de travail) exercer une profession similaire, pour un autre employeur. Ses seules affirmations du fait qu’il lui serait impossible d’envisager de reprendre une fonction de ce type en raison du stress qu’induiraient les exigences de rentabilité d’une société commerciale ne sont étayées par aucun élément (médical notamment).

De plus, il en est de même, à tout le moins, de la profession de secrétaire médicale que madame ... a exercée durant les dix années précédentes. Il n’est nullement établi qu’elle soit inapte à exercer une fonction similaire après que son incapacité de travail ait pris fin, ni encore qu’une profession de ce type, pour laquelle elle peut faire valoir une expérience de dix années, ne lui soit plus accessible en l’absence d’un diplôme spécifique

- madame ... a dès lors une “capacité de travail initiale” ou, à tout le moins, une “capacité de travail potentielle”, dans ces professions ou groupe de professions
- or, il n’apparaît pas que les formations pour lesquelles l’intervention de l’INAMI est sollicitée, soient de nature à restaurer ou à valoriser sa capacité de travail dans le cadre des professions susvisées.

Le caractère “porteur” (ou rentable) du domaine du bien-être est une question distincte, et ne permet pas d’apprécier différemment la “capacité de travail” de madame ... au sens de l’article 215quater de l’arrêté royal du 3 juillet 1996.

Une connaissance plus approfondie de l’anglais est un atout au niveau professionnel, mais ne semble pas avoir constitué une condition de l’exercice de professions, durant seize ans, pour lesquelles Madame ... conserve une capacité de travail initiale (ou au moins potentielle).

Par conséquent, l’INAMI a pu considérer, à bon droit, que les formations envisagées par madame ... ne répondaient ni aux conditions, ni à l’objectif, fixés par l’article 215quater de l’arrêté royal du 3 juillet 1996

- En outre, la cour rappelle qu’en application de l’article 215quinquies de l’arrêté royal du 3 juillet 1996, le coût des formations doit non seulement contribuer directement à l’intégration de la personne dans un milieu de travail - et non à participer financièrement à la réorientation professionnelle d’une personne disposant d’une “capacité de travail” initiale par ailleurs - mais également être proportionnés à une telle intégration ; or, madame ... n’établit par aucun élément que le coût des formations<sup>5</sup> soit proportionné au métier qu’elle envisage d’exercer (conseils, coaching et cours en matière de bien-être).

La question du “faible coût” qu’elle eût jusqu’à présent représenté pour le budget de la sécurité sociale ou plus généralement, de l’État belge, pas plus que la question du coût qu’elle représente en termes d’indemnités de mutuelle, n’ont d’incidence à cet égard.

Madame ... ne démontre pas davantage que les cours qu’elle a suivis (ou envisage de suivre) en France ne seraient pas disponibles en Belgique ni, à supposer que tel soit le cas, que le coût qu’ils représentent soient proportionnés à l’“intégration professionnelle” visée.

12. Compte tenu de ce qui précède, l’appel est fondé.

PAR CES MOTIFS,  
LA COUR DU TRAVAIL, statuant après un débat contradictoire,

Dit l’appel recevable ;

Dit l’appel fondé et réforme le jugement, sauf en ce qu’il statue sur les dépens de première instance ;

Dit en conséquence la demande originaire non fondée, et en déboute madame ...

...

4. Pièce 16 de son dossier.

5. Qu’elle évalue à 12.364,55 EUR en termes de répliques à l’avis du Ministère public

## IV. Nederlandstalige arbeidsrechtbank van Brussel, 31 mei 2021

### Taalwet Gerechtszaken - Territoriale bevoegdheid

De woonplaats van de sociaal verzekerde bepaalt de territoriaal bevoegde arbeidsrechtbank volgens artikel 628, 14° Gerechtelijk Wetboek. De sociaal verzekerde woont in Brussel. Territoriaal gezien kunnen zowel de Nederlandstalige arbeidsrechtbank, als de Franstalige arbeidsrechtbank te Brussel bevoegd zijn afhankelijk van de taal van de rechtspleging.

De taal van de rechtspleging wordt bepaald door de woonplaats van de verwerende partijen (art. 4 Taalwet Gerechtszaken).

*In casu* betreft dit de Brusselse agglomeratie. Artikel 4, §1, 2° lid Taalwet Gerechtszaken geeft dan aan de eisende partij de mogelijkheid om het inleidend verzoekschrift in te dienen in het Frans of in het Nederlands.<sup>1</sup>

Het verzoekschrift en de argumenten die sociaal verzekerde aanhaalt ter betwisting van de beslissing is in het Frans opgesteld. Neerlegging bij de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel houdt een schending in van artikel 2 Taalwet Gerechtszaken waarbij voor de Nederlandstalige arbeidsrechtbanken van het arrondissement Brussel de gehele rechtspleging in het Nederlands dient te worden gevoerd. Hierdoor is het verzoekschrift absoluut nietig.

Dankzij artikel 40, 3<sup>de</sup> lid Taalwet Gerechtszaken beschikt de sociaal verzekerde over een nieuwe termijn van drie maanden om bij de bevoegde rechtbank beroep aan te tekenen tegen de bestreden beslissing met een verzoekschrift dat in de juiste taal is opgesteld. Hierdoor heeft de sociaal verzekerde alsnog toegang tot justitie.

A.R. 20/487/A  
... t./RIZIV en V.I.

...

### 2. Vordering

De heer ... heeft per verzoekschrift dat aangetekend verstuurd werd op 7 april 2020 beroep aange- tekend tegen een beslissing van 12 maart 2020 genomen door de ...

### 3. Bevoegdheid

Geschillen over rechten en verplichtingen van werknemers welke voortvloeien uit de wetgeving inzake de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank (art. 580, 2° Ger. W.). De rechtbank is derhalve materieel bevoegd om kennis te nemen van het huidige geschil.

### 4. Ontvankelijkheid

#### 4.1 Termijn

De heer ... stelde zijn beroep tegen de beslissing van 12 maart 2020 in binnen de termijn van drie maanden na de kennisgeving van de bestreden beslissing (art. 23 van de wet van 11.04.1995 tot invoering van het "handvest" van de sociaal verzekerde). Zijn beroep is tijdig ingesteld, wat overigens door geen van beide verwerende partijen betwist wordt.

#### 4.2 Taal

Het verzoekschrift waarmee de heer ... beroep instelde betreft een modelverzoekschrift met vordrukte elementen verdeeld over drie kaders in het Nederlands:

- een gedeelte "De verzoekende partij" (naam, voornaam, rijksregisternummer, enz.)
- een gedeelte "De betwiste beslissing(en)" (Datum beslissing(en), Genomen door volgende instelling, om de volgende redenen)
- een gedeelte "Op te roepen partij(en)".

Het tweede gedeelte "De betwiste beslissing(en)", waaronder de redenen waarom de heer ... het niet eens is met de betwiste beslissing, werden door de heer ... in het Frans ingevuld.

Op de inleidende zitting werd de zaak niet behandeld, maar uitgesteld naar de zitting van 16 november 2020, bij gebrek aan administratief dossier. Op de zitting van 16 november 2020 werd de zaak verder uitgesteld naar de zitting van 8 februari 2021 teneinde het ... toe te laten het dossier verder in staat te stellen. Uit het dossier blijkt dat het ... daarop op 3 februari 2021 een e-mail heeft gericht aan alle 3 de betrokken partijen, waarin onder andere het volgende te lezen valt:

"[...]"

*Is het mogelijk, met het oog op de zitting van volgende week, het volgende te verduidelijken:*

#### MET BETREKKING TOT DE ONTVANKELIJKHEID

##### 1.

Het inleidend verzoekschrift is opgesteld in het Frans. Kan u mij uw standpunt laten weten in het licht van de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken?

"[...]"

Op de zitting van 8 februari 2021 bleek dat geen van de partijen reeds in staat was om op deze vraag (evenals de andere vragen gesteld door het ...) te antwoorden, zodat de zaak tegensprekelijk werd uitgesteld naar de zitting van 3 mei 2021 om de partijen toe te laten te antwoorden op de vragen van het ...

1. Art. "III. Hof van Cass., 27.09.2010", M. de Ghellinck en C. Lekane.



Op de zitting van 3 mei 2021 stelden zowel de raadsman van het ... als de raadsman van de ... dat het verzoekschrift van de heer ... niet ontvankelijk is wegens niet-naleving van de Taalwet Gerechtszaken. Ook het ... adviseerde in zijn mondeling advies dat op de zitting van 3 mei 2021 gegeven werd na de sluiting van de debatten, om het verzoekschrift niet ontvankelijk te verklaren.

De rechtbank oordeelt hieromtrent als volgt:

Zoals hoger reeds werd aangehaald, behoort deze betwisting tot de materiële bevoegdheid van de arbeidsrechtbanken (art. 580, 2° Ger. W., zie hoger bij punt 3). Voor dergelijke betwistingen is de territoriaal bevoegde arbeidsrechtbank, de arbeidsrechtbank van de woonplaats van de heer ... (art. 628, 14° Ger. W.).

De heer ... woont in ... (Brussel). Territoriaal gezien kunnen derhalve zowel de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel, als de Franstalige arbeidsrechtbank Brussel bevoegd zijn, nu de splitsing van de oorspronkelijke (tweetalige) arbeidsrechtbank Brussel in een Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel en een Franstalige arbeidsrechtbank Brussel, niet gebeurde op het niveau van de bevoegdheid van de rechtbanken, maar wel op het niveau van de taal van de rechtspleging. De beide rechtbanken zijn dus bevoegd voor het hele arrondissement Brussel (zie en vgl. B. VANLERBERGHE, "De hervorming van het gerechtelijke arrondissement Brussel", *RW* 2012-13, 1691). Aangezien het aanknopingspunt van de territoriale bevoegdheid gelegen is in de Brusselse agglomeratie (de woonplaats van de heer ... bepaalt vervolgens de "woonplaats" van de verwerende partijen, zijnde het ... en de ..., de taal van de rechtspleging en dus ook de Brusselse rechtbank die van de zaak kennis zal moeten nemen (art. 4 Taalwet Gerechtszaken). Zowel het ... als de ... zijn gevestigd in de Brusselse agglomeratie, wat betekent dat het inleidend verzoekschrift naar de keuze van de heer ... in het Frans kon ingediend worden bij de Franstalige arbeidsrechtbank Brussel, dan wel in het Nederlands bij de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel, (art. 4 §1, 2<sup>de</sup> lid Taalwet Gerechtszaken).

Er moet vastgesteld worden dat het verzoekschrift dat de heer ... opstuurde aan de Nederlandstalige arbeidsrechtbank Brussel grotendeels in het Frans is opgesteld.

Hoewel een beroep tegen een beslissing van een instelling van sociale zekerheid kan ingesteld worden met een vereenvoudigd verzoekschrift zoals bedoeld in artikel 704 §2 Gerechtelijk Wetboek, is wel nog altijd vereist dat dit verzoekschrift in overeenstemming is met de Taalwet Gerechtszaken van 15 juni 1935, net zoals de dagvaarding en het gewone tegensprekelijke verzoekschrift (zie en vgl. Cass. 25.11.1985, *JTT* 1986, 87; Arbh. Brussel 23.04.1999, *Soc. Kron.* 2000, 533).

Artikel 2 Taalwet Gerechtszaken bepaalt dat voor de Nederlandstalige arbeidsrechtbanken van het arrondissement Brussel de gehele rechtspleging in het Nederlands dient te worden gevoerd.

Dit is niet gebeurd. Het verzoekschrift van de heer ... is grotendeels in het Frans opgesteld, in het bijzonder de redenen waarom hij het niet eens is met de bestreden beslissing. Zijn argumenten maken op deze wijze deel uit van het debat, en dienen beantwoord te worden door de verwerende partijen en de rechtbank.

De rechtbank dient dan ook verplicht toepassing te maken van artikel 40, 1<sup>ste</sup> lid Taalwet Gerechtszaken zoals dat op heden opnieuw luidt nadat de aanpassing ervan door artikel 5 van de wet van 25 mei 2018 door het Grondwettelijk Hof bij arrest van 19 september 2019 werd vernietigd (arrestnr. 120/2019, *B.S.* 10.10.2019). Dit artikel 40, 1<sup>ste</sup> lid sanctioneert schendingen van de Taalwet Gerechtszaken met nietigheid, die zelfs ambtshalve door de rechter wordt uitgesproken.

In toepassing hiervan verklaart de rechtbank het gedinginleidend verzoekschrift nietig, en, daaruit voortvloeiend, de vordering van de heer ... **niet** ontvankelijk.

De rechtbank vestigt wel de aandacht van de heer ... op het feit dat zijn verzoekschrift, hoewel dus nietig wegens overtreding van de Taalwet Gerechtszaken, tijdig was (zie punt 4.1.), en dus de verjaring heeft gestuit, alsook de termijnen van rechtspleging toegekend op straffe van verval, conform artikel 40, 3<sup>de</sup> lid Taalwet Gerechtszaken. Concreet houdt dit in dat de heer ... beschikt over een nieuwe termijn van drie maanden om bij de bevoegde rechtbank beroep aan te tekenen tegen de bestreden beslissing, te rekenen vanaf de datum van dit vonnis, vanzelfsprekend met een verzoekschrift dat in de juiste taal is opgesteld, conform de Taalwet Gerechtszaken (zie en vgl. Cass. 06.04.1949, *Pas.* 1949, I, 269).

## 5. Beslissing

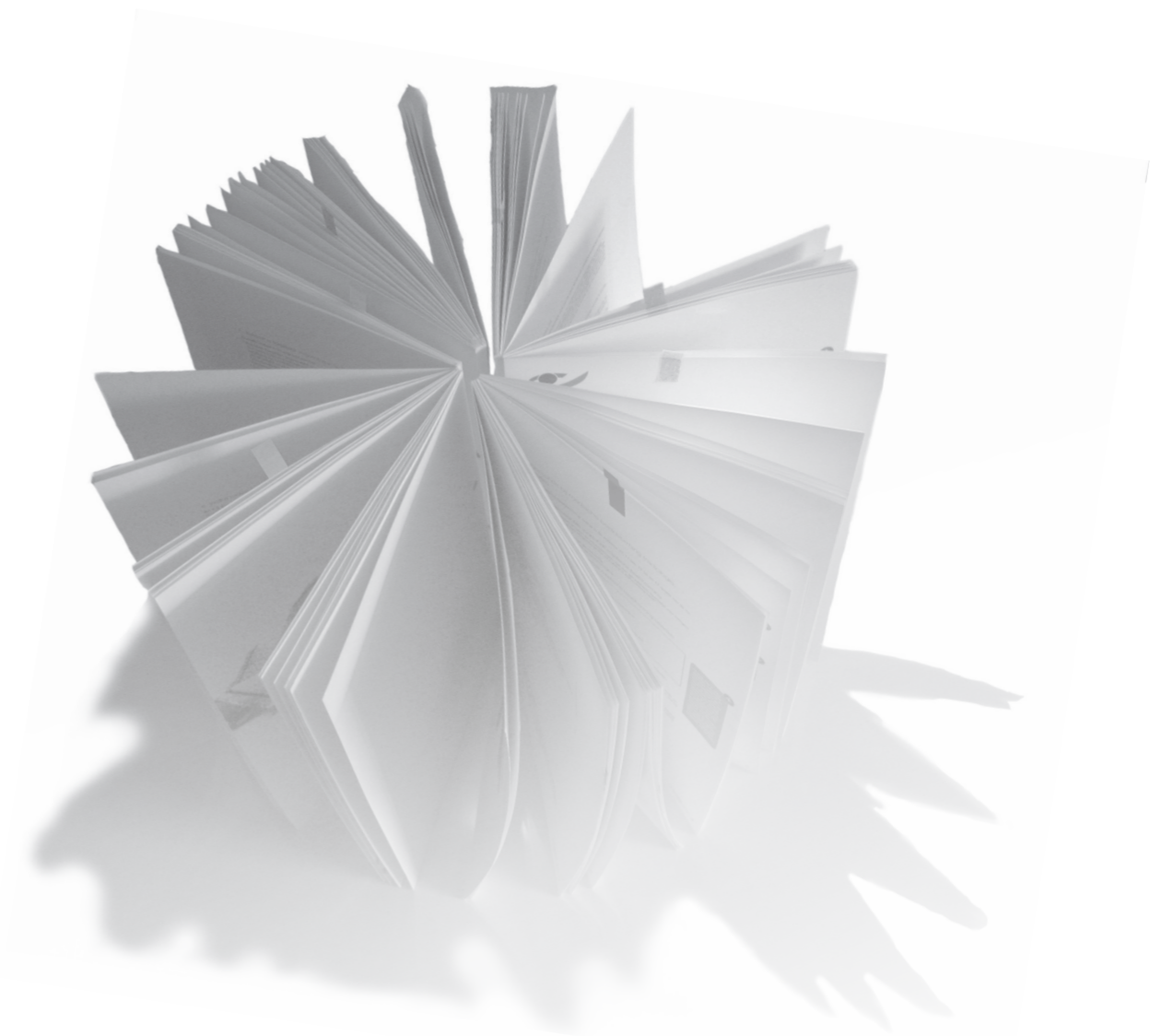
Na eensluidend mondeling advies van ..., Substituut-Arbeidsauditeur, beslist de rechtbank in eerste aanleg en op tegenspraak wat volgt.

De vordering van de heer ... is niet ontvankelijk.

De rechtbank veroordeelt de ... tot de kosten van het geding, thans enkel begroot op de bijdrage van 20,00 EUR die toekomt aan het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand (art. 1017, tweede lid en 1018 Ger. W. en wet van 19.03.2017 tot oprichting van een Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand).

...

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



## Gezondheidsapplicaties

mHealthBelgium – Groepen – Criteria – Validatiepiramide – Niveau 3 voor een terugbetaling – Aantal aanvragen en aanmeldprocedure – Aantal gebruikers – Applicaties regelmatig gebruikt

Vraag nr. 753, gesteld op 31 mei 2021, aan de heer vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw FARIH, volksvertegenwoordigster<sup>1</sup>

Volgens mHealthBelgium zijn er momenteel 30 verschillende mobiele toepassingen die CE-gemarkeerd zijn als medisch hulpmiddel. Deze toepassingen worden volgens een validatiepiramide onderverdeeld in drie groepen op basis van enkele criteria waaraan de toepassingen moeten voldoen.

1. Hoe kan men een aanvraag doen om een mobiele toepassing te laten opnemen op mHealthBelgium?
2. a) Hoeveel aanvragen zijn er al geweest sinds de oprichting van het platform in 2018?  
b) Hoeveel aanvragen zijn er al geweigerd sinds de oprichting van het platform in 2018?
3. a) Van de 30 applicaties die reeds online staan, is er nog geen enkele applicatie in niveau 3 van de validatiepiramide. De applicatie moet nochtans in dit niveau zitten om in aanmerking te komen voor een terugbetaling. Wat zijn de redenen waarom er nog geen applicatie is toegelaten tot niveau 3 van de validatiepiramide?  
b) Graag per applicatie de reden/motivatie waarom hij niet voldoet aan de criteria van niveau 3.  
c) Hoeveel aanvragen van applicaties zijn er momenteel lopende om toegang te krijgen tot niveau 3 van de validatiepiramide?
4. a) Welke gezondheidsapplicaties worden er het meest gebruikt in ons land?  
b) Hoeveel gebruikers tellen deze applicaties? Graag cijfers van de tien populairste applicaties van 2018 tot nu, opgesplitst per jaar, in zowel absolute als relatieve cijfers.
5. a) Hoeveel inwoners in ons land maken momenteel gebruik van gezondheidsapplicaties?  
b) Hoeveel inwoners maken respectievelijk gebruik van één, twee, drie of meer applicaties? Graag cijfers vanaf 2018 tot nu, opgesplitst per jaar, per geslacht en per provincie, in zowel absolute als relatieve cijfers.

### Antwoord:

1. De aanvraag kan gedaan worden via een online procedure op de website van mHealthBelgium (<https://mhealth-belgium.be/nl/>). Het bedrijf dient eerst een account aan te maken, aan de hand waarvan een applicatie kan worden toegevoegd. Vooraleer de applicatie wordt gepubliceerd zal een administratie van mHealthBelgium nagaan of alle velden correct zijn ingevuld en de juiste documentatie aanwezig is volgens de vooropgestelde criteria van de validatiepiramide. Desgevallend wordt de applicatie gepubliceerd op de publiek toegankelijke website. De volledige procedure kan worden teruggevonden op vermelde website alsook alle criteria voor de drie niveaus. Ten slotte gebeurt de aanmelding op mHealthBelgium op vrijwillige basis.

2. a) Er werden tot op heden aanvragen gedaan voor 35 applicaties. 31 daarvan zijn vandaag gepubliceerd.

b) Voor drie niet gepubliceerde applicaties wordt het proces verder actief doorlopen om publicatie te bekomen. Voor één applicatie werden geen activiteiten meer verricht sinds juni 2020.

3. a) Er zijn momenteel nog geen applicaties in niveau M3, omdat er geen enkele applicatie de aanmeldprocedure om in aanmerking te komen voor M3 volledig heeft doorlopen.

Het RIZIV heeft momenteel één aanmelding ontvangen. Het aanmeldossier van *Remecare Oncology* werd op 13 april ontvangen. Op 7 mei werd dit toegelicht aan de werkgroep telegeneeskunde. Op 27 mei vond de eerste vergadering van de specifieke werkgroep plaats om dit dossier te bespreken. De aanmelding wordt nu verder behandeld volgens de vastgestelde procedure.

b) Er zijn momenteel nog geen applicaties in niveau M3, omdat er geen enkele applicatie de aanmeldprocedure om in aanmerking te komen voor M3 volledig heeft doorlopen (zie hoger).

c) Het RIZIV heeft momenteel een aanmelding ontvangen. Het aanmeldossier van *Remecare Oncology* werd op 13 april ontvangen (zie hoger).

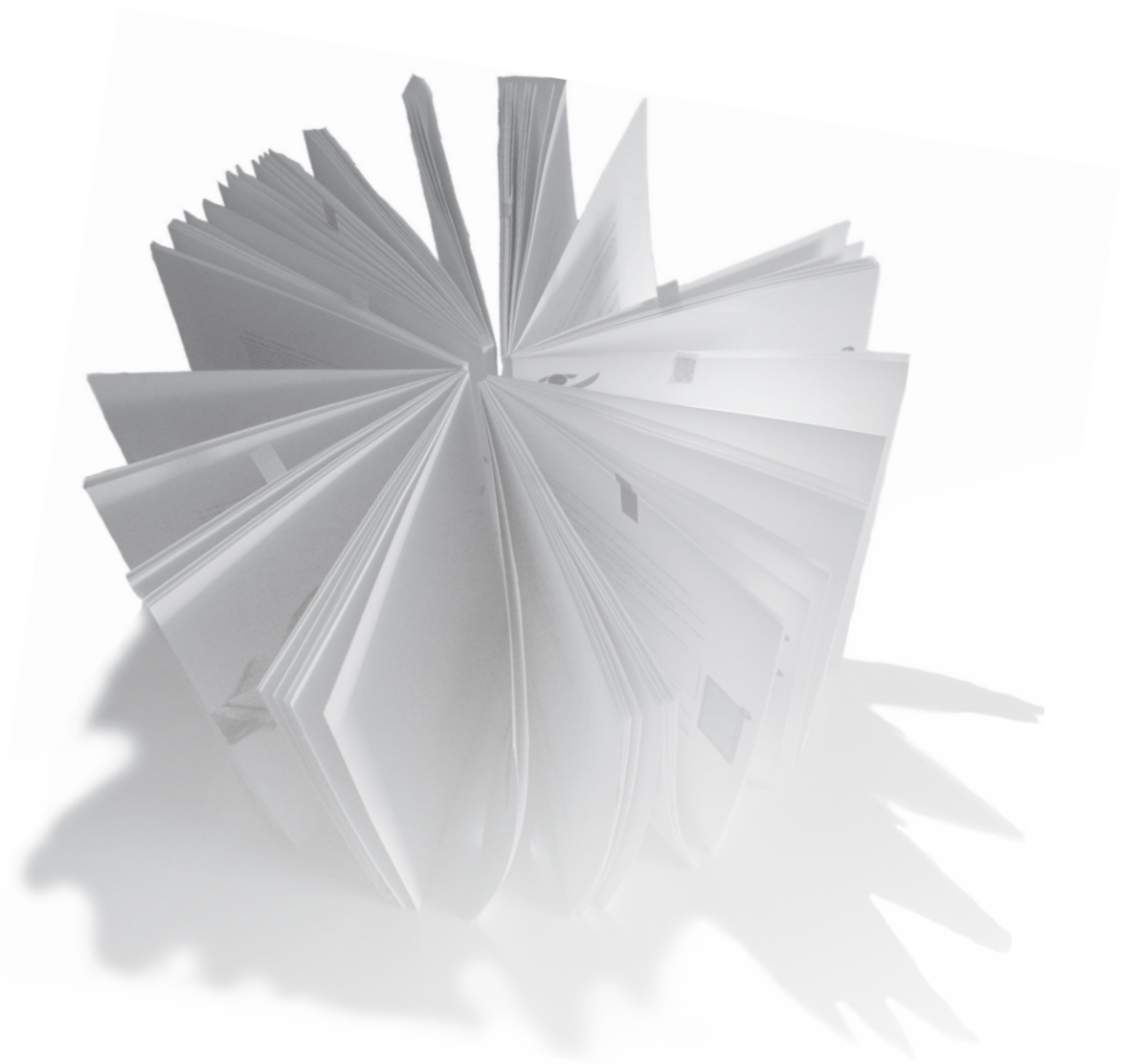
4. a) Een aantal applicaties die regelmatig gebruikt worden betreffen *Comunicare*, *FibriCheck*, *moveUp Coach* en *PACSonWEB* (<https://mhealthbelgium.be/nl/alle-apps>).

b) Hierover zijn geen precieze cijfers beschikbaar.

5. a en b) Hierover zijn geen precieze cijfers beschikbaar.

1. Kamer, 2020-2021, Bulletin nr. 063, blz. 241.

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



# I. Interpretatie van het artikel 290, B, § 3, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 betreffende de berekening van de aanvullende bijdrage bij een inschrijving of herinschrijving

Van toepassing vanaf 22 september 2021.

Het 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, bepaalt:

*“Indien moet worden nagegaan of een aanvullende bijdrage verschuldigd is voor een refertejaar, waarin een tijdvak voorkomt dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in littera A, 2, van deze bepaling en dat zich situeert voor de datum waarop de inschrijving of herinschrijving, zoals bedoeld in artikel 252, uitwerking heeft, dan dient voor de berekening van de aanvullende bijdrage de minimumwaarde bedoeld in artikel 286 te worden verminderd in verhouding tot dit tijdvak.*

*Indien moet worden nagegaan of een aanvullende bijdrage verschuldigd is voor een refertejaar, waarin een tijdvak voorkomt dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in littera A, 2, van deze bepaling en gedurende hetwelk de gerechtigde zich in het buitenland bevond, dan dient voor de berekening van de aanvullende bijdrage de minimumwaarde bedoeld in artikel 286 te worden verminderd in verhouding tot dit tijdvak. Het voormelde verblijf in het buitenland wordt aangetoond door bewijsmiddelen die als dusdanig zijn erkend door de Dienst voor administratieve controle.”*

Deze omzendbrief heeft tot doel een interpretatie te geven voor de toepassing van deze bepaling.

## 1. Principe

Wanneer een aanvullende bijdrage berekend dient te worden voor de verlenging van het recht op geneeskundige verzorging voor een persoon die zich (her)ingeschreven heeft in het refertejaar, dient eerst nagegaan te worden of de periode die zich situeert voor de datum van (her)inschrijving niet gelijkgesteld kan worden op basis van het artikel 290, A, 2, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Indien de periode niet is opgenomen in artikel 290, A, 2, dan kan de periode geïmmuniseerd worden overeenkomstig artikel 290, B, § 3, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 mits de voorwaarden hiertoe vervuld zijn: voor de berekening van de aanvullende bijdrage wordt de minimumwaarde verminderd in verhouding tot deze periode, zijnde de periode die geen deel kan uitmaken van de periodes opgesomd in A, 2, en die zich situeert voor de datum waarop de (her)inschrijving uitwerking heeft.

De berekening van de aanvullende bijdrage dient dan te gebeuren in functie van een gans kalenderjaar, en niet in functie van met werkdagen gelijkgestelde dagen. Naar analogie van artikel 290, B, § 3, tweede lid, dient de periode derhalve te worden berekend op grond van 365 of 366-en.

## 2. Bijvoorbeeld

*Persoon X schrijft zich voor de eerste keer in bij een verzekeringsinstelling op 1 oktober 2016. Voor de verlenging van zijn recht op geneeskundige verzorging in 2018 blijkt dat hij een aanvullende bijdrage moet betalen. Hoe moet het ziekenfonds deze aanvullende bijdrage berekenen?*

Vooreerst nagaan of het 1<sup>ste</sup>, 2<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> kwartaal van het refertejaar 2016 niet gelijkgesteld kan worden op basis van artikel 290, A, 2, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Indien de periode niet is opgenomen in artikel 290, A, 2, dan de periode immuniseren overeenkomstig artikel 290, B, § 3, eerste lid, koninklijk besluit 3 juli 1996: voor de berekening van de aanvullende bijdrage wordt de minimumwaarde verminderd in verhouding tot deze periode (op grond van 365/366-en).

*Tot wanneer loopt de periode die in mindering gebracht moet worden?*

Stel dat persoon X effectief de hoedanigheid van gerechtigde verwerft op 30 december: proratisering tot 29 december of tot 30 september (de dag voor de dag van de uitwerking van de inschrijving en opening van het recht)?

Artikel 290, B, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt dat de minimumwaarde dient te worden verminderd in verhouding tot “dit tijdvak”, zijnde het tijdvak dat geen deel kan uitmaken van de tijdvakken opgesomd in A, 2 en dat zich situeert voor de datum waarop de inschrijving uitwerking heeft.

Dit betekent dat enkel de periode van 1 januari tot 30 september in vermindering gebracht kan worden gezien de andere dagen zich situeren na de datum waarop de inschrijving uitwerking heeft.

Het gevolg is dat persoon X een aanvullende bijdrage zal moeten betalen voor de “lege” periode van 1 oktober tot 29 december voor de verlenging van zijn recht (indien hij niet kan genieten van gelijkgestelde tijdvakken krachtens art. 290, A, 2. van het K.B. van 03.07.1996 en er ook geen immunisatie van de periode van verblijf in het buitenland mogelijk is).

*Berekening van de aanvullende bijdrage voor de periode van 1 oktober tot 29 december?*

### Algemene principes voor de berekening van de aanvullende bijdrage<sup>1</sup>

De periode vóór aansluiting:

- 1° berekening van de waarde van de gelijkgestelde periode(s) (aantal werkdagen/240)
- 2° berekening van de periode (= immunisatie van de periode vóór aansluiting) die in vermindering gebracht kan worden van de totale minimumwaarde aan bijdragen (aantal kalenderdagen/365-366)
- 3° aftrekken waarde 1° en 2° van de totale minimumwaarde aan bijdragen.

De periode na aansluiting:

- 1° berekening van de waarde van de gelijkgestelde periode(s) (aantal werkdagen/240)
- 2° berekening van de waarde van de geïmmuniseerde periode(s) (aantal kalenderdagen/365-366)
- 3° aftrekken waarde 1° en 2° en de waarde van de bijdragebon.



**Opmerking:** het is slechts mogelijk te immuniseren als de periode niet gelijkgesteld kan worden.

1. Elke berekening wordt aanvaard als dit leidt tot hetzelfde rekenkundig resultaat.

Bij de berekening moet rekening gehouden worden met de volgende regels:

=> de gelijkgestelde dagen moeten berekend worden in een 6-dagen week, behalve indien op het attest/de bijdragebon zelf uitdrukkelijk melding gemaakt wordt van een 5-dagen week. Volgens deze interpretatie, moet dan rekening worden gehouden met het volgende:

- wanneer het gaat om een periode gedekt door een bijdragebon/of een attest die zelf een bepaald aantal dagen in een bepaald werkregime vermeldt, dient in principe met het vermelde aantal van deze dagen rekening te worden gehouden

- wanneer het gaat om een periode, waarvoor de bijdragebon of het attest geen bepaald aantal dagen of werkregime vermeldt, komt werkdag overeen met “elke dag die geen zondag is”. Dit betekent dus dat in deze situatie de dagen geteld moeten worden in een regime “6-dagenweek”

De enige uitzondering hierop zijn de verlofdagen als arbeider die dus wel in een 5-dagen regeling berekend worden: er is een omzetting nodig naar een 6-dagen regeling.

- bij de berekening van de aanvullende bijdrage moeten zowel in de vijfdagenregeling als in de zesdagenregeling de feestdagen niet in mindering gebracht worden.

=> Bij de berekening wordt er afgerond tot 2 cijfers na de komma. De afronding gebeurt tot het lagere honderdste (indien duizendste < 5) of tot het hogere honderdste (indien duizendste ≥ 5). De afronding gebeurt op het einde van de berekening, niet in de tussenstappen.

=> Het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt uiteindelijk krachtens artikel 290, B., § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere euro, te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

#### HYPOTHESE 1: PERSOON X KAN NIET GENIETEN VAN EEN GELIJKGESTELDE PERIODE VOOR DE PERIODE VÓÓR AANSLUITING

Stel dat X voor het referentejaar 2016 een bijdragebon heeft ontvangen ter waarde van 500 EUR (tewerkstelling als werknemer) die slaat op het 4<sup>e</sup> kwartaal, en dat hij van 1 oktober 2016 tot 19 november 2016 in het buitenland zat (in een land waarmee België niet verbonden is door een internationale overeenkomst die voorziet in de samentelling van de verzekeringstijdvakken). Er is geen gelijkstelling mogelijk voor een periode in het betreffende jaar.

Hoe wordt de aanvullende bijdrage berekend voor de verlenging van het recht in 2018 (referentejaar 2016)?

**STAP 1:** De minimumwaarde aan sociale bijdragen van het referentejaar wordt verminderd met de volgende periodes:

In vermindering brengen van:

- de periode vóór aansluiting:  $6.007,28 \text{ EUR}^2 \times 274^3/366^4 = 4.497,25 \text{ EUR}$ .

2. Minimumwaarde voor referentejaar 2016.  
3. 274 kalenderdagen van 01.01.2016 tot 30.09.2016 in vermindering te brengen.  
4. In 2016 waren er 366 dagen.

Immuniseren van:

- de periode van 1 oktober tot 19 november (verblijf in buitenland) :  $6.007,28 \text{ EUR} \times 50/366 = 820,67 \text{ EUR}$ .

**Dus**  $6.007,28 \text{ EUR} - 4.497,25 \text{ EUR} - 820,67 \text{ EUR} = 689,36 \text{ EUR}$ .

**STAP 2:** Van dit resultaat wordt de waarde van de verkregen bijdragebon afgetrokken:

Voor de periode 1 oktober tot 31 december is er een bijdragebon ter waarde van 500 EUR.

**Dus**  $689,36 \text{ EUR} - 500 \text{ EUR} = 189,36 \text{ EUR}$ .

**STAP 3:** Deze waarde vermenigvuldigen met het toe te passen bijdragepercentage<sup>5</sup> om de effectief te betalen aanvullende bijdrage te verkrijgen:

$189,36 \text{ EUR} \rightarrow$  afronden naar 190 EUR  $\times 10,85 \% = 20,62 \text{ EUR}$ .

#### HYPOTHESE 2: PERSOON X KAN GENIETEN VAN EEN GELIJKGESTELDE PERIODE VOOR DE PERIODE NA AANSLUITING

Stel dat X voor het referentejaar 2016 een bijdragebon heeft ontvangen ter waarde van 300 EUR (tewerkstelling als werknemer) die slaat op het 4<sup>e</sup> kwartaal, en dat hij van 1 oktober 2016 tot en met 19 november 2016 in het buitenland zat (in een land waarmee België verbonden is door een internationale overeenkomst die voorziet in de samentelling van de verzekeringstijdvakken). Een formulier “samentelling van de verzekeringstijdvakken” (bijv. een formulier E104 of S041 of gelijkwaardig bilateraal document) wordt door het buitenland afgeleverd voor deze periode. Er is een gelijkstelling mogelijk krachtens artikel 290, A, 2., 11° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Er is geen mogelijkheid tot gelijkstelling voor de periode vóór aansluiting.

Hoe wordt de aanvullende bijdrage berekend voor de verlenging van het recht in 2018 (referentejaar 2016)?

**STAP 1:** De minimumwaarde aan sociale bijdragen van het referentejaar wordt verminderd met de volgende periodes:

In vermindering brengen van:

- de periode vóór aansluiting:  $6.007,28 \text{ EUR}^6 \times 274^7/366^8 = 4.497,25 \text{ EUR}$ .

Gelijkstelling van:

- de periode van 1 oktober tot 19 november (verblijf in buitenland):  $6.007,28 \text{ EUR} \times 43^9/240 = 1.076,30 \text{ EUR}$

**Dus**  $6.007,28 \text{ EUR} - 4.497,25 \text{ EUR} - 1.076,30 \text{ EUR} = 433,73 \text{ EUR}$ .

5. Bijdragepercentage is verschillend tussen de arbeiders en bedienden, de mijnwerkers en de statutaire personeelsleden van overheidsdiensten. De percentages van de verschuldigde bijdragen worden vermeld in de omzendbrieven van de Dienst voor administratieve controle betreffende de minimumwaarde van de bijdragebescheiden en de berekening van de aanvullende bijdrage.

6. Minimumwaarde voor referentejaar 2016.

7. 274 kalenderdagen van 01.01.2016 tot 30.09.2016 in vermindering te brengen.

8. In 2016 waren er 366 dagen.

9. 43 dagen in een 6-dagenstelsel. Het formulier “samentelling van de verzekeringstijdvakken” maakt geen melding van het werkregime.

**STAP 2:** Van dit resultaat wordt de waarde van de verkregen bijdragebon afgetrokken:

Voor de periode 1 oktober tot 31 december is er een bijdragebon ter waarde van 300 EUR.

**Dus** 433,73 EUR – 300 EUR = 133,73 EUR

**STAP 3:** Deze waarde vermenigvuldigen met het toe te passen bijdragepercentage<sup>10</sup> om de effectief te betalen aanvullende bijdrage te verkrijgen:

133,73 EUR → afronden naar 134 EUR x 10,85 % = **14,54 EUR.**

### HYPOTHESE 3: PERSOON X KAN DEELS GENIETEN VAN EEN GELIJKGESTELDE PERIODE VOOR DE PERIODE VÓÓR AANSLUITING

Stel dat X voor het refertejaar 2016 een bijdragebon heeft ontvangen ter waarde van 500 EUR (tewerkstelling als werknemer) die slaat op het 4<sup>e</sup> kwartaal, en dat hij van 1 oktober 2016 tot 31 oktober 2016 persoon ten laste kan zijn en van 1 november 2016 tot 19 november 2016 in het buitenland zat (in een land waarmee België niet verbonden is door een internationale overeenkomst die voorziet in de samentelling van de verzekeringstijdvakken).

De periode 1 oktober 2016 tot 31 oktober 2016 wordt gelijkgesteld krachtens artikel 290, A, 2., 10<sup>o</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Voor de periode 1 november 2016 tot 19 november 2016 is geen gelijkstelling mogelijk.

Hoe wordt de aanvullende bijdrage berekend voor de verlenging van het recht in 2018 (refertejaar 2016)?

**STAP 1:** De minimumwaarde aan sociale bijdragen van het refertejaar wordt verminderd met de volgende periodes:

In vermindering brengen van:

- de periode vóór aansluiting: 6.007,28 EUR<sup>11</sup> x 274<sup>12</sup>/366<sup>13</sup> = 4.497,25 EUR.

Gelijkstelling van:

- de periode van 1 oktober tot 31 oktober 2016 (persoon ten laste): 6.007,28 EUR x 26<sup>14</sup>/240 = 650,79 EUR.

Immunisatie van:

- de periode van 1 november tot 19 november (verblijf in het buitenland): 6.007,28 EUR x 19/366 = 311,85 EUR.

**Dus** 6.007,28 EUR – 4.497,25 - 650,79 EUR – 311,85 EUR = 547,39 EUR.

**STAP 2:** Van dit resultaat wordt de waarde van de verkregen bijdragebon afgetrokken:

Voor de periode 1 oktober tot 31 december is er een bijdragebon ter waarde van 500 EUR.

**Dus** 547,39 EUR – 500 EUR = 47,39 EUR.

10. Bijdragepercentage is verschillend tussen de arbeiders en bedienden, de mijnwerkers en de statutaire personeelsleden van overheidsdiensten. De percentages van de verschuldigde bijdragen worden vermeld in de omzendbrieven van de Dienst voor administratieve controle betreffende de minimumwaarde van de bijdragebescheiden en de berekening van de aanvullende bijdrage.

11. Minimumwaarde voor refertejaar 2016.

12. 274 kalenderdagen van 01.01.2016 tot 30.09.2016 in vermindering te brengen.

13. In 2016 waren er 366 dagen.

14. 26 werkdagen tussen 01.10 en 31.10 in een 6-dagenstelsel.

**STAP 3:** Deze waarde vermenigvuldigen met het toe te passen bijdragepercentage<sup>15</sup> om de effectief te betalen aanvullende bijdrage te verkrijgen:

47,39 EUR → afronden naar 48 EUR x 10,85 % = **5,21 EUR** -> het bedrag ligt onder 10 EUR en bijgevolg moet **geen aanvullende bijdrage betaald worden**<sup>16</sup>.

Vervangt omzendbrief nr. 2018/389<sup>17</sup> – 271/69 van 20 december 2018.

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/269 – 271/74 van 24 september 2021.

15. Bijdragepercentage is verschillend tussen de arbeiders en bedienden, de mijnwerkers en de statutaire personeelsleden van overheidsdiensten. De percentages van de verschuldigde bijdragen worden vermeld in de omzendbrieven van de Dienst voor administratieve controle betreffende de minimumwaarde van de bijdragebescheiden en de berekening van de aanvullende bijdrage.

16. Art. 290, B, § 1, tweede lid, van het K.B. van 03.07.1996.

17. Gepubliceerd in I.B. nr. 2019/1.

## II. De vergoeding van medisch begeleide voortplanting (MBV) bij Belgische verzekerden in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland - Terugbetaling van de laboratoriumkosten - Wijziging van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming vanaf 1 juli 2021

Van toepassing vanaf 1 juli 2021.

### I. Inleiding

Ingevolge de omzetting van Richtlijn 2011/24/EU van 9 maart 2011 betreffende de toepassing van de rechten van patiënten bij grensoverschrijdende gezondheidszorg in de Belgische reglementering, is sedert 25 oktober 2013 niet langer een voorafgaande toestemming (in de vorm van een document S2 of gelijkwaardig document *ad hoc*) vereist met het oog op de terugbetaling van de kosten van een behandeling in het kader van medisch begeleide voortplanting (MBV) van Belgische verzekerden in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland.

Richtlijn 2011/24/EU bepaalt dat de kosten van grensoverschrijdende gezondheidszorg door de lidstaat van aansluiting (bijv. België) dienen terugbetaald te worden op basis van de regels en de tarieven van de wettelijke ziekteverzekering tot het bedrag dat door deze lidstaat zou zijn ten laste genomen indien de gezondheidszorg op zijn grondgebied zou zijn verleend.

Dit betekent dat:

- alleen de geneeskundige zorg wordt terugbetaald die ook in België wordt vergoed (= de Belgische vergoedingsvoorwaarden moeten zijn vervuld, zoals bijv. de leeftijdsvoorwaarde en het akkoord van de adviserend geneesheer<sup>1</sup> voor de terugbetaling van maximaal zes pogingen, ...)
- de terugbetaling nooit hoger kan zijn dan de vergoeding voor de geneeskundige zorg in België.

We moeten evenwel vaststellen dat bepaalde geneeskundige verstrekkingen, wanneer zij verleend worden op Belgisch grondgebied, niet worden vergoed via de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen maar via andere kanalen worden ten laste genomen, zoals bijvoorbeeld het forfait ter financiering van de laboratoriumkosten in het kader van MBV dat gefinancierd wordt via het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen (BFM).

## II. Terugbetaling van medisch begeleide voortplanting in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland – Algemene principes

Een rechthebbende van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging heeft recht op terugbetaling van de kosten van een behandeling in het kader van MBV in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland.

De terugbetaling van de kosten kan in drie categorieën worden onderverdeeld:

- een vergoeding van de kosten voor de geneeskundige verstrekkingen in het kader van MBV overeenkomstig de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (*K.B. van 14.09.1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen*);
- een vergoeding voor farmaceutische specialiteiten gebruikt bij vrouwelijke onvruchtbaarheid overeenkomstig de *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2008/29 van 16 december 2008 omtrent het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 dat de forfaitaire vergoeding instelt van de farmaceutische specialiteiten gebruikt bij de behandeling van vrouwelijke onvruchtbaarheid*, zoals gewijzigd bij *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2009/6 van 5 maart 2009* en *Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2014/3 van 10 januari 2014*;
- een tenlasteneming van het forfait ter financiering van de laboratoriumkosten zoals bedoeld in artikel 74bis van het *koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen*. Dit forfait mag niet aan de patiënte worden aangerekend ongeacht of zij nu gehospitaliseerd is dan wel ambulante behandeld wordt. Voornoemd artikel 74bis vermeldt dat het "... verboden [is] aan de Centra voor reproductieve geneeskunde van de in het tweede lid bedoelde kosten aan de patiënt te factureren voor cycli die voldoen aan de in dit artikel bedoelde voorwaarden ...".

> Voorbeeld:

Een vrouw van 34 jaar, rechthebbende van de Belgische verplichte ziekteverzekering en in het bezit van een akkoord van de adviserend geneesheer, gaat naar Spanje voor een ambulante IVF-behandeling. Mevrouw betaalt de factuur waarbij haar een aantal geneeskundige verstrekkingen, geneesmiddelen en laboratoriumkosten worden aangerekend. Bij haar terugkeer in België vraagt zij haar verzekeringsinstelling om terugbetaling van de kosten. De verzekeringsinstelling kent haar een tegemoetkoming toe in de kosten voor:

- de geneeskundige verstrekkingen (op basis van de nomenclatuur, cf. (i) hierboven)
- de geneesmiddelen (op basis van Omzendbrief aan de algemene ziekenhuizen nr. 2008/29, zoals gewijzigd, cf. (ii) hierboven)
- de laboratoriumkosten ten belope van het werkelijk betaalde bedrag maar dit kan nooit hoger zijn dan het in artikel 74bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 vermelde bedrag (cf. (iii) hierboven).

De verzekeringsinstellingen hebben meegedeeld dat de technische uitvoering van de terugbetaling van de laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling – zie (iii) hierboven – in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland hen voor problemen stelt.

1. Bijlage 2A van het K.B. houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen.



### III. Terugbetaling van medisch begeleide voortplanting in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland – Terugbetaling van de laboratoriumkosten

De verzekeringsinstellingen kunnen de “terugbetaling van de laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland” uitvoeren via één van volgende pseudocodes:

**559672** - ambulans

**559683** - ziekenhuisopname

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming is identiek aan het (geïndexeerd) bedrag zoals vermeld in artikel 74bis van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, nl. **1.620,46 EUR per cyclus** (vanaf 01.07.2021).

### IV. Varia

1. De terugbetaling van een MBV-behandelingscyclus in een lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland dient meegenomen te worden in de teller van het maximaal aantal van zes (6) cycli die per vrouw in aanmerking komen voor vergoeding door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze pseudo-nomenclatuurnummers laten de verzekeringsinstellingen toe om het maximaal aantal van zes (6) cycli dat per vrouw in aanmerking komt voor vergoeding nauwgezet op te volgen indien een patiënte zowel behandelingscycli in een Belgisch vruchtbaarheidscentrum met een **A- of B-erkenning** als in een vruchtbaarheidscentrum in een andere lidstaat van de Europese Unie, IJsland, Liechtenstein, Noorwegen of Zwitserland volgt.
2. De laboratoriumkosten in het kader van een MBV-behandeling kunnen slechts terugbetaald worden op voorwaarde dat de laboratoriumactiviteiten plaats vinden in een verplegingsinrichting die erkend is door de overheid van het land van behandeling. Een ziekenhuisfactuur kan beschouwd worden als een afdoende bewijs dat de laboratoriumactiviteiten plaats hebben gevonden in een verplegingsinrichting.
3. Deze pseudo-nomenclatuurnummers zullen in principe enkel gebruikt worden in de relatie tussen de verzekerde en haar verzekeringsinstelling voor de terugbetaling van in het buitenland verleende geneeskundige zorg krachtens artikel 294, §1, 13° of 14°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De uitgaven op basis van deze bepalingen dienen vermeld te worden in het document IV.11 (respectievelijk onder de boekhoudcodes 653 en 654).

Vervangt omzendbrief nr. 2019/175<sup>2</sup> - 392/82 - 80/118 van 29 mei 2019.



Omzendbrief V.I. nr. 2021/203 – 392/85 en 80/126 van 8 juli 2021.

### III. Hoedanigheid van regelmatig werknemer in het stelsel van de werknemers - Artikel 224 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996

Van toepassing vanaf 1 juli 2021.

#### I. Inleiding

Met toepassing van artikel 214, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 worden vanaf de eerste dag van de zevende maand van de periode van primaire arbeidsongeschiktheid, evenals tijdens het tijdvak van invaliditeit minimumuitkeringen gewaarborgd.

Om de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid te bepalen, wordt bovendien rekening gehouden met de periode van moederschapsbescherming die onmiddellijk voorafgaat aan de periode van arbeidsongeschiktheid, indien de periode van moederschapsbescherming een vorige periode van arbeidsongeschiktheid heeft geschorst. In geval van een korte onderbreking (zelfs één dag) tussen de periode van moederschapsbescherming en het aanvangen van het tijdvak van arbeidsongeschiktheid mag de periode van moederschapsbescherming dus niet worden meegerekend bij het bepalen van de termijn van zes maanden die wordt bedoeld in artikel 214, § 3 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, omdat dit tijdvak niet “onmiddellijk” voorafgaat aan de arbeidsongeschiktheid.

Voor de gerechtigde in arbeidsongeschiktheid mag het bedrag van de moederschapsuitkering bij moederschapsrust niet lager zijn dan het bedrag van de uitkering waarop zij aanspraak zou hebben gehad, indien zij niet met moederschapsrust was geweest (vgl. art. 113, vijfde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Rekening houdend met deze bepaling moet dus voor sommige arbeidsongeschikt erkende gerechtigden de op het gederfde loon berekende moederschapsuitkering worden verhoogd tot de minimumuitkering waarop zij aanspraak hadden kunnen maken als zij niet met moederschapsrust waren geweest.

Elke gerechtigde kan, afhankelijk van zijn precieze gezinssituatie, aanspraak maken op de minimumuitkering toegekend aan een ‘niet regelmatig werknemer’.

De gerechtigde die evenwel de verschillende voorwaarden bedoeld in artikel 224 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 vervult, kan, afhankelijk van zijn precieze gezinssituatie, aanspraak maken op de (hogere) minimumuitkering toegekend aan een ‘regelmatig werknemer’.

Met toepassing van artikel 213/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 kan de gerechtigde met gezinslast, die de verschillende voorwaarden van artikel 224 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 vervult, bovendien aanspraak maken op hogere minimumuitkeringen:

- voor de vijfde en zesde maand van primaire ongeschiktheid (vanaf 01.07.2021)
- voor de vierde, vijfde en zesde maand van primaire ongeschiktheid (vanaf 01.01.2022).

De minimumuitkering wordt echter niet gewaarborgd gedurende de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking met toekenning van een onderbrekingsuitkering als de gerechtigde zich al bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid in dat tijdvak van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking bevindt (in deze situatie wordt het gederfde loon vastgesteld overeenkomstig art. 35 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997). Zodra deze gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking verstreken is, kan de betrokkene, in voorkomend geval, aanspraak maken op de minimumuitkering.

Indien de gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking met toekenning van een onderbrekingsuitkering pas aanvat na het begin van de arbeidsongeschiktheid, kan de betrokkene, in voorkomend geval, aanspraak maken op de minimumuitkering waarop de verschilregel bedoeld in artikel 232 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 dient te worden toegepast.

De minimumuitkering wordt evenmin gewaarborgd tijdens de periode waarin de betrokkene met toepassing van artikel 242, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen cumuleert met een voordeel bedoeld in artikel 103 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Het ziekenfonds waakt erover dat de minimumuitkering wordt toegekend vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid. Indien het ziekenfonds, na een nieuw onderzoek van het uitkeringsdossier, zou vaststellen dat het ten onrechte voor een periode in het verleden geen minimumuitkering (in het bijzonder de minimumuitkering voor een regelmatig werknemer) heeft toegekend, regulariseert het dit dossier ook voor het verleden.

## II. Te vervullen voorwaarden om aanspraak te kunnen maken op de hoedanigheid van regelmatig werknemer

Om als regelmatig werknemer in de zin van artikel 93, zevende lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te worden beschouwd, moet de werknemer **cumulatief** aan de volgende voorwaarden bedoeld in artikel 224, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 beantwoorden:

- 1) de werknemer moet bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid sinds minstens zes maanden de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen hebben (vgl. hierna **2.1**);
- 2) de werknemer moet daarenboven 120 arbeidsdagen (of met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen) bewijzen. De seizoenarbeider, de arbeider bij tussenpozen of de deeltijdse werknemer, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, moet 400 arbeidsuren (of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren) aantonen (vgl. hierna **2.2**);
- 3) de werknemer moet gedurende het tijdvak dat aanvat vanaf de datum waarop hij gerechtigde is geworden en loopt tot daags vóór de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid, een aantal arbeidsdagen of hiermee gelijkgestelde dagen bewijzen van in totaal ten minste driekwart van het aantal werkdagen van dat tijdvak. De seizoenarbeider, de arbeider bij tussenpozen of de deeltijdse werknemer, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, moet gedurende dat referetijdvak een aantal arbeidsuren of hiermee gelijkgestelde uren aantonen dat overeenstemt met ten minste 28 arbeidsuren per week of, indien dit niet het geval zou zijn, een aantal arbeidsuren gelijk aan ten minste driekwart van het aantal arbeidsuren, gepresteerd door de maatpersoon (vgl. hierna **2.3**);
- 4) de werknemer dient voor het totale aantal werkdagen van het onder 3) omschreven referetijdvak een voldoende gemiddeld dagloon aan te tonen (vgl. hierna **2.4**).

Deze voorwaarden worden hierna nader toegelicht.

### 2.1. De werknemer moet bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid sinds minstens zes maanden de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen hebben

Die voorwaarde geldt voor *alle gevallen* en dus ook voor de gerechtigden die zijn vrijgesteld van wachttijd of die een verminderde wachttijd hebben genoten.

Het is niet vereist dat de hoedanigheid van gerechtigde op uitkeringen gedurende zes *ononderbroken* maanden wordt bewezen, noch dat die zes maanden onmiddellijk voorafgaan aan het begin van de periode van arbeidsongeschiktheid.

#### **Opmerkingen:**

- Toepassing van de wet van 20 juli 1991 houdende diverse en sociale bepalingen

Overeenkomstig artikel 10, § 1 van de wet van 20 juli 1991 houdende diverse en sociale bepalingen stort de werkgever bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) ten behoeve van de betrokken persoon ('ontslagen statutair') de door de werkgever en de werknemer verschuldigde bijdragen, berekend over een periode van twaalf maanden, om de belanghebbende recht te geven op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, sector uitkeringen, en op de moederschapsverzekering. Op grond van artikel 10, § 3 van de voormelde wet van 20 juli 1991 mag de duur van deze periode van bijdragebetaling in geen geval de duur overtreffen van de arbeidsverhouding van de ontslagen persoon.

Indien de betrokkene het bewijs levert dat hij binnen dertig dagen na het beëindigen van de arbeidsverhouding de hoedanigheid van gerechtigde als bedoeld in artikel 86, § 1, 1°, a) of c) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verwerft of ongeschikt is tot het verrichten van arbeid in de zin van de reglementering van de uitkeringsverzekering voor werknemers, wordt hij voor de duur van de prestaties tijdens de periode waarvoor de bijdragen zijn betaald, zonder onderbreking onderworpen aan de bepalingen van de 'RSZ-wet' van 27 juni 1969, met betrekking tot de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit (vgl. art. 9 van de voormelde wet van 20.07.1991).

Het tijdvak van onderwerping aan de 'RSZ-wet' van 27 juni 1969 moet worden beschouwd als een tijdvak van tewerkstelling dat in aanmerking genomen moet worden voor de verificatie van de hoedanigheid van regelmatig werknemer.

- Toepassing van de wet van 6 februari 2003 houdende sociale bepalingen voor militairen die terugkeren naar het burgerleven

De militairen die zijn teruggekeerd naar het burgerleven, kunnen genieten van de vrijstelling van wachttijd bedoeld in artikel 205, § 1, 1°, f) van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Overeenkomstig artikel 16, § 1 van de wet van 6 februari 2003 houdende sociale bepalingen voor militairen die terugkeren naar het burgerleven stort het Ministerie van Landsverdediging bovendien bij de Rijksdienst voor sociale zekerheid (RSZ) ten behoeve van de betrokken militair de door de werkgever en de werknemer verschuldigde bijdragen, berekend over een periode van twaalf maanden, om de belanghebbende recht te geven op de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, sector uitkeringen, en op de moederschapsverzekering.

Op grond van artikel 16, § 3 van de voormelde wet van 6 februari 2003 mag de duur van deze periode van bijdragebetaling in geen geval de duur overtreffen van de werkelijke dienstperiode van de ontslagen militair.

Indien de betrokkene het bewijs levert dat hij binnen dertig dagen na het beëindigen van de arbeidsverhouding de hoedanigheid van gerechtigde als bedoeld in artikel 86, § 1, 1°, a) of c) van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 verwerft of ongeschikt is tot het verrichten van arbeid in de zin van de reglementering van de uitkeringsverzekering voor werknemers, wordt hij voor de duur van zijn prestaties beschouwd zonder onderbreking onderworpen te zijn aan de bepalingen van de 'RSZ-wet' van 27 juni 1969, met betrekking tot de verplichte verzekering tegen ziekte en invaliditeit (vgl. art. 15 van de voormelde wet van 06.02.2003).

Het tijdvak van onderwerping aan de 'RSZ-wet' van 27 juni 1969 moet worden beschouwd als een tijdvak van tewerkstelling dat in aanmerking genomen moet worden voor de verificatie van de hoedanigheid van regelmatig werknemer.

- *Tijdvakken van verzekering in het buitenland*

Als een gerechtigde in het buitenland tijdvakken van verzekering heeft volbracht, moet de betrokkene worden geacht de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering te hebben gehad gedurende de met Belgische verzekeringstijdvakken gelijkgestelde tijdvakken van verzekering in het buitenland.

**2.2. De werknemer moet 120 arbeidsdagen (of met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen) bewijzen. De seizoenarbeider, de arbeider bij tussenpozen of de deeltijdse werknemer, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, moet echter 400 arbeidsuren (of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren) aantonen.**

Die voorwaarde geldt voor alle gevallen en dus ook voor de gerechtigden die zijn vrijgesteld van wachttijd of die een verminderde wachttijd hebben genoten.

Het is niet vereist dat de 120 arbeidsdagen of daarmee gelijkgestelde dagen worden bewezen binnen een ononderbroken tijdvak (dat tijdvak mag bovendien langer dan zes maanden duren), noch dat die dagen onmiddellijk voorafgaan aan het begin van de periode van arbeidsongeschiktheid.

Worden voor de toepassing van deze voorwaarde met arbeidsdagen gelijkgesteld (of, in voorkomend geval, met arbeidsuren gelijkgesteld):

1. de dagen inactiviteit die voortvloeien uit een arbeidsongeval of een beroepsziekte waarmee een arbeidsongeschiktheid gemoeid is, zoals deze is omschreven in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994;
2. de dagen waarover de gerechtigde uitkeringen wegens volledige arbeidsongeschiktheid geniet krachtens de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 of krachtens de op 3 juni 1970 gecoördineerde wetten betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten;
3. de dagen wettelijke vakantie;
4. de dagen aanvullende vakantie;
5. de dagen waarop de werkloze huishoudelijke arbeid verricht, door toedoen van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening, om een einde te maken aan zijn werkloosheid;
6. de dagen van staking;
7. de dagen lock-out;
8. de dagen waarop geen arbeid werd verricht en waarover de werkgever loon moet betalen (zoals de eerste drie dagen van het vaderschaps- of geboorteverlof, het adoptieverlof en het pleegouderverlof, de dagen gedekt door het gewaarborgd loon (met inbegrip van de tweede week "gewaarborgd loon" voor een arbeider), een dag van betaald educatief verlof of Vlaams Opleidingsverlof (VOV), ...);
9. de dagen inhaalrust;
10. de dagen afwezigheid zonder behoud van loon ingevolge profylactisch verlof;
11. de dagen volledige werkverwijdering als maatregel van moederschapsbescherming;

12. de dagen functie van rechter in sociale zaken;

13. de dagen gedurende welke het lid van het onderwijzend personeel of ermee gelijkgesteld, die tijdelijk aangeworven is, geacht wordt niet van zijn wedde verstoken te zijn daar zijn maandwedde gelijk was aan het tiende van de jaarwedde die hem zou toegekend zijn indien hij vast aangeworven was;

14. de dagen verlof om dwingende redenen zonder behoud van loon. De gelijkstelling blijft evenwel beperkt tot maximaal tien dagen per jaar, ongeacht of zij nu ineens dan wel met gedeelten worden toegekend;

15. de vakantiedagen en wettelijke feestdagen van de onthaalouders zonder opvang van kinderen, bedoeld in artikel 27bis, § 3, tweede lid, van het koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders;

16. de dagen verlof voor pleegzorgen, bedoeld in artikel 30quater van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten;

17. de dagen gedekt door de ontslagcompensatievergoeding bedoeld in artikel 7, § 1, derde lid, zf), van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders.

**Opmerking:** de dagen van gecontroleerde werkloosheid (vgl. art. 203, vierde lid, 4. van het K.B. van 03.07.1996) worden in dit kader niet met arbeidsdagen gelijkgesteld!

Het is mogelijk dat de (recente) verzekerbaarheidsgegevens waarover het ziekenfonds beschikt, onvoldoende zijn om deze voorwaarde na te gaan (onvoldoende elementen beschikbaar in het netwerk van de sociale zekerheid die het ziekenfonds kan raadplegen). In dat geval vraagt het ziekenfonds voor de verificatie van deze voorwaarde een loopbaanoverzicht bij SIGEDIS op.

**2.3. De werknemer moet gedurende het tijdvak dat aanvat vanaf de datum waarop hij gerechtigd is geworden en loopt tot daags vóór de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid, een aantal arbeidsdagen of hiermee gelijkgestelde dagen bewijzen van in totaal ten minste driekwart van het aantal werkdagen van dat tijdvak.**

De seizoenarbeider, de arbeider bij tussenpozen of de deeltijdse werknemer, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, moet gedurende dat refertetijdvak een aantal arbeidsuren of hiermee gelijkgestelde uren aantonen dat overeenstemt met ten minste 28 arbeidsuren per week of, indien dit niet het geval zou zijn, een aantal arbeidsuren gelijk aan ten minste driekwart van het aantal arbeidsuren, gepresteerd door de maatpersoon.

Indien de werknemer de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde heeft sedert de eerste januari van het kalenderjaar vóór dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wordt het refertetijdvak evenwel beperkt tot dat kalenderjaar.

**Voorbeeld:**

Een werknemer werkt bij een werkgever A vanaf 1 maart 2017 tot en met 30 juni 2020. Vanaf 1 juli 2020 werkt hij bij een werkgever B. Op 1 april 2021 wordt hij arbeidsongeschikt erkend. Vermits de betrokkene de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde heeft sedert de eerste januari van het kalenderjaar vóór dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wordt het refertetijdvak beperkt tot het kalenderjaar 2020.

Wanneer de werknemer de in artikel 86, § 1, 1° of 2°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde hoedanigheid van gerechtigde verliest gedurende een periode van minder dan drie maanden, onderbreekt die periode het refertetijdvak niet.

 Voorbeelden:

- a)** Een werknemer werkt bij een werkgever A vanaf 1 maart 2019 tot en met 30 juni 2020 (contract van bepaalde duur). Gedurende de periode vanaf 1 juli 2020 tot en met 31 juli 2020 ontvangt hij een leefloon omdat hij geen aanspraak kan maken op werkloosheidsuitkeringen. Vanaf 1 augustus 2020 werkt hij bij een werkgever B. Op 1 april 2021 wordt hij arbeidsongeschikt erkend.

Vermits de betrokkene de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde heeft sedert de eerste januari van het kalenderjaar vóór dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wordt het refertetijdvak beperkt tot het kalenderjaar 2020. Het tijdvak van verlies van de hoedanigheid van gerechtigde vormt een periode van minder dan drie maanden waardoor het refertetijdvak niet wordt onderbroken.

- b)** Een werknemer werkt bij een werkgever A vanaf 1 maart 2019 tot en met 30 juni 2020 (contract van bepaalde duur). Gedurende de periode vanaf 1 juli 2020 tot en met 31 oktober 2020 ontvangt hij een leefloon omdat hij geen aanspraak kan maken op werkloosheidsuitkeringen. Vanaf 1 november 2020 werkt hij bij een werkgever B. Op 1 april 2021 wordt hij arbeidsongeschikt erkend.

Vermits de betrokkene de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde heeft sedert de eerste januari van het kalenderjaar vóór dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wordt het refertetijdvak principieel beperkt tot het kalenderjaar 2020. Het tijdvak van verlies van de hoedanigheid van gerechtigde vormt echter een periode van vier maanden waardoor het refertetijdvak wordt onderbroken. Bijgevolg moet als refertetijdvak in het kader van het onderzoek van de hoedanigheid van regelmatig werknemer de periode vanaf 1 november 2020 tot en met 31 maart 2021 in aanmerking worden genomen.

#### TOELICHTING OVER HET BEGRIP ARBEIDSDAGEN EN DE MET AAN ARBEIDSDAGEN GELIJKGESTELDE DAGEN

Onder arbeidsdagen wordt verstaan de dagen normale werkelijke arbeid en meerprestaties zonder inhaalrust (vgl. art. 207/2 van het K.B. van 03.07.1996).

De met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen zijn:

- de dagen waarop de werknemster het werk heeft onderbroken of niet heeft hervat om te rusten ten vroegste vanaf de vijfde zwangerschapsmaand (vgl. art. 86, § 1, 1°, b) van de gecoördineerde wet van 14.07.1994)
- de dagen van arbeidsongeschiktheid en moederschapsbescherming in aanmerking genomen door de uitkerings- en moederschapsverzekering (artn. 100, 114 en 114bis van de voormelde gecoördineerde wet)
- de met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen voor de toepassing van de wachttijd bedoeld in artikel 128 van de voormelde gecoördineerde wet die in artikel 203, vierde lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 zijn vermeld.

Het gaat dus meer concreet om:

1. de dagen inactiviteit die voortvloeien uit een arbeidsongeval of een beroepsziekte waarmee een arbeidsongeschiktheid gemoeid is, zoals deze is omschreven in artikel 100 van de voormelde gecoördineerde wet;
2. de dagen waarover de gerechtigde uitkeringen wegens volledige arbeidsongeschiktheid geniet krachtens de arbeidsongevallenwet van 10 april 1971 of krachtens de op 3 juni 1970 gecoördineerde wetten betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten;
3. de dagen wettelijke vakantie;
4. de dagen aanvullende vakantie;

5. de dagen gecontroleerde werkloosheid;
  6. de dagen waarop de werkloze huishoudelijke arbeid verricht, door toedoen van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening, om een einde te maken aan zijn werkloosheid;
  7. de dagen van staking;
  8. de dagen lock-out;
  9. de dagen waarop geen arbeid werd verricht en waarover de werkgever loon moet betalen (zoals de eerste drie dagen van het vaderschaps- of geboorteverlof, het adoptieverlof en het pleegouderverlof, de dagen gedekt door het gewaarborgd loon (met inbegrip van de tweede week "gewaarborgd loon" voor een arbeider), een dag van betaald educatief verlof of Vlaams Opleidingsverlof (VOV), ...);
  10. de dagen inhaalrust;
  11. de dagen afwezigheid zonder behoud van loon ingevolge profylactisch verlof;
  12. de dagen volledige werkverwijdering als maatregel van moederschapsbescherming;
  13. de dagen functie van rechter in sociale zaken;
  14. de dagen gedurende welke het lid van het onderwijzend personeel of ermee gelijkgesteld, die tijdelijk aangeworven is, geacht wordt niet van zijn wedde verstoken te zijn daar zijn maandwedde gelijk was aan het tiende van de jaarwedde die hem zou toegekend zijn indien hij vast aangeworven was;
  15. de dagen verlof om dwingende redenen zonder behoud van loon. De gelijkstelling blijft evenwel beperkt tot maximaal tien dagen per jaar, ongeacht of zij nu ineens dan wel met gedeelten worden toegekend;
  16. de vakantiedagen en wettelijke feestdagen van de onthaalouders zonder opvang van kinderen, bedoeld in artikel 27bis, § 3, tweede lid, van het koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders;
  17. de dagen verlof voor pleegzorgen, bedoeld in artikel 30quater van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten;
  18. de dagen gedekt door de ontslagcompensatievergoeding bedoeld in artikel 7, § 1, derde lid, z), van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders.
- de dagen gedekt door een uitkering toegekend tijdens het vaderschaps- of geboorteverlof, het adoptieverlof of het pleegouderverlof (artn. 223bis, 223ter en 223quinquies van het K.B. van 03.07.1996)
  - de dagen van afwezigheid om cursussen van sociale promotie te volgen (art. 4 van de wet van 01.07.1963 houdende toekenning van een vergoeding voor sociale promotie).

Het aantal arbeidsdagen en met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen van de weerhouden refer-teperiode wordt bepaald op grond van de formule  $A / B \times C$  waarin:

- A = het aantal dagen van de referteperiode
- B = het aantal dagen tewerkstelling voorzien in de vaste arbeidsregeling of, indien het geen vast aantal dagen per week betreft, het maximaal aantal dagen tewerkstelling van de maatpersoon voor het beschouwde tijdvak
- C = het maximaal aantal in aanmerking te nemen dagen voor een tewerkstelling in een zesda-genweek voor de referteperiode.

Indien het bekomen resultaat een breuk bevat, dan wordt het resultaat naar de hogere eenheid afgerond.

#### TOELICHTING OVER HET BEGRIP WERKDAGEN

Onder werkdagen worden alle dagen van het jaar verstaan, behalve de zondagen. Als de referteperiode tot een kalenderjaar wordt beperkt, wordt dit als een tijdvak beschouwd dat 312 werkdagen omvat.

### IN AANMERKING NEMEN VAN DE PERIODES VAN INACTIVITEIT BIJ DE SEIZOENARBEIDERS, DE ARBEIDERS BIJ TUSSENPOZEN EN DE DEELTIJDS WERKNEMERS

Voor de seizoenarbeider, de arbeider bij tussenpozen of de deeltijds werknemer, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, worden de periodes van inactiviteit die met arbeidsdagen zijn gelijkgesteld, voor zover ze samenvallen met periodes tijdens welke de betrokken werknemers normaal wel zouden hebben gewerkt, in aanmerking genomen voor het aantal arbeidsuren dat ze tijdens die periodes zouden hebben gepresteerd. Deze regel geldt bijvoorbeeld bij de periodes gedekt door een verbrekingsvergoeding, de tijdvakken van jaarlijkse vakantie en de periodes van gecontroleerde werkloosheid vergoed op grond van een deeltijdse activiteit (toekenning van een bepaald aantal halve werkloosheidsuitkeringen per week op grond van het deeltijdse arbeidsvolume (factor Q) zoals in aanmerking genomen door de sector werkloosheid, meer bepaald

factor Q van de deeltijdse activiteit x aantal dagen werkloosheid).  
6 dagen

**Opmerking:** indien de betrokkene echter werkloosheidsuitkeringen als voltijds werknemer ontvangt (toekenning van zes volledige uitkeringen per week), dient er rekening te worden gehouden met de volgende omzettingsregel om het aantal arbeidsuren te bepalen dat hij gedurende deze periode zou hebben gepresteerd:

38 uur x aantal dagen werkloosheid  
6 dagen

De precieze hoedanigheid van de werknemer bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid is hierbij niet van belang. Als de betrokkene tijdens de referteperiode zowel voltijds als deeltijds zou hebben gewerkt, kunnen de arbeidsdagen (of met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen) in arbeidsuren (of met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren) worden omgezet om na te gaan of aan de voorwaarde van het aan te tonen arbeidsvolume, uitgedrukt in uren, gedurende deze referteperiode is voldaan.

### SPECIFIEKE SITUATIE: DEELTIJDS WERKNEMER MET BEHOUD VAN RECHTEN TIJDENS HET REFERTETIJDVAK

Voor de deeltijds werknemer met behoud van rechten kan deze voorwaarde op twee verschillende manieren worden gecontroleerd waarbij de meest gunstige optie moet worden weerhouden (vgl. ook hierna punt 2.4 inzake de koppeling met het bewijzen van het voldoende gemiddeld dagloon):

- hetzij het in aanmerking nemen van de arbeidsuren van het deeltijdse werk in het refertetijdvak
- hetzij rekening houden met het gegeven dat de periode waarin de betrokkene een deeltijds werknemer met behoud van rechten is, gekwalificeerd wordt als een tijdvak van gecontroleerde werkloosheid (6 dagen van gecontroleerde werkloosheid of 38 uur van gecontroleerde werkloosheid per week).

### 2.4. De werknemer dient voor het totale aantal werkdagen van het weerhouden refertetijdvak een voldoende gemiddeld dagloon aan te tonen

Het vereiste aan te tonen gemiddeld dagloon hangt af van de leeftijd van de werknemer:

- 21,42 EUR als hij 21 jaar of ouder is
- 16,06 EUR als hij 18 tot 20 jaar is
- 10,71 EUR als hij jonger dan 18 jaar is.

De voormelde bedragen van het gemiddeld dagloon worden ieder jaar in de loop van de maand december geherwaardeerd met een percentage dat gelijk is aan de verhouding tussen het op 1 januari van het lopende jaar geldende minimumbedrag van de uitkering voor een regelmatig werknemer met personen ten laste en hetzelfde bedrag op 1 januari van het vorige jaar. De geherwaardeerde bedragen worden telkens in aanmerking genomen vanaf de eerste januari na die herwaardering (art. 224, § 3 van het K.B. van 03.07.1996).

De Dienst publiceert elk jaar via een afzonderlijke omzendbrief ter attentie van de verzekeringsinstellingen de toepasselijke geherwaardeerde bedragen.

Het refertebedrag dat het gemiddeld dagloon moet bereiken over het totale aantal werkdagen van het toepasselijke refertetijdvak, is het bedrag dat van toepassing is op de datum waarop de hoedanigheid van regelmatig werknemer voor de eerste keer (voor de toepassing van art. 213/1 of de toepassing van art. 214 van het K.B. van 03.07.1996) wordt geverifieerd in het kader van de toekenning van de minimumuitkering (uiterlijk op de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid).

Er is niet voorzien in een apart bedrag voor de gerechtigden die in een beschutte werkplaats ('maat-werkbedrijf') zijn tewerkgesteld.

Voor het vaststellen van het gemiddelde dagloon dat moet worden bereikt, dient rekening te worden gehouden met de leeftijd van de verzekerde bij de aanvang van het refertetijdvak.

De werknemers wier bijdragen krachtens de wetgeving betreffende de sociale zekerheid op forfaitaire loonbedragen worden berekend, worden geacht het vereiste gemiddeld dagloon te bereiken.

**Opmerking:** deze regel geldt niet voor de onthaalouder bedoeld in artikel 3, 9°, van het koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders. Het fictieve loon dat voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen van deze onthaalouder in aanmerking wordt genomen, wordt immers bepaald op grond van de werkelijk verrichte opvangprestaties (en de met opvangprestaties gelijkgestelde tijdvakken).

**Voorbeeld:**

Een gerechtigde is geboren op 25 oktober 1997 en hij vat op 1 augustus 2017 een werkzaamheid als loontrekkende aan. Hij wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 augustus 2021. Op 1 december 2021 (= eerste dag van de vijfde maand van primaire ongeschiktheid – betrokkene is gerechtigde met gezinslast) verifieert het ziekenfonds of de betrokkene aan de voorwaarden voldoet om als regelmatig werknemer te kunnen worden beschouwd.

- *Bepaling van het refertetijdvak:*

Het toepasselijke refertetijdvak is het kalenderjaar 2020. De betrokkene heeft immers de hoedanigheid van uitkeringsgerechtigde sedert de eerste januari van het kalenderjaar vóór dat waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen (het refertetijdvak wordt dan beperkt tot dat kalenderjaar).

- *Bepaling van het te bewijzen gemiddeld dagloon:*

Betrokkene is 22 jaar bij de aanvang van het weerhouden refertetijdvak.

Het te bewijzen bedrag is het bedrag van toepassing op de eerste dag van de vijfde maand van arbeidsongeschiktheid (01.12.2021), meer bepaald 65,2457 EUR voor de gerechtigden vanaf 21 jaar (vgl. de omz. V.I. nr. 2020/255 van 03.11.2020 (rubriek 424/51)).

Een nieuwe verificatie van het voldoende gemiddeld dagloon voor de periode vanaf de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid (toepassing van art. 214 van het K.B. van 03.07.1996) is niet nodig.

### VASTSTELLING VAN HET GEMIDDELD DAGLOON

Om het gemiddeld dagloon voor het toepasselijke refertetijdvak vast te stellen, dient rekening te worden gehouden met de vergoedingen vermeld onder de volgende DmfA-bezoldigingscodes:

Bezoldigingscode	Omschrijving
1	Alle bedragen die steeds als loon worden beschouwd, met uitzondering van de vergoedingen die onder een andere code worden vermeld
3	Vergoedingen betaald aan de werknemer in geval van beëindiging van de arbeidsovereenkomst die worden uitgedrukt in arbeidstijd
4	Vergoedingen betaald aan de werknemer in geval van beëindiging van de arbeidsovereenkomst die niet worden uitgedrukt in arbeidstijd
5	Premies die de werknemer ontvangt omdat hij, in het raam van maatregelen tot herverdeling van de arbeid, zijn arbeidsprestaties heeft beperkt
6	Vergoedingen voor uren die geen arbeidstijd zijn in de zin van de arbeidswet van 16 maart 1971, toegekend ingevolge een CAO gesloten in de schoot van een paritair orgaan vóór 1 januari 1994 en algemeen verbindend verklaard bij koninklijk besluit
12	Gedeelte van het enkel vakantiegeld dat overeenstemt met het normale loon voor de vakantiedagen en dat vervroegd werd uitbetaald door de vorige werkgever en dat niet onderhevig is aan bijdragen
13	Vergoedingen voor niet te recupereren overuren die vrijgesteld zijn van socialezekerheidsbijdragen
22	Flexiloon
29	Saldo van het mobiliteitsbudget uitbetaald in geld en dat overeenstemt met de 3de pijler

Voor **de met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen** wordt een fictief loon toegepast, gelijk aan het gederfde loon (bedoeld in art. 87 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) dat als basis heeft gediend voor de berekening van de arbeidsongeschiktheidsuitkering.

Voor de seizoenarbeiders, de arbeiders met tussenpozen en de deeltijdse werknemers, zoals omschreven in artikel 202 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, wordt voor de met aan arbeidsuren gelijkgestelde uren een fictief loon toegepast, dat eveneens wordt bepaald op basis van het gederfde loon dat in aanmerking genomen wordt voor het berekenen van de uitkering.

Het fictieve loon dient dus in het bijzonder te worden toegepast op *de dagen arbeidsongeschiktheid* die zijn erkend in het kader van de uitkeringsverzekering, met inbegrip van de dagen van inactiviteit die voortvloeien uit een arbeidsongeval of een beroepsziekte die een arbeidsongeschiktheid in de zin van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 tot gevolg hebben.

Indien de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde met de toelating van de adviserend arts het werk heeft hervat (vgl. art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), wordt rekening gehouden met:

- hetzij het gederfd loon bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid
  - hetzij het deeltijds loon uit de toegelaten activiteit indien dit hoger zou zijn.
- Dubbeltelling van de lonen is echter verboden!

### ! Opmerkingen:

- als de gerechtigde wegens een arbeidsongeval een tijdelijke gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid heeft die niet is erkend in het kader van de toepassing van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en hij gedeeltelijk het werk hervat, dient het gemiddeld dagloon te worden vastgesteld door het brutobedrag van de uitkering die hem door de wetsverzekeraar verschuldigd is samen te tellen met het loon dat hij sedert zijn arbeidshervatting verdient. Als daarentegen een gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid die niet is erkend in de zin van artikel 100 van de voormelde gecoördineerde wet blijvend is geworden en de betrokkene de arbeid heeft hervat, dient enkel het loon dat hij ontvangt in aanmerking te worden genomen voor het vaststellen van het gemiddeld dagloon

- indien de betrokkene zich bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid in een periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking bevond, dient voor het fictief loon rekening te worden gehouden met het 'voltijdse' gemiddelde dagloon waarop de betrokkene aanspraak had kunnen maken indien hij zich niet in gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking had bevonden (vgl. art. 35 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

De vraag of de betrokkene de hoedanigheid van regelmatig werknemer heeft, rijst immers pas bij het verstrijken van het tijdvak van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking.

- voor de deeltijds werknemer met behoud van rechten kan de voorwaarde inzake het voldoende gemiddelde dagloon op twee verschillende manieren worden gecontroleerd. De meest gunstige optie moet worden weerhouden (vgl. ook hierboven punt 2.3 inzake de koppeling met het bewijzen van een voldoende 'arbeidsvolume' tijdens het refertetijdvak):

- hetzij het in aanmerking nemen van de bezoldiging die voortvloeit uit het verrichte deeltijdse werk in het refertetijdvak

- hetzij rekening houden met het gegeven dat de periode waarin de betrokkene een deeltijds werknemer met behoud van rechten is, gekwalificeerd wordt als een tijdvak van gecontroleerde werkloosheid en bijgevolg een fictief loon op deze gelijkgestelde dagen toepassen.

Indien de betrokkene bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid een deeltijds werknemer met behoud van rechten is die recht heeft op een inkomensgarantie-uitkering, wordt het gederfde loon bepaald op grond van artikel 42, § 1 van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997.

Principieel dient dus als fictief loon het gederfde loon in aanmerking te worden genomen dat is vastgesteld op een component 'tewerkstelling' en een component 'werkloosheid', tenzij toepassing wordt gemaakt van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42, § 1, tweede lid van de voormelde verordening waardoor het gederfde loon bedoeld in artikel 30 van de voormelde verordening wordt weerhouden.

Deze garantiemaatregel geldt slechts na het verstrijken van de maatregel van alignering/beperking zodat zij slechts vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid – op het ogenblik van de verificatie van de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 214 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 – van toepassing is.

Het gederfde loon bedoeld in artikel 30 van de voormelde verordening wordt dus niet in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 213/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren, maar wordt, indien nodig, in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 214 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren.

*In geval van de toepassing van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42, § 1, tweede lid van de voormelde verordening, is een bijkomende verificatie, in voorkomend geval, bijgevolg noodzakelijk vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid.*

Dezelfde redenering is van toepassing op de vrijwillig deeltijds werknemer die een inkomensgarantie-uitkering geniet overeenkomstig de bepalingen van artikel 104, § 1bis, van het koninklijk besluit van 25 november 1991 (vaststelling van het gederfde loon op grond van art. 42ter van de voormelde verordening).

*In geval van de toepassing van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42ter, tweede lid van de voormelde verordening, is een bijkomende verificatie, in voorkomend geval, noodzakelijk vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid.* Het gederfde loon bedoeld in artikel 30 van de voormelde verordening wordt immers niet in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens artikel 213/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren, maar wordt, indien noodzakelijk, in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 214 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren.

Een gelijkaardige redenering geldt ook voor de deeltijds werknemer met behoud van rechten die geen aanspraak kan maken op een inkomensgarantie-uitkering (vaststelling van het gederfde loon op grond van art. 42, § 2 van de voormelde verordening).

Als fictief loon geldt het gederfde loon dat enkel is vastgesteld op de component 'tewerkstelling', tenzij toepassing wordt gemaakt van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42, § 2, tweede lid van de voormelde verordening waardoor het gederfde loon bedoeld in artikel 30 van de voormelde verordening wordt weerhouden vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid - op het ogenblik van de verificatie van de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 214 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

*In geval van de toepassing van de garantiemaatregel bedoeld in artikel 42, § 2, tweede lid van de voormelde verordening, is een bijkomende verificatie bijgevolg, in voorkomend geval, noodzakelijk vanaf de eerste dag van de zevende maand van arbeidsongeschiktheid.* Het gederfde loon bedoeld in artikel 30 van de voormelde verordening wordt immers niet in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens artikel 213/1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren, maar wordt, indien noodzakelijk, in aanmerking genomen om de hoedanigheid van regelmatig werknemer krachtens de bepalingen van artikel 214 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 te verifiëren.

- Wanneer eenzelfde dag inactiviteit met een arbeidsdag kan worden gelijkgesteld krachtens verschillende wettelijke of reglementaire bepalingen, mag ten aanzien van die dag niet verscheidene malen een fictief loon worden toegepast; die dag mag maar voor één dag meetellen bij de berekening van het aantal arbeidsdagen.

Sommige in artikel 203 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 met aan arbeidsdagen gelijkgestelde dagen van inactiviteit worden bovendien als arbeidsdagen beschouwd door de reglementering inzake de sociale zekerheid en het loon dat daarop betrekking heeft, wordt in de DmfA aangegeven (dagen waarop geen arbeid is verricht en waarover de werkgever loon moet betalen, dagen van inhaalrust). In dit geval dient geen enkel fictief loon te worden toegepast.

### III. De geneutraliseerde tijdvakken

Voor de bepaling van het toepasselijke refertetijdvak worden op grond van artikel 224, § 2, eerste lid van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 de volgende tijdvakken geneutraliseerd:

- het tijdvak van het vervullen van militieverplichtingen
- het tijdvak van voortgezette verzekering bedoeld in artikel 247 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996
- het tijdvak waarin de werknemer een uitkering heeft ontvangen voor de volledige onderbreking van zijn beroepsloopbaan
- de tijdvakken waarin de gerechtigde de arbeid heeft onderbroken om zich aan de opvoeding van zijn kind te wijden onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 205, § 5 of 205/1, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Het tijdvak waarin de werknemer een uitkering ontvangt voor de gedeeltelijke onderbreking van zijn beroepsloopbaan, wordt geneutraliseerd *bij het verstrijken van het tijdvak waarvoor de gerechtigde de voornoemde uitkering ontvangt.* Die neutralisatie is slechts van toepassing als de overeengekomen vermindering van de prestaties het tijdvak waarvoor de gerechtigde de voornoemde uitkering ontvangt, niet overschrijdt (art. 224, § 2, tweede en derde lid van het K.B. van 03.07.1996).

In die gevallen dienen de verzekeringstijdvakken die aan de geneutraliseerde periode vooraf zijn gegaan of daarop zijn gevolgd, te worden samengeteld om het refertetijdvak te bepalen.

#### > Voorbeelden:

- Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Gedurende de periode vanaf 1 februari 2018 tot en met 30 april 2018 is hij met verlof zonder wedde. Voor deze drie maanden betaalt hij de bijdragen voor de voortgezette verzekering met toepassing van artikel 247, § 1, 5° van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. Hij wordt op 15 maart 2019 arbeidsongeschikt erkend. De referteperiode in het kader van de verificatie van de voorwaarden voor de hoedanigheid van regelmatig werknemer is principieel het kalenderjaar 2018. Gelet op de neutralisatie van de periode van voortgezette verzekering loopt het refertetijdvak vanaf 1 oktober 2017 tot en met 31 januari 2018 en vanaf 1 mei 2018 tot en met 31 december 2018.
- Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Gedurende de periode vanaf 10 november 2016 tot en met 4 november 2018 bevindt hij zich in een tijdvak van vrijheidsberoving waarvoor hij de bijdragen voor de voortgezette verzekering heeft betaald (toepassing van art. 247, § 1, 7° van het K.B. van 03.07.1996). Hij wordt op 15 maart 2019 arbeidsongeschikt erkend. Gelet op de neutralisatie van de periode van voortgezette verzekering loopt het refertetijdvak vanaf 7 januari 2016 tot en met 9 november 2016 (308 dagen) en vanaf 5 november 2018 tot en met 31 december 2018 (57 dagen).
- Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Gedurende de periode vanaf 1 januari 2018 tot en met 31 december 2018 bevindt hij zich in een periode van volledige beroepsloopbaanonderbreking met toekenning van een uitkering van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA). Hij wordt op 15 maart 2019 arbeidsongeschikt erkend. De referteperiode in het kader van de verificatie van de voorwaarden voor de hoedanigheid van regelmatig werknemer is principieel het kalenderjaar 2018. Gelet op de neutralisatie van de periode van volledige beroepsloopbaanonderbreking loopt het refertetijdvak vanaf 1 januari 2017 tot en met 31 december 2017.
- Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Hij is met gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking met toekenning van een uitkering van de RVA vanaf 1 januari 2016. Hij wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 15 maart 2019. Deze periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking loopt nog steeds op de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid (15.09.2019). Vermits de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking slechts wordt geneutraliseerd bij het verstrijken van het tijdvak waarvoor de betrokkene de onderbrekingsuitkering ontvangt, kan hij geen aanspraak op de minimumuitkering als regelmatig werknemer.
- Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Hij is met gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking vanaf 1 april 2016 tot en met 30 juni 2018 met toekenning van een uitkering van de RVA. Hij wordt arbeidsongeschikt erkend vanaf 15 oktober 2018. Op 15 april 2019 moet worden geverifieerd of de betrokkene de hoedanigheid van regelmatig werknemer heeft. De volledige periode vanaf 1 april 2016 tot en met 30 juni 2018 moet worden geneutraliseerd. De referteperiode omvat dus het tijdvak van twaalf maanden dat zich vóór 1 april 2016 bevindt, en betreft dus de periode vanaf 1 april 2015 tot en met 31 maart 2016.

Het bedrag dat de gerechtigde moet bewijzen als gemiddeld dagloon over de verzekeringstijdvakken vóór en na het geneutraliseerde tijdvak, is het bedrag dat van toepassing is op de datum waarop de hoedanigheid van regelmatig werknemer voor de eerste keer (voor de toepassing van art. 213/1 of de toepassing van art. 214 van het K.B. van 03.07.1996) wordt geverifieerd in het kader van de toekenning van de minimumuitkering (uiterlijk op de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid).

Voor sommige gerechtigden zou het echter moeilijk kunnen zijn om een voldoende hoog gemiddeld dagloon te bewijzen als het refertetijdvak geheel of gedeeltelijk betrekking heeft op een periode die zich bevindt verschillende jaren vóór de datum waarop de hoedanigheid van regelmatig werknemer voor de eerste keer wordt geverifieerd.

In geval van een geneutraliseerd tijdvak van zes maanden of meer geldt als minimum aan te tonen gemiddeld dagloon het bedrag vastgesteld voor het jaar na dat waarin het geneutraliseerde tijdvak een aanvang heeft genomen (vgl. art. 224, § 3, derde lid van het K.B. van 03.07.1996).

Als het refertetijdvak zich dus gedeeltelijk vóór en gedeeltelijk na een geneutraliseerd tijdvak van ten minste zes maanden uitstrekt, geldt dus voor elk gedeelte van het refertetijdvak een verschillend bedrag waaraan het desbetreffende gemiddelde dagloon ten minste gelijk moet zijn:

- wat de verzekeringstijdvakken vóór de geneutraliseerde periode betreft, is dat het refertebedrag vastgesteld voor het jaar na dat waarin het geneutraliseerde tijdvak een aanvang heeft genomen
- wat de verzekeringstijdvakken na de geneutraliseerde periode betreft, gaat het om het refertebedrag dat is vastgesteld op de datum waarop de hoedanigheid van regelmatig werknemer voor de eerste keer (voor de toepassing van art. 213/1 of de toepassing van art. 214 van het K.B. van 03.07.1996) wordt geverifieerd in het kader van de toekenning van de minimumuitkering (uiterlijk op de eerste dag van de zevende maand van primaire ongeschiktheid).

#### > Voorbeeld:

Een werknemer werkt bij een werkgever sinds 1 maart 2014. Gedurende de periode vanaf 1 januari 2020 tot en met 30 juni 2020 bevindt hij zich in een tijdvak van volledige beroepsloopbaanonderbreking.

Hij wordt op 15 oktober 2021 arbeidsongeschikt erkend.

De referteperiode in het kader van de verificatie van de voorwaarden voor de hoedanigheid van regelmatig werknemer is principieel het kalenderjaar 2020. Gelet op de neutralisatie van de periode van volledige beroepsloopbaanonderbreking loopt het refertetijdvak vanaf 1 juli 2019 tot en met 31 december 2019 en vanaf 1 juli 2020 tot en met 31 december 2020.

Het aan te tonen gemiddeld dagloon wordt in deze situatie vastgesteld:

- in functie van de datum waarop de hoedanigheid van regelmatig werknemer voor de eerste keer (voor de toepassing van art. 213/1 of de toepassing van art. 214 van het K.B. van 03.07.1996) wordt geverifieerd voor de periode vanaf 1 juli 2020 tot en met 31 december 2020 (bedrag van toepassing vanaf 01.01.2022)
- in functie van de aanvang van de geneutraliseerde periode voor de periode vanaf 1 juli 2019 tot en met 31 december 2019 (bedrag van toepassing vanaf 01.01.2021).

## IV. Behoud van de hoedanigheid van regelmatig werknemer

De gerechtigde die voldeed aan de voorwaarden voor het verkrijgen van de hoedanigheid van regelmatig werknemer, behoudt die hoedanigheid als hij opnieuw arbeidsongeschikt wordt binnen twaalf maanden na het einde van het tijdvak van arbeidsongeschiktheid waarover hem de hoedanigheid van regelmatig werknemer was verleend (vgl. art. 224, § 4, van het K.B. van 03.07.1996).

Of het nu tijdens de vorige periode van arbeidsongeschiktheid of tijdens de daaropvolgende periode van arbeidsongeschiktheid is, deze garantiemaatregel is van toepassing ongeacht de datum vanaf wanneer de hoedanigheid van regelmatig werknemer wordt erkend.

## V. Voorwaarde tot toekenning van het minimumbedrag van de uitkering aan de gerechtigde die de hoedanigheid van regelmatig werknemer heeft

Het minimumbedrag van de uitkering toegekend aan de regelmatige werknemers wordt slechts betaald op de datum waarop de gerechtigde, *die geen persoon ten laste heeft*, de leeftijd van 21 jaar bereikt (vgl. art. 214, § 1, van het K.B. van 03.07.1996).

De gerechtigde kan vóór het bereiken van de leeftijd van 21 jaar, evenwel aanspraak maken op het minimumbedrag van de uitkering betaald aan de niet regelmatig werknemers.

## VI. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2021.

## VII. Opheffing

De omzendbrief V.I. nr. 2019/312 - 424/50 van 29 november 2019 wordt opgeheven.

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/208 – 424/52 van 16 juli 2021.



## IV. Het verrichten van verenigingswerk overeenkomstig de bepalingen van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk - Gevolgen voor de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen

Het Grondwettelijk Hof heeft in het arrest nr. 53/2020 van 23 april 2020 de regels op het bijklussen (vgl. de wet van 18.07.2018 betreffende de economische relance en de versterking van de sociale cohesie) vernietigd. Hierdoor is het sinds 1 januari 2021 niet meer mogelijk om volgens de regels van de voormelde wet van 18 juli 2018 activiteiten te verrichten voor verenigingen of diensten van burger aan burger.

De Kamer van Volksvertegenwoordigers heeft in dit kader een nieuwe wet aangenomen met een aangepaste regeling voor het verenigingswerk in 2021. Het gaat om een tijdelijke oplossing voor één jaar.

In het Belgisch Staatsblad van 31 december 2020 is de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk gepubliceerd. Zij is op 1 januari 2021 in werking getreden en treedt buiten werking op 31 december 2021.

In het Belgisch Staatsblad van 23 juli 2021 is de wet van 20 juli 2021 houdende uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk gepubliceerd. Zij is op 8 mei 2021 in werking getreden.

Deze omzendbrief heeft tot doel om het reglementaire kader dat het verenigingswerk in 2021 regelt, evenals de eventuele mogelijkheden voor een werknemer en een zelfstandige om een dergelijke activiteit tijdens een periode van arbeidsongeschiktheid te verrichten, toe te lichten.

### 1. Algemene bepalingen

#### 1.1. Omschrijving

Het **verenigingswerk** betreft elke activiteit<sup>1</sup>:

- a) die binnen de grenzen bepaald in deze wet, in beginsel tegen vergoeding wordt verricht;
- b) die verricht wordt ten behoeve van één of meer personen, andere dan degene die de activiteit verricht, van een groep of organisatie of van de samenleving als geheel;

- c) die ingericht wordt door een organisatie;
- d) die wordt verricht door een persoon die, onder de voorwaarden van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk, eveneens gewoonlijk en hoofdzakelijk een beroepsbezigheid uitoefent zoals bepaald in artikel 4 van deze wet van 24 december 2020 of gepensioneerde is;
- e) die wordt verricht door een persoon die, in de periode waarin hij of zij prestaties inzake verenigingswerk als bedoeld in de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk levert, niet is verbonden door een arbeidsovereenkomst, een dienstencontract of een statutaire aanstelling met dezelfde organisatie, noch voor dezelfde organisatie en voor dezelfde activiteit fungeert als vrijwilliger in de zin van de wet van 3 juli 2005 betreffende de rechten van vrijwilligers; noch voor dezelfde organisatie voor een verschillende activiteit fungeert als vrijwilliger in de zin van de voormelde wet van 3 juli 2005 voor zover hij voor het vrijwilligerswerk een forfaitaire kostenvergoeding ontvangt;
- f) en die niet berust op een loutere deelname aan activiteiten.

#### 1.2. Mogelijke activiteiten in het kader van het verenigingswerk

Met uitzondering van de werkzaamheden die zijn vermeld in artikel 20, § 2, van het koninklijk besluit nr. 1 van 29 december 1992 met betrekking tot de regeling voor de voldoening van de belasting over de toegevoegde waarde (cf. de werken in onroerende staat zoals een kantine verbouwen, de aanleg van terreinen, ...), kunnen volgende activiteiten worden verricht in het kader van het verenigingswerk<sup>2</sup>:

- 1° animator, leider, monitor of coördinator die sportinitiatie en/of sportactiviteiten verstrekt;
- 2° sporttrainer, sportlesgever, sportcoach, jeugd sportcoördinator, sportscheidsrechter, jurylid, steward, terreinverzorger-materiaalmeester, seingeveer bij sportwedstrijden;
- 3° conciërge van sportinfrastructuur;
- 4° hulp en ondersteuning bieden op occasionele of kleinschalige basis op het vlak van het administratief beheer, het bestuur, het ordenen van archieven of het opnemen van een logistieke verantwoordelijkheid bij activiteiten in de sportsector;
- 5° hulp bieden op occasionele of kleinschalige basis bij het opstellen van nieuwsbrieven en andere publicaties (zoals websites) in de sportsector;
- 6° verstreker van opleidingen, lezingen, en presentaties in de sportsector;
- 7° artistieke of kunsttechnische begeleider in de amateurkunstensector, de artistieke en de cultuur-educatieve sector;
- 8° verstreker van opleidingen, lezingen, presentaties en voorstellingen over culturele, artistieke en maatschappelijke thema's in de socioculturele, cultuur, kunsteducatieve en kunstensector.

1. Cf. art. 2, 1° van de wet van 24.12.2020.

2. Cf. art. 3 van de wet van 24.12.2020.

### 1.3. Voorwaarden

Om verenigingswerk te kunnen uitoefenen, moet de verenigingswerker minstens 18 jaar oud zijn op het moment waarop het verenigingswerk wordt verricht voor zover hij gewoonlijk en hoofdzakelijk een beroepsactiviteit uitoefent, en dit overeenkomstig één van de volgende voorwaarden<sup>3</sup>:

- in de hoedanigheid van werknemer tewerkgesteld zijn bij één of meerdere werkgever(s), en dit gedurende het referentiekwartaal T-3 dat het begin van de tewerkstelling als verenigingswerker voorafgaat en voor zover de in rekening genomen prestaties niet bestaan uit gelijkgestelde prestaties van gedeeltelijke onderbreking van de loopbaan of het tijdskrediet in een systeem met een tussenkomst van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening (RVA) of van de bevoegde regionale dienst. De betrokkene moet met andere woorden in het referentiekwartaal T-3 minstens één dag als werknemer hebben gewerkt.  
Een beroepsbezigheid in dienst van een internationale of supranationale instelling, waarvan België deel uitmaakt, wordt gelijkgesteld met een tewerkstelling als werknemer
- gedurende het referentiekwartaal T-3 dat het begin van de tewerkstelling als verenigingswerker voorafgaat behoort zijn bezigheid tot een ander pensioenstelsel dan dat van de werknemers of dat van de zelfstandigen, dat gevestigd is door of krachtens een wet, een provinciaal reglement of door de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. De betrokkene moet met andere woorden in het referentiekwartaal T-3 minstens één dag als ambtenaar hebben gewerkt
- gedurende het referentiekwartaal T-3 dat het begin van de tewerkstelling als verenigingswerker voorafgaat een beroepsbezigheid uitoefenen als zelfstandige en zijn op die grond verschuldigde voorlopige socialezekerheidsbijdragen zijn minstens gelijk aan het minimum dat een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is, of, in voorkomend geval, voorlopige sociale zekerheidsbijdragen verschuldigd zijn die lager zijn dan dit minimum waarbij de zelfstandige evenwel wordt geacht een bijdrage te hebben betaald die minstens gelijk is aan deze minimumbijdrage.

#### ! Opmerkingen:

- a) Voor de verificatie in het referentiekwartaal T-3 wordt rekening gehouden met alle door de werkgever betaalde periodes en verschillende niet door de werkgever betaalde periodes van schorsing van de arbeidsovereenkomst zoals:
- de afwezigheid zonder behoud van loon ingevolge arbeidsongeschiktheid of ingevolge proflactisch verlof
  - de volledige werkverwijdering als maatregel van moederschapsbescherming
  - de moederschapsrust
  - het omgezet moederschapsverlof
  - het vaderschapsverlof of geboorteverlof
  - het adoptieverlof
  - het pleegouderverlof
  - de burgerplichten zonder behoud van loon
  - de functie van rechter in sociale zaken
  - de militieverplichtingen
  - het vervullen van een openbaar mandaat
  - de tijdelijke werkloosheid.

Bovendien wordt er ook rekening gehouden met de dagen gedekt door de uitgestelde bezoldiging betaald door de departementen onderwijs van de Gemeenschappen voor tijdelijke werknemers of, voor degenen die hier niet van kunnen genieten, door de werkloosheidsuitkeringen betaald door de RVA met vrijstelling van het zoeken naar werk gedurende de zomervakantie. Er wordt daarentegen geen rekening gehouden met prestaties geleverd in het kader van een flexi-job, als leerling, als student, ...

- b) De voorwaarde van de uitoefening van een gewoonlijke en hoofdzakelijke beroepsbezigheid in het referentiekwartaal T-3 is niet van toepassing indien de betrokkene in het referentiekwartaal T-2 een gepensioneerde is, of indien de prestaties worden geleverd in het kader van een traject van burgerdienst voor jongeren erkend door de bij decreet bepaalde erkenningsinstelling. De voormelde trajecten mogen een maximale duur van één jaar hebben en zijn, na deze maximale periode, noch verlengbaar noch hernieuwbaar.

**De verenigingswerker kan maandelijks gemiddeld maximum vijftig uren verenigingswerk verrichten.** De gemiddelde maandelijkse duur van het verenigingswerk wordt beoordeeld per kwartaal, door het aantal uren verenigingswerk verricht in het lopende kwartaal te delen door het aantal maanden van het lopende kwartaal gedurende dewelke de verenigingswerker verbonden is door een overeenkomst inzake verenigingswerk.<sup>4</sup>

Het leveren van prestaties inzake verenigingswerk is **niet toegestaan** (niettegenstaande het naleven van de voorwaarde betreffende het referentiekwartaal als werknemer, ambtenaar of zelfstandige)<sup>5</sup>:

- als de organisatie en de verenigingswerker tijdens een periode van één jaar, voorafgaand aan het begin van de prestaties inzake verenigingswerk, door een arbeidsovereenkomst, een statutaire aanstelling of een aannemingsovereenkomst waren verbonden, evenals als de verenigingswerker werd tewerkgesteld door de organisatie in het kader van een overeenkomst gesloten in toepassing van de wet van 24 juli 1987 betreffende de tijdelijke arbeid, de uitzendarbeid en het ter beschikking stellen van werknemers ten behoeve van gebruikers.  
**! Opmerking:** dit verbod is evenwel niet van toepassing indien tijdens dezelfde periode tussen de organisatie en de betrokken verenigingswerker een arbeidsovereenkomst in de zin van titel VII van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten ('de overeenkomst voor tewerkstelling van studenten') gold of wanneer de arbeidsovereenkomst een einde heeft genomen ingevolge pensionering.  
Zij is eveneens niet van toepassing op personen die gedurende dezelfde periode prestaties verricht hebben in het kader van een arbeidsovereenkomst gesloten met de vereniging overeenkomstig artikel 17 van het koninklijk besluit van 28 november 1969 tot uitvoering van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders (werkzaamheid als monitor).
- als de verenigingswerker een werknemer vervangt die in de loop van de vier kwartalen voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst inzake verenigingswerk in dezelfde technische bedrijfseenheid werkzaam is geweest.

### 1.4. Bedrag van de vergoeding voor verenigingswerk<sup>6</sup> - Solidariteitsbijdrage en fiscaliteit

De partijen bij het verenigingswerk komen een vergoeding voor het verenigingswerk overeen. Deze vergoeding omvat ook alle vergoedingen die de terugbetaling van kosten of verplaatsingen betreffen.

Het bedrag van deze vergoeding mag *per kalenderjaar* niet meer bedragen dan het basisbedrag van 3.830 EUR (geïndexeerd bedrag: 6.390 EUR<sup>7</sup>).

De vergoeding verkregen in het kader van het verenigingswerk en de vergoeding verkregen in het kader van de deeleconomie mogen gezamenlijk evenmin méér bedragen dan dit bedrag.

Deze vergoeding bedraagt minstens 3,57 EUR per uur (geïndexeerd bedrag van 5,10 EUR per uur).

4. Cf. art. 5 van de wet van 24.12.2020.

5. Cf. art. 32 en art. 33 van de wet van 24.12.2020.

6. Cf. art. 27 van de wet van 24.12.2020.

7. Bedrag van toepassing voor het jaar 2021.

3. Cf. art. 4 van de wet van 24.12.2020.

De vergoeding verkregen in het kader van het verenigingswerk mag *per kalendermaand* niet meer bedragen dan 1/12de van datzelfde basisbedrag van 3.830 EUR (geïndexeerd bedrag: 532,50 EUR<sup>8</sup>).

**Opmerking:** dit maandbedrag kan voor specifieke categorieën van het verenigingswerk via koninklijk besluit worden verhoogd. Het bedrag van de verhoging mag echter niet meer bedragen dan 1/12de van de maximale vergoeding per kalenderjaar. Het voormelde jaarlijkse maximumbedrag blijft echter van toepassing. Voor de periode vanaf 1 juli 2021 tot en met 30 september 2021 geldt er voor de volgende activiteiten maandelijks een verhoging met 1/12 van de maximale vergoeding per kalenderjaar (geïndexeerd totaal maandbedrag: 1.065 EUR)<sup>9</sup>:

1° animator, leider, monitor of coördinator die sportinitiatie en/of sportactiviteiten verstrekt;

2° sporttrainer, sportlesgever, sportcoach, jeugdcoachcoördinator, sportscheidsrechter, jurylid, steward, terreinverzorger-materiaalmeester, seingever bij sportwedstrijden.

Een vereniging die verenigingswerkers in dienst neemt is een **solidariteitsbijdrage van 10 %** van de overeengekomen vergoeding verschuldigd aan de RSZ.<sup>10</sup> De inkomsten **worden belast tegen een tarief van 20 %** (gelijk aan 10 % in de praktijk omdat de vaste kosten tot 50 % worden afgetrokken) en worden beschouwd als diverse inkomsten.

## 1.5. Toepassing van het arbeidsrecht

Het arbeidsrecht is niet integraal van toepassing. Er zijn een aantal regels uit het arbeidsrecht (of gelijkaardig hieraan) wel van toepassing, zoals bijvoorbeeld:

- per kalenderjaar kunnen tussen dezelfde verenigingswerker en dezelfde organisatie maximum drie al dan niet opeenvolgende overeenkomsten inzake verenigingswerk worden gesloten. Een afwijking bij koninklijk besluit is echter mogelijk<sup>11</sup>
- de organisatie moet een vast of variabel week- of maandwerkrooster opstellen en opnemen in de verenigingswerkovereenkomst<sup>12</sup>
- er is een verplichte rustpauze van vijftien minuten voorzien indien er meer dan zes opeenvolgende uren wordt gewerkt<sup>13</sup>
- tussen twee verschillende prestaties (bijvoorbeeld sporttrainingen) die gelegen zijn op verschillende kalenderdagen, moet minimaal elf uren rustpauze liggen<sup>14</sup>
- op weekbasis mag maar maximaal tijdens zes dagen gewerkt worden (= minimaal 24 uur ononderbroken rust per week)<sup>15</sup>
- er is een verplichte moederschapsrust vanaf zeven dagen voor de vermoedelijke bevallingsdatum tot en met negen weken na de bevalling<sup>16</sup>
- er gelden bijzondere regels in het kader van een opzeg (*cf. infra*, 1.6.3.)
- er gelden bijzondere regels in het kader van welzijnsbescherming<sup>17</sup>.

8. Bedrag van toepassing voor het jaar 2021.

9. Cf. K.B. van 24.06.2020 tot uitvoering van art. 27, § 3, tweede lid, van de wet van 24.12.2020 betreffende het verenigingswerk (B.S. van 29.06.2021).

10. Cf. art. 58 van de wet van 24.12.2020.

11. Cf. art. 7, § 3 van de wet van 24.12.2020.

12. Cf. art. 8 van de wet van 24.12.2020.

13. Cf. art. 9 van de wet van 24.12.2020.

14. Cf. art. 10 van de wet van 24.12.2020.

15. Cf. art. 11 van de wet van 24.12.2020.

16. Cf. art. 15, § 1, 2° van de wet van 24.12.2020.

17. Cf. art. 25 en art. 26 van de wet van 24.12.2020.

## 1.6. Schriftelijke (of elektronische) overeenkomst inzake verenigingswerk en elektronische aangifte van het verenigingswerk

### 1.6.1. INHOUD VAN DE SCHRIFTELIJKE (OF ELEKTRONISCHE) OVEREENKOMST INZAKE VERENIGINGSWERK

Uiterlijk op het ogenblik van de effectieve aanvang van het verenigingswerk sluiten de verenigingswerker en de organisatie **een schriftelijke (of elektronische) overeenkomst** die een aantal minimale bepalingen<sup>18</sup> bevat zoals:

- 1° de identificatiegegevens van de verenigingswerker
- 2° de identificatiegegevens van de organisatie
- 3° de identificatiegegevens van de vertegenwoordiger van de organisatie
- 4° het opschrift “overeenkomst inzake verenigingswerk”
- 5° het voorwerp van de overeenkomst met een algemene omschrijving van de beoogde activiteiten
- 6° de plaats voor het verenigingswerk
- 7° het tussen de partijen overeengekomen verenigingswerkrooster, alsook eventuele modaliteiten ter bepaling van dit rooster, zoals door de partijen overeengekomen

**Opmerking:** De partijen bepalen in onderling overleg een vast of variabel wekelijks of maandelijks verenigingswerkrooster, waarvan ten allen tijde in onderling overleg schriftelijk kan worden afgeweken. Het variabel verenigingswerkrooster wordt ten minste vijf kalenderdagen vóór iedere prestatie schriftelijk meegedeeld aan de verenigingswerker. Partijen kunnen ten allen tijde in onderling overleg schriftelijke afwijkingen op het voorziene variabel rooster overeenkomen. De organisatie is ertoe gehouden de overeengekomen afwijkingen bij te houden op de plaats van het verenigingswerk en deze gedurende vijf jaar te bewaren.<sup>19</sup>

- 8° de bepaalde duur van de overeenkomst, die maximaal één jaar bedraagt. Een verlenging van de overeenkomst inzake verenigingswerk wordt beschouwd als een nieuwe overeenkomst, waarvoor een nieuwe elektronische aangifte moet worden verricht<sup>20</sup>
- 9° de vergoeding voor het verenigingswerk
- 10° de verzekeringen die in het kader van het verenigingswerk werden afgesloten
- 11° de opzeggingstermijn en de opzeggingsmodaliteiten
- 12° in voorkomend geval, de toepasselijke regels inzake deontologie. Meestal gaat het om de deontologische voorschriften die - afhankelijk van de sector - worden opgelegd door de overheid of worden opgenomen in het reglement van de bevoegde federatie, de vereniging of analoge organisatie. Bijkomende deontologische verplichtingen kunnen worden opgenomen in de overeenkomst
- 13° de bevestiging dat de verenigingswerker alle noodzakelijke inlichtingen en veiligheidsvoorschriften van de organisatie heeft verkregen op het vlak van de risico's verbonden aan het verenigingswerk, alsmede de verbintenis van de verenigingswerker om deze na te leven.

Het **model van de standaardovereenkomst voor verenigingswerk** is als bijlage bij deze omzendbrief gevoegd (*bijlage 1*).<sup>21-22</sup>

Als de overeenkomst inzake verenigingswerk bij de aanvang van het leveren van prestaties niet werd afgesloten, kan de activiteit niet als verenigingswerk worden beschouwd en kan de betrokkene evenmin als verenigingswerker worden beschouwd voor de prestaties die werden verricht voorafgaand aan het sluiten van de overeenkomst inzake verenigingswerk.<sup>23</sup>

18. Cf. art. 6 van de wet van 24.12.2020.

19. Cf. art. 8 van de wet van 24.12.2020.

20. Cf. art. 7, § 2 van de wet van 24.12.2020.

21. Cf. K.B. van 08.04.2021 tot vaststelling van het model van de standaardovereenkomst voor verenigingswerk bij uitvoering van art. 6 van de wet van 24.12.2020 betreffende het verenigingswerk (B.S. van 22.04.2021).

22. Hier niet gepubliceerd.

23. Cf. art. 14 van de wet van 24.12.2020.

### 1.6.2. SCHORSING VAN DE UITVOERING VAN DE OVEREENKOMST INZAKE VERENIGINGSWERK<sup>24</sup>

De uitvoering van de overeenkomst inzake verenigingswerk wordt geschorst:

- 1° in geval van tijdelijke overmacht;
- 2° tijdens de periode van zeven dagen die de vermoedelijke bevallingsdatum voorafgaat en in de negen weken die in principe beginnen te lopen op de dag van de bevalling;
- 3° tijdens de periode waarin het verenigingswerk niet nuttig kan worden uitgevoerd wegens ziekte of ongeval;
- 4° tijdens de periode waarin het verenigingswerk niet nuttig kan worden uitgevoerd, ingevolge de toepassing van een geldend reglement of analoge regelgeving uitgevaardigd door de overheid, bevoegde organisatie of organiserende derde;
- 5° ingevolge onvoorziene bijzondere omstandigheden.

Tijdens de periode van schorsing van de overeenkomst inzake verenigingswerk kan de betrokken verenigingswerker geen aanspraak maken op enige vergoeding. Tijdens de periode van schorsing behoudt elk van de partijen de mogelijkheid om een einde te stellen aan de overeenkomst inzake verenigingswerk met naleving van de toepasselijke voorwaarden.

### 1.6.3. EINDE VAN DE OVEREENKOMST INZAKE VERENIGINGSWERK

De verbintenissen die voortvloeien uit de overeenkomst inzake verenigingswerk nemen een einde<sup>25</sup>:

- 1° door afloop van de overeengekomen duur;
- 2° door de wil van de partijen;
- 3° door het overlijden van de verenigingswerker of de stopzetting van de activiteiten van de organisatie;
- 4° door overmacht.

Elke partij kan de overeenkomst inzake verenigingswerk beëindigen door **opzegging** aan de andere.

Op straffe van relatieve nietigheid dient de kennisgeving van de opzegging het begin en de duur van de opzeggingstermijn te vermelden.

De kennisgeving van de opzegging geschiedt, op straffe van relatieve nietigheid, hetzij bij een ter post aangetekende brief die uitwerking heeft de derde werkdag na de datum van verzending, hetzij bij gerechtsdeurwaardersexploot, hetzij door afgifte van een geschrift. De handtekening van de andere partij op het duplicaat van dit geschrift geldt enkel als bericht van ontvangst van de kennisgeving.

De opzegging gaat in de dag volgend op de dag van de kennisgeving.

De opzeggingstermijn wordt vastgesteld op:

- 1° ten minste zeven kalenderdagen indien de overeenkomst inzake verenigingswerk is gesloten voor een duur van minder dan zes maanden;
- 2° ten minste veertien kalenderdagen indien de overeenkomst inzake verenigingswerk is gesloten voor een duur van zes maanden tot één jaar.<sup>26</sup>

Zowel de verenigingswerker als de organisatie kan de overeenkomst inzake verenigingswerk beëindigen tijdens de schorsing van de uitvoering van de overeenkomst inzake verenigingswerk. Bij opzegging door de verenigingswerker gegeven vóór of tijdens de schorsing, loopt de opzeggingstermijn tijdens die schorsing.

24. Cf. art. 15 van de wet van 24.12.2020.

25. Cf. art. 16 van de wet van 24.12.2020.

26. Cf. art. 17 van de wet van 24.12.2020.

Bij opzegging door de organisatie gegeven vóór of tijdens de schorsing, houdt de opzeggingstermijn op te lopen tijdens de schorsing.<sup>27</sup>

Elke partij kan de overeenkomst inzake verenigingswerk zonder opzegging of vóór het verstrijken van de overeengekomen duur beëindigen **om een dringende reden**.

In dit kader wordt onder dringende reden verstaan de ernstige tekortkoming die elke samenwerking tussen de verenigingswerker en de organisatie onmiddellijk en definitief onmogelijk maakt.

De kennisgeving van de dringende reden geschiedt, op straffe van relatieve nietigheid, hetzij bij een ter post aangetekende brief die uitwerking heeft de derde werkdag na de datum van verzending, hetzij bij gerechtsdeurwaardersexploot, hetzij door afgifte van een geschrift. De handtekening van de andere partij op het duplicaat van dit geschrift geldt enkel als bericht van ontvangst van de kennisgeving.

Op straffe van relatieve nietigheid, vermeldt de kennisgeving het feit ter rechtvaardiging van de dringende reden.<sup>28</sup>

De partij die de overeenkomst inzake verenigingswerk vóór het verstrijken van de overeengekomen duur beëindigt zonder dringende reden of zonder inachtneming van de toepasselijke opzeggingstermijn, is gehouden de andere partij een vergoeding te betalen waarvan het bedrag gelijk is aan :

1° 133,13 EUR (= 1/48<sup>ste</sup> van 6.390 EUR) indien de overeenkomst inzake verenigingswerk is gesloten voor een duur van minder dan zes maanden;

2° 266,25 EUR (= 1/24<sup>ste</sup> van 6.390 EUR) indien de overeenkomst inzake verenigingswerk is gesloten voor een duur van zes maanden tot één jaar.<sup>29</sup>

### 1.7. Elektronische aangifte

De organisatie die op de verenigingswerker een beroep doet, moet bovendien een elektronische toepassing gebruiken om aan de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid voorafgaand aan het moment waarop de verenigingswerker zijn prestaties aanvat de volgende gegevens mee te delen<sup>30</sup>:

- 1° identificatie van de organisatie;
- 2° identificatie van de verenigingswerker;
- 3° de datum van aanvang van de prestatie van de verenigingswerker;
- 4° de datum van het einde van de prestatie van de verenigingswerker;
- 5° de aard van de prestatie;
- 6° het bedrag van de te ontvangen vergoeding voor iedere prestatie.

### 1.8. Gevolgen van de niet-naleving van de toepassingsvoorwaarden<sup>31</sup>

Een activiteit kan niet worden beschouwd als verenigingswerk indien niet alle vereiste voorwaarden overeenkomstig de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk zijn vervuld.

In geval van een niet-naleving van de toepassingsvoorwaarden kan de betrokken persoon niet worden beschouwd als verenigingswerker voor het volledige kalenderjaar waarin hij de desbetreffende activiteit als verenigingswerker heeft verricht.

Indien de betrokken persoon niet als verenigingswerker kan worden beschouwd, worden de overeenkomst inzake verenigingswerk en alle overige overeenkomsten tot verenigingswerk van datzelfde kalenderjaar geherkwalificeerd tot arbeidsovereenkomst. Deze herkwalificatie heeft met terugwerkende kracht de volledige toepassing van het arbeids- en sociale zekerheidsrecht tot gevolg.

Indien de grens van het toegelaten maandbedrag van de vergoeding voor verenigingswerk wordt overschreden, wordt het volledige inkomen van deze kalendermaand als beroepsinkomen beschouwd. Deze inkomsten blijven meetellen om na te gaan of de grens van het toegelaten jaarbedrag al dan niet wordt overschreden.

27. Cf. art. 18 van de wet van 24.12.2020.

28. Cf. art. 19 van de wet van 24.12.2020.

29. Cf. art. 20 van de wet van 24.12.2020.

30. Cf. art. 35, § 1 van de wet van 24.12.2020.

31. Cf. art. 57 van de wet van 24.12.2020.

## 1.9. Vrijwilligerswerk en verenigingswerk

Een vrijwilliger kan voor dezelfde organisatie verenigingswerk verrichten in toepassing van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk wanneer aan de **volgende cumulatieve voorwaarden** is voldaan:

1° de activiteit verricht in de hoedanigheid van vrijwilliger is verschillend van de activiteit verricht in de hoedanigheid van verenigingswerker;

2° de kostenvergoedingen ontvangen in het kader van het vrijwilligerswerk mogen enkel reële kostenvergoedingen betreffen.<sup>32</sup>

## 2. Gevolgen voor de uitkeringsverzekering voor werknemers en de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen

De artikelen 30 en 31 van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk voegen, respectievelijk in het kader van het stelsel van de werknemers en in het kader van het stelsel van de zelfstandigen een nieuw lid, tussen het tweede en het derde lid van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en van artikel 19 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 in:

=> **Wijziging van artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:**

*“Verenigingswerk in de zin van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk, wordt niet beschouwd als werkzaamheid, voor zover de adviserende geneesheer vaststelt dat deze activiteiten verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene **en** deze activiteiten een loutere voortzetting zijn van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk, die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief uitgevoerd.”*

=> **Wijziging van artikel 19 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971:**

*“Verenigingswerk in de zin van de wet van 24 december 2020 betreffende het verenigingswerk, wordt niet beschouwd als een beroepsbezigheid, voor zover de adviserend geneesheer vaststelt dat deze activiteiten verenigbaar zijn met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene **en** deze activiteiten een loutere voortzetting zijn van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk, die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief uitgevoerd.”*

### 2.1. Notie “werkzaamheid” / “beroepsbezigheid”

**A.** Als de activiteit een loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd en als de adviserend arts vaststelt dat deze activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene, wordt de activiteit niet beschouwd als een “werkzaamheid” in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

De andere criteria inzake de erkenning van de arbeidsongeschiktheid (zoals bijvoorbeeld, voor een werknemer, de vermindering van het verdienvermogen tot een derde of minder dan een derde ingevolge de intrede of verergering van letsels of functionele stoornissen; de stopzetting van elke andere werkzaamheid tenzij via de toelating van de adviserend arts) blijven verder van toepassing.

Een loontrekkende gerechtigde die verenigingswerk uitoefent (verenigbaar met zijn algemene gezondheidstoestand), maar wiens verdienvermogen niet meer voldoende verminderd is, zou derhalve arbeidsgeschikt moeten worden beschouwd.

**B.** Als de activiteit niet een loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd<sup>33</sup>, moet de activiteit worden beschouwd als een “werkzaamheid” in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en *zal zij dus het voorwerp van een aanvraag tot toelating bij de adviserend arts moeten vormen*, al naargelang het geval, in het kader van het stelsel van de werknemers (art. 100, § 2 van de voormelde gecoördineerde wet) of in het kader van het stelsel van de zelfstandigen (art. 23bis van het voormelde K.B. – **voorafgaande** toelating met het oog op een hervatting van een activiteit zonder de doelstelling van een volledige re-integratie).

#### ! Opmerkingen:

- als het gaat om een gerechtigde die arbeidsongeschikt is erkend in het stelsel van de zelfstandigen, kan hij het verenigingswerk slechts aanvatten *na* de toelating van de adviserend arts te hebben verkregen
- als de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde de overeenkomst inzake verenigingswerk hernieuwt (zelfs onder dezelfde voorwaarden), gaat het niet langer om de loutere voortzetting van de uitvoering van een *aflopende* overeenkomst inzake verenigingswerk. In een dergelijke situatie van hernieuwing van de overeenkomst inzake verenigingswerk zal de betrokkene dus altijd de toelating aan de adviserend arts moeten vragen opdat hij het verenigingswerk tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid kan uitoefenen.

### 2.2. Vaststellingen in verband met de verenigbaarheid van een activiteit in het kader van het verenigingswerk met de algemene gezondheidstoestand van de verenigingswerker

De adviserend arts stelt vast of het verenigingswerk verricht door de betrokkene verenigbaar is (of niet) met zijn algemene gezondheidstoestand.

Hoewel dit begrip niet precies omschreven wordt, zou men hieronder kunnen verstaan dat de activiteit niet uitgeoefend mag worden als zij een gevaar kan inhouden voor de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene.

#### 2.2.1. WANNEER DIENT DE VERENIGBAARHEID TE WORDEN BEOORDEELD?

De desbetreffende reglementaire bepaling preciseert niet dat deze vaststelling door de adviserend arts moet gebeuren vóór de loutere effectieve voortzetting van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.

De betrokkene zou deze activiteit dus na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid kunnen blijven voortzetten waarna de adviserend arts zich later nog zou kunnen uitspreken over de al dan niet verenigbaarheid met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene.

32. Cf. art. 2/1 van de wet van 03.07.2005 betreffende de rechten van de vrijwilligers.

33. Cf. in dit kader art. 4, § 4 van de wet van 24.12.2020 dat bepaalt dat de vereisten inzake de minimale ‘tewerkstellingsvoorwaarde’ gedurende het referentiekwartaal (het naleven van deze voorwaarde is ook mogelijk als de uitvoering van de arbeidsovereenkomst wegens arbeidsongeschiktheid is geschorst) geen afbreuk doen aan de vigerende wetgeving omtrent arbeidsongeschiktheid.

Met het oog op de rechtszekerheid is het niettemin aangewezen dat de betrokkene de adviserend arts verzoekt dat hij zich uitspreekt over de verenigbaarheid *alvorens* hij de activiteit in het kader van het verenigingswerk effectief blijft voortzetten (en dit om te vermijden dat de uitoefening van het verenigingswerk eventueel zou worden gekwalificeerd als een niet toegelaten activiteit<sup>34</sup> omdat dit verenigingswerk uiteindelijk niet verenigbaar zou zijn met de algemene gezondheidstoestand van de verzekerde).

Met het oog hierop wordt een specifiek aangifteformulier (dat als bijlage bij deze omzendbrief is gevoegd (*bijlage 2*))<sup>35</sup> voorzien dat twee luiken omvat:

- de *verenigingswerker* vult zelf het *eerste luik* in (identificatiegegevens, evenals de verklaring dat het verenigingswerk voor de aanvraag al dan niet reeds effectief is voortgezet)
- de *organisatie waarbij het verenigingswerk wordt verricht*, vult het *tweede luik* in (bevestiging dat het verenigingswerk al vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid effectief is uitgevoerd).

Bovendien voegt de betrokkene als bijlage een kopie van zijn overeenkomst inzake verenigingswerk toe. Op basis van deze overeenkomst gaat de adviserend arts het type van verenigingswerk na dat de betrokkene verricht (verenigbaarheid met de algemene gezondheidstoestand) en of dit verenigingswerk daadwerkelijk de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk, die al vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid is gesloten.

Elke stopzetting van het verenigingswerk dient te worden meegedeeld.

Dit formulier moet worden bewaard in het medisch en administratief dossier van de betrokkene in de zetel van het ziekenfonds.

### 2.2.2. MOGELIJKE BESLISSINGEN VAN DE ADVISEREND ARTS NA DE ONTVANGST VAN HET SPECIFIEKE AANGIFTEFORMULIER

**A.** De adviserend arts kan vaststellen dat de activiteit die de betrokkene wenst te blijven voortzetten of al heeft voortgezet *wel degelijk de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd* en kan, in functie van de aard van de activiteit en de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene, vaststellen dat het verenigingswerk *verenigbaar is met zijn algemene gezondheidstoestand*. Hiertoe kan de adviserend arts de betrokkene oproepen voor een geneeskundig onderzoek, tenzij de elementen aanwezig in het medisch dossier afdoende zijn, of een onderzoek op een latere datum verantwoorden (*cf.* naar analogie art. 16, tweede lid, van de Verordening op de uitkeringen van 16.04.1997 (stelsel van de werknemers) of art. 23*bis*, derde lid, van het K.B. van 20.07.1971 (stelsel van de zelfstandigen)).

De positieve beslissing van de adviserend arts geldt voor de verdere duur van de aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk.

**B.1.** Indien de adviserend arts vaststelt dat de activiteit die de betrokkene wenst te blijven voortzetten of al heeft voortgezet *niet de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd*, dient de activiteit te worden beschouwd als een “werkzaamheid” in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en moet het dossier worden onderzocht vanuit de invalshoek van artikel 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of artikel 23*bis* van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (*cf. supra*, 2.1.B ; als de activiteit al is uitgeoefend geweest door de betrokkene, dient art. 230, § 2*bis* of § 2*ter* van het K.B. van 03.07.1996 voor de werknemers of art. 23*ter* van het K.B. van 20.07.1971 voor de zelfstandigen te worden toegepast).

34. *Cf.* art. 101 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 (stelsel van de werknemers) en art. 23*ter* van het K.B. van 20.07.1971 (stelsel van de zelfstandigen).

35. Hier niet gepubliceerd.

**B.2.** Indien de adviserend arts vaststelt dat de activiteit die de betrokkene wenst te blijven voortzetten of al heeft voortgezet de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd, maar dat zij *niet verenigbaar is met zijn algemene gezondheidstoestand*, dient de activiteit te worden beschouwd als een “werkzaamheid” in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971.

**B.2.1. Gevolgen in het kader van het stelsel van de werknemers** als de betrokkene het verenigingswerk al heeft voortgezet:

In voorkomend geval kan de betrokkene onder bepaalde voorwaarden het genot van de uitkeringen behouden **voor de periode die voorafgaat** aan de ingangsdatum van de beslissing over de niet verenigbaarheid :

- indien de betrokkene de adviserend arts heeft verzocht dat hij zich uitspreekt over de verenigbaarheid *alvorens* de voornoemde activiteit te hervatten, maar hij heeft niet gewacht op zijn beslissing om de effectieve uitoefening van deze activiteit te hervatten, kan de gerechtigde in deze situatie voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend arts het genot van zijn uitkeringen behouden die zijn berekend overeenkomstig de cumulatierегeling bedoeld in artikel 230, § 1*ter* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (geen vermindering van de uitkeringen – 1<sup>ste</sup> fase; *cf. infra*) – toepassing van artikel 230, § 2*ter*, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 **per analogie**
- indien de betrokkene de adviserend arts heeft verzocht dat hij zich uitspreekt over de verenigbaarheid, **uiterlijk** de 14de dag te rekenen vanaf de hervatting van voornoemde activiteit, kan de gerechtigde in deze situatie voor de periode die voorafgaat aan de ingangsdatum van de negatieve beslissing van de adviserend arts, het genot van zijn uitkeringen behouden die zijn berekend overeenkomstig de cumulatierегeling bedoeld in artikel 230, § 1*ter* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (geen vermindering van de uitkeringen – 1<sup>ste</sup> fase; *cf. infra*), met een vermindering van 10 % (*vanaf de werkhervatting tot en met de dag van de verzending van het formulier of de overhandiging van dit formulier aan het ziekenfonds*) – toepassing van artikel 230, § 2*ter*, eerste lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 **per analogie**
- indien de betrokkene de activiteit al heeft uitgeoefend *alvorens* om de beslissing van de adviserend arts over de verenigbaarheid te verzoeken en dit gedurende meer dan 14 dagen te rekenen vanaf de hervatting van de voormelde activiteit, geldt de procedure van toepassing in het kader van artikel 101 van de voormelde gecoördineerde wet bij een niet toegelaten activiteit die zal moeten worden toegepast vanaf de eerste dag van de werkhervatting tot en met de datum waarop de beslissing van de adviserend arts uitwerking heeft – toepassing van artikel 230, § 2*ter*, tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 **per analogie**. Deze procedure is ook van toepassing als de betrokkene de toegelaten drempelbedragen van de vergoedingen overschrijdt (*cf. supra*, 1.4) **zonder** om de toelating van de adviserend arts te hebben verzocht. In deze situatie gaat het dus niet langer om verenigingswerk, maar om een activiteit waarvoor de toelating van de adviserend arts steeds noodzakelijk is.

De voormelde principes zijn echter niet van toepassing als de betrokkene het verenigingswerk dat niet verenigbaar is met zijn algemene gezondheidstoestand, heeft verricht vanaf de eerste dag van zijn arbeidsongeschiktheid (in deze situatie is de erkenning van de arbeidsongeschiktheid niet mogelijk – afwezigheid van de stopzetting van elke werkzaamheid op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid).

**B.2.2. Gevolgen in het kader van het stelsel van de zelfstandigen** als de betrokkene het verenigingswerk al heeft voortgezet:

De situatie van de betrokkene moet het voorwerp vormen van de procedure die van toepassing is in het kader van artikel 23<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 in geval van een niet toegelaten activiteit.

Deze procedure is ook van toepassing als de betrokkene de toegelaten drempelbedragen van de vergoedingen overschrijdt (cf. *supra*, 1.4). In deze situatie gaat het dus niet langer om verenigingswerk, maar om een activiteit waarvoor de voorafgaande toelating van de adviserend arts steeds noodzakelijk is.

Het voormelde artikel 23<sup>ter</sup> is echter niet van toepassing als de betrokkene het verenigingswerk dat niet verenigbaar is met zijn algemene gezondheidstoestand, heeft verricht vanaf de eerste dag van zijn arbeidsongeschiktheid (in deze situatie is de erkenning van de arbeidsongeschiktheid niet mogelijk – afwezigheid van de stopzetting van alle activiteiten op de begindatum van de arbeidsongeschiktheid).

**C.** Het specifieke aangifteformulier (in te vullen door enerzijds de verenigingswerker en anderzijds de organisatie waarbij het verenigingswerk wordt verricht; cf. *supra*, 2.2.1.) voorziet ook een luik waarmee de adviserend arts zijn beslissing over de al dan niet verenigbaarheid van het verenigingswerk met de algemene gezondheidstoestand van de gerechtigde kan meedelen.

### 2.3. Cumulatie van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen met vergoedingen voor verenigingswerk

**A.** Als de activiteit de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd **en** als de adviserend arts vaststelt dat deze activiteit verenigbaar is met de algemene gezondheidstoestand van de betrokkene, moet de activiteit niet als een “werkzaamheid” worden beschouwd in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 (cf. *supra*, 2.1.A.).

Aangezien het niet gaat om een (toegelaten) “werkzaamheid” of (toegelaten) “beroepsbezigheid”, is de cumulatie van de vergoedingen ontvangen in het kader van het verenigingswerk met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen toegelaten (geen cumulatieverbod, onder voorbehoud van het niet overschrijden van de drempelbedragen vermeld in 1.4., vermits het dan niet langer ‘verenigingswerk’ betreft, maar een activiteit waarvoor de toelating van de adviserend arts noodzakelijk is).

**B.** Als de activiteit niet de loutere voortzetting is van de uitvoering van een aflopende overeenkomst inzake verenigingswerk die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd, moet de activiteit in het kader van het verenigingswerk worden beschouwd als een “werkzaamheid” in de zin van artikel 100, § 1, eerste lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 of een “beroepsbezigheid” in de zin van artikel 19, eerste lid, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 en zal zij dus het voorwerp van een aanvraag tot toelating bij de adviserend arts moeten vormen (cf. *supra*, 2.1.B.).

=> **B.1. Cumulatieregulering van toepassing in geval van de uitoefening van een toegelaten activiteit in het kader van het stelsel van de werknemers**

De regulering bedoeld in **artikel 230, § 1<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996** moet worden toegepast. Het verrichten van verenigingswerk is namelijk geen toegelaten arbeid waardoor de gerechtigde op generlei wijze valt onder het toepassingsgebied van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders (cf. art. 230, § 1 van het K.B. van 03.07.1996).

Voor de toepassing van dit artikel 230, § 1<sup>ter</sup> wordt als ‘beroepsinkomen’ beschouwd dat uit de toegelaten activiteit voortvloeit, elk inkomen bedoeld in artikel 17, § 1, 5°, artikel 23, § 1, 1°, 2° en 4° of artikel 90, eerste lid, 1° tot 2° en 12°, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 dat een gerechtigde zich door een persoonlijke activiteit verschafft, evenals elke uitkering, vergoeding of rente die hem wegens het derven van dat inkomen wordt verleend.

Als de in het kader van het verenigingswerk verworven vergoedingen niet het toepasselijke maandbedrag en jaarbedrag bedoeld in de voormelde wet van 24 december 2020 overschrijden, worden deze vergoedingen op fiscaal vlak beschouwd als *diverse inkomsten* (cf. art. 90, eerste lid, 1°<sup>ter</sup> van het WIB 1992) die dus een ‘beroepsinkomen’ vormen dat uit de toegelaten activiteit voortvloeit.

De cumulatieregulering voorziet drie fasen:

- *fase 1*: de eerste zes maanden van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts: de betrokkene behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.
- *fase 2*: vanaf de eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts tot 31 december van het derde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat: het ziekenfonds vermindert het bedrag van de uitkeringen forfaitair met 10 %.
- *[fase 3 (vandaag zonder voorwerp; de huidige regeling is een tijdelijke oplossing voor één jaar):* vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de toegelaten activiteit is aangevat: in deze fase speelt het werkelijke bedrag van de uit de toegelaten activiteit behaalde ‘beroepsinkomsten’ een rol. Het ziekenfonds vergelijkt namelijk het bedrag van de ‘beroepsinkomsten’ verworven tijdens het eerste volledige kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat met een welbepaalde inkomensgrens. Gelet op het maximale bedrag van de vergoedingen voor het verenigingswerk, zal er nooit een overschrijding van de drempel zijn als de betrokkene slechts het verenigingswerk verricht. Het bedrag van de uitkeringen zal dus niet moeten worden verminderd, evenmin zal er een schorsing van de toekenning van de uitkeringen zijn.]

=> **B.2. Cumulatieregulering van toepassing in geval van de uitoefening van een toegelaten activiteit in het kader van het stelsel van de zelfstandigen**

De regulering bedoeld in **artikel 28<sup>bis</sup> van het koninklijk besluit van 20 juli 1971** dient in principe te worden toegepast die drie fasen bepaalt:


- *fase 1*: de eerste zes maanden van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts: de betrokkene behoudt het volledige bedrag van zijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen.
- *fase 2*: vanaf de eerste dag van de zevende maand van de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts tot 31 december van het derde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de activiteit is aangevat: het ziekenfonds vermindert het bedrag van de uitkeringen forfaitair met 10 %.
- *[fase 3 (vandaag zonder voorwerp; de huidige regeling is een tijdelijke oplossing voor één jaar):* vanaf 1 januari van het vierde kalenderjaar dat volgt op het kalenderjaar waarin de toegelaten activiteit is aangevat: in deze fase speelt het werkelijke bedrag van de uit de toegelaten “beroepsactiviteit” behaalde ‘beroepsinkomsten’ een rol. In het kader van de cumulatieregulering van toepassing tijdens de fase 3 wordt onder “beroepsactiviteit” elke activiteit verstaan die, al naargelang het geval, een inkomen kan genereren zoals bedoeld in artikel 23, § 1, 1°, 2° of 4°, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 (doorslaggevende fiscale kwalificatie; het gaat om *beroepsinkomsten*, meer bepaald winst, baten en bezoldigingen), en elke gelijkaardige activiteit die in het buitenland of voor een internationale of supranationale organisatie wordt uitgeoefend.

Indien de in het kader van het verenigingswerk verworven vergoedingen niet het toepasselijke maandbedrag en jaarbedrag bedoeld in de voormelde wet van 24 december 2020 overschrijden, worden deze vergoedingen op fiscaal vlak beschouwd als *diverse inkomsten* (cf. art. 90, eerste lid, 1<sup>o</sup>ter van het WIB 1992).  
De cumulatieregel is dus **tijdens deze fase 3** niet van toepassing in geval van de uitoefening van verenigingswerk met de toelating van de adviserend arts.]

### 3. Inwerkingtreding

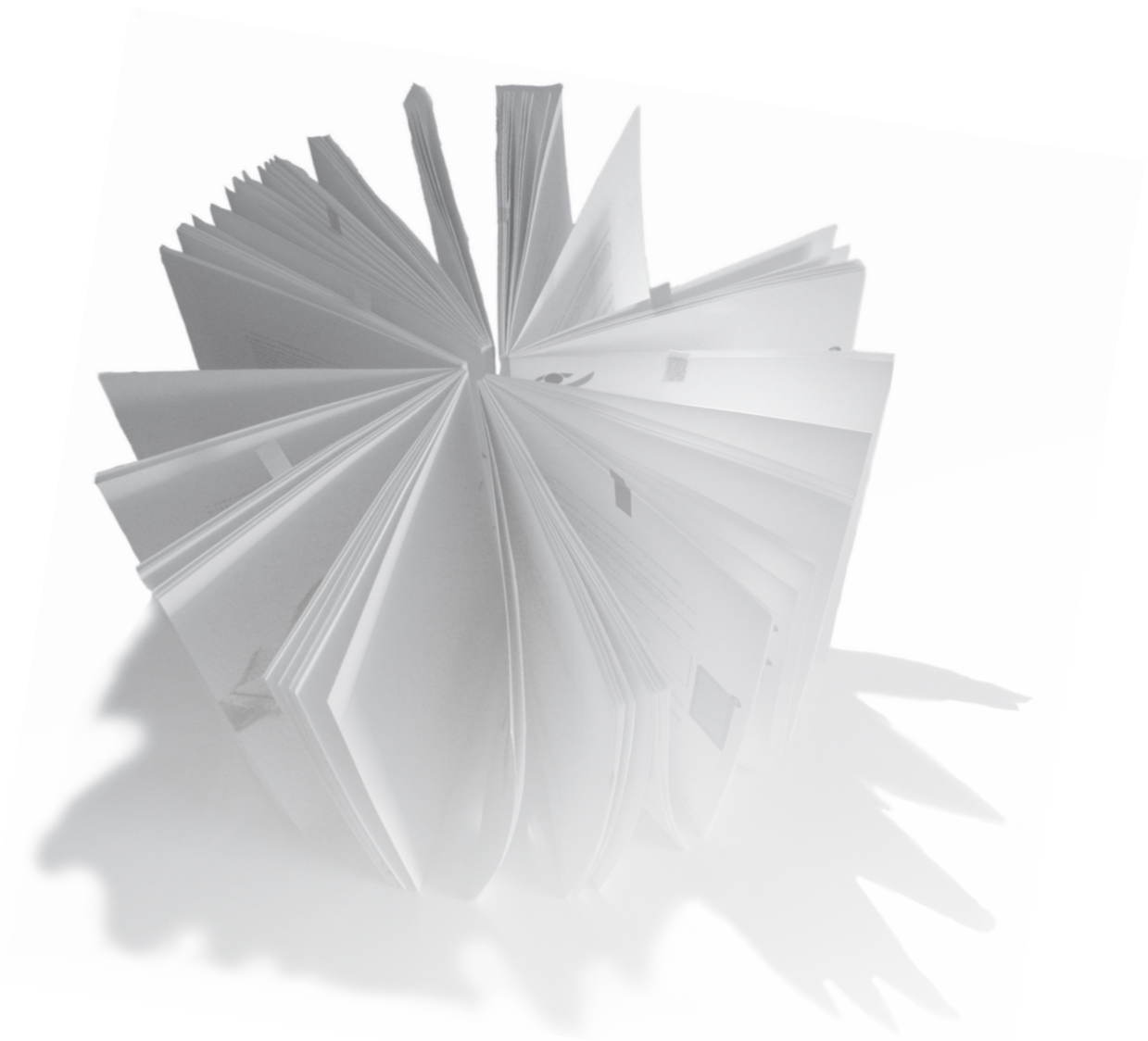
Deze omzendbrief heeft uitwerking met ingang van 8 mei 2021.

Vervangt omzendbrief nr. 2021/129 van 30 april 2021.

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/230 – 249/40 en 484/12 van 19 augustus 2021.

# 5<sup>e</sup> Deel

## Basisgegevens





I. 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 juli 2021.

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 (bedragen in EUR)	Personen ten laste (idem verhoogde tegemoetkoming) (bedragen in EUR)
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
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
<b>Vanaf 1 juli 2021 (welvaart)</b>	<b>36.835,39</b>	<b>3.768,51</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

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/194 – 270/82 – 273/83 – 274/84 – 276/133 – 2790/85 – 2791/82 – 2792/81 – 3910/1859 en 83/506 van 30 juni 2021.

## II. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 juli 2021 - Welvaart

Van toepassing vanaf 1 juli 2021.

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch Staatsblad van 29 januari 2014 (2<sup>e</sup> uitgave) 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 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 juli 2021 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
20.356,30 EUR	3.768,51 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2021/195 – 3991/337 van 30 juni 2021.

## 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 september 2021.

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 januari 2002	26.306,66	2.265,63
Vanaf 1 februari 2002	26.832,59	2.310,92
Vanaf 1 juni 2003	27.368,64	2.357,09
Vanaf 1 oktober 2004	27.914,79	2.404,13
Vanaf 1 augustus 2005	28.473,60	2.452,25
Vanaf 1 oktober 2006	29.042,51	2.501,25
Vanaf 1 september 2007 (welvaart)	29.042,51	2.518,75
Vanaf 1 januari 2008	29.624,07	2.602,36
Vanaf 1 mei 2008	30.215,74	2.654,33
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
<b>Vanaf 1 september 2021</b>	<b>37.571,19</b>	<b>3.843,96</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

**i** Omzendbrief V.I. nr. 2021/238 – 270/83 – 273/84 – 274/85 – 276/134 – 2790/86 – 2791/83 – 2792/82 – 3910/1864 – 83/507 vanaf 2 september 2021.

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

Van toepassing vanaf 1 september 2021.

Overeenkomstig artikel 124, § 1, 1°, 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 2de ed.), kan niet meer als persoon ten laste worden beschouwd als bedoeld in artikel 32 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de persoon die beschikt over een inkomen, pensioen, rente, toelage of uitkering (bruto bedrag) die **HOGER** is dan het trimestrieel grensbedrag.

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

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

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

*1 september 2008 indexering*

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

*1 september 2010 indexering*

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

*1 mei 2011 indexering*

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

*1 februari 2012 indexering*

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

*1 december 2012 indexering*

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

*1 juli 2015 indexering*

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

*1 juni 2016 indexering*

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

*1 juni 2017 indexering*

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

*1 september 2018 indexering*

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


*1 maart 2020 indexering*

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

***1 september 2021 indexering***

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

Waarde per trimester		
1 <sup>ste</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2010	2.148,87*3/3	2.148,87 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2010	2.148,87*2/3+2.191,85*1/3	2.163,20 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2010	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2011	2.191,85*3/3	2.191,85 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2011	2.191,85*1/3+2.235,68*2/3	2.221,07 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2011	2.235,68*3/3	2.235,68 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2012	2.235,68*1/3+2.280,40*2/3	2.265,49 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2012	2.280,40*3/3	2.280,40 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2012	2.280,40*2/3+2.326,00*1/3	2.295,60 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2013	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2014	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2015	2.326,00*3/3	2.326,00 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2015	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2016	2.372,52*3/3	2.372,52 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2016	2.372,52*2/3+2.419,97*1/3	2.388,34 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2016	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2017	2.419,97*3/3	2.419,97 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2017	2.419,97*2/3+2.468,37*1/3	2.436,10 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2017	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2018	2.468,37*3/3	2.468,37 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2018	2.468,37*2/3 + 2.517,74*1/3	2.484,83 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2018	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
2 <sup>o</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
3 <sup>o</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
4 <sup>o</sup> trimester 2019	2.517,74*3/3	2.517,74 EUR
1 <sup>ste</sup> trimester 2020	2.517,74*2/3 + 2.568,10*1/3	2.534,53 EUR
<b>2<sup>o</sup> trimester 2020</b>	<b>2.568,10*3/3</b>	<b>2.568,10 EUR</b>
<b>3<sup>o</sup> trimester 2020</b>	<b>2.568,10*3/3</b>	<b>2.568,10 EUR</b>
<b>4<sup>o</sup> trimester 2020</b>	<b>2.568,10*3/3</b>	<b>2.568,10 EUR</b>
<b>1<sup>ste</sup> trimester 2021</b>	<b>2.568,10*3/3</b>	<b>2.568,10 EUR</b>
<b>2<sup>o</sup> trimester 2021</b>	<b>2.568,10*3/3</b>	<b>2.568,10 EUR</b>
<b>3<sup>o</sup> trimester 2021</b>	<b>2.568,10*2/3 + 2.619,46*1/3</b>	<b>2.585,22 EUR</b>

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/239 – 248/72 van 2 september 2021.

## V. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 september 2021 - Spil

Met toepassing van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 – Belgisch staatsblad 29 januari 2014 (2<sup>e</sup> uitgave) 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 15.986,16 en 2.959,47 EUR (tegen de spilindex 114,97 basis 2004 = 100) niet bereiken. Deze bedragen zijn aangepast aan het spilindexcijfer van de consumptieprijzen en aan de evolutie van de welvaart en worden aangepast op dezelfde manier als voor pensioenen.

Op 1 september 2021 :

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
20.763,88 EUR	3.843,96 EUR

 Omzendbrief V.I. nr. 2021/240 – 3991/338 van 2 september 2021.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Lekane  
Mevr. Caroline Marthus  
Mevr. Nuray Özdemir  
De h. Jonathan Owczarek  
Mevr. Mélissa François  
Mevr. Marleen Stevens  
Mevr. Zoé De Clippel  
Mevr. Natalia Golovneva

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français