

1^e Deel

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



4^{de} trimester 2023

1. Wet

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.10.2023	16.10.2023	Wet houdende diverse bepalingen inzake sociale zaken

Samenvatting van de wijzigingen

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

- met betrekking tot de toekenning van een werkhervattingspremie: in het kader van de verwerking van de persoonsgegevens zoals bepaald in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR) naar aanleiding van de aanvraag tot toekenning van de werkhervattingspremie wordt voorzien om in de wetsbepaling zelf het precieze doeleinde van de gegevensverwerking en de aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke, evenals de categorieën van verwerkte gegevens die ter zake dienend zijn en de maximale bewaartermijn van de geregistreerde gegevens uitdrukkelijk op te nemen. Artikel 110/1, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt daarom aangevuld met een tweede paragraaf;
- met betrekking tot het financieringssysteem via een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-fonds” voor het inkopen van dienstverlening door de arbeidsongeschikt erkende gerechtigden, worden in artikel 110/2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 de volgende aanpassingen doorgevoerd:
 - => een eerste precisering betreft de delegatie aan de Koning die stelt dat Hij, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de gespecialiseerde dienstverlening op maat, evenals de criteria waaraan deze erkende dienstverleners moeten voldoen, bepaalt. In dit kader wordt gepreciseerd dat de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen bevoegd is om de dienstverleners op basis van deze criteria te erkennen;
 - => een tweede wijziging heeft de delegatie aan de Koning tot voorwerp die voorziet dat Hij, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toekenningsvoorwaarden bepaalt die de gerechtigden moeten vervullen om aanspraak te kunnen maken op een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-fonds”, evenals de door deze gerechtigden na te leven aanvragen en betalingsvoorwaarden van deze tussenkomst die de leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen toekent binnen de perken van de financiële middelen van dit fonds. De concrete betaling van deze tussenkomst dient echter veeleer te gebeuren aan de erkende dienstverlener, hetgeen moet worden verduidelijkt in deze delegatie (voorwaarden die de erkende dienstverlener dient na te leven om de betaling te kunnen ontvangen);
 - => een derde groep van wijzigingen vloeit voort uit de verschillende vereisten bepaald in de Algemene Verordening Gegevensbescherming (GDPR):
 - de aanduiding van de categorieën van gegevens die in het kader van de respectievelijke aanvragen worden verwerkt (de aanvraag door de dienstverlener om door de leidend ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen te kunnen worden erkend om de gespecialiseerde dienstverlening op maat via een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-fonds” aan de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde te verstrekken, de aanvraag van de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde om een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-fonds” te genieten en de aanvraag van de erkende dienstverlener om de betaling voor de verstrekte gespecialiseerde dienstverlening op maat te ontvangen);

- de aanduiding van de verwerkingsverantwoordelijke;
- de precisering van het doeleinde van de gegevensverwerkingen;
- de precisering van de categorieën van personen binnen het RIZIV die toegang hebben tot de verwerkte gegevens;
- de bepaling van de maximale bewaartermijn van de geregistreerde gegevens;
- de precisering dat als de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen effectief een tussenkomst van het “Terug Naar Werk-fonds” toekent aan de gerechtigde, het RIZIV de verzekeringsinstelling informeert waarbij deze gerechtigde is aangesloten of ingeschreven.

Wat artikel 10 van de wet van 5 september 2001 tot de verbetering van de werkgelegenheidsgraad van de werknemers betreft, is er een verlenging van de voorziene termijn die de werkgever, die zich beroept op overmacht om de arbeidsovereenkomst van een arbeidsongeschikte werknemer te beëindigen, moet naleven om het RIZIV in kennis te stellen van een aantal gegevens en een bijdrage van 1.800 EUR te betalen aan het “Terug Naar Werk-fonds” (45 dagen in plaats van 15 dagen nadat de arbeidsovereenkomst werd beëindigd).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.11.2023 - Editie 1	06.11.2023	Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- toevoeging van de ergotherapeuten aan de lijst van paramedisch medewerkers
- technische aanpassing van de naam van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen
- invoering van de mogelijkheid tot het sluiten van overeenkomsten met het oog op de financiering van ondernemingen die medische hulpmiddelen installeren en/of onderhouden in het kader van de behandeling van een patiënt buiten een ziekenhuis
- uitklaring van de mogelijkheid om de verstrekkingen die geattesteerd kunnen worden binnen een bepaalde referentieperiode, op kwantitatieve wijze te beperken
- link tussen de inwerkingtreding van de wijzigingen aan de lijst van de vergoedbare specialiteiten ten voordele van de patiënten en de opname in de authentieke bron van geneesmiddelen, SAMv2
- mogelijkheid tot herinschrijving op de lijst van de vergoedbare specialiteiten om te vermijden dat een specialiteit in het kader van de toepassing van het referentietrugbetalingssysteem onbeschikbaar zou zijn
- aanpassingen aan het terugbetalingssysteem voor implantaten en invasieve medische hulpmiddelen om de verdelers meer te responsabiliseren
- met betrekking tot de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle:
 - => een harmonisatie van de termijnen;
 - => aanvullende regels inzake onverenigbaarheid voor de leden van de administratieve rechtscolleges;
 - => een technische correctie om de Nederlandse en Franse tekst op elkaar af te stemmen;
 - => voert een mogelijkheid in tot compensatie door het RIZIV in geval van schuld in hoofde van de zorgverlener.

- mogelijkheid voor de Koning om de overeenkomsten- en akkoordencommissies de mogelijkheid te geven om te kiezen hoe ze de indexeringsmassa toewijzen met betrekking tot hun respectieve doelstellingen
- mogelijkheid tot het aanrekenen van supplementen voor vergoedbare laboratoriumverstrekkingen beperkt tot het wettelijk vastgestelde kader.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2023	06.11.2023	Wet houdende een meerjarencader en gezondheidszorgdoelstellingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met de wet wordt bij het RIZIV een Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen ingesteld. Deze commissie heeft als opdracht het gezondheidszorgbeleid voor de volgende legislatuur vanuit wetenschappelijk oogpunt te sturen en deze beleidslijnen te evalueren en zo nodig bij te sturen in het licht van de jaarlijkse gezondheidszorgbudgetten. Ze stelt de samenstelling en de opdrachten ervan vast.

De Commissie heeft drie mandaten:

- binnen de veertig dagen volgend op elke ontbinding van de Kamer van Volksvertegenwoordigers, de gezondheidszorgdoelstellingen die tijdens de volgende legislatuur nagestreefd zouden moeten worden, voorstellen
- op uiterlijk 30 juni een jaarlijks rapport bezorgen met daarin een evaluatie van de vooruitgang die het afgelopen jaar is geboekt bij het verwezenlijken van de door de Algemene Raad bepaalde gezondheidszorgdoelstellingen
- uiterlijk op de tweede maandag van oktober advies uitbrengen over het globaal begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité voor het volgende jaar vanuit het oogpunt van de conformiteit van dit voorstel met de geldende gezondheidszorgdoelstellingen.

Bovendien voorziet de wet in een bijkomende taak voor de Algemene Raad, namelijk dat de Raad binnen de negentig dagen volgend op de eerste Regeringsverklaring van een nieuwe federale regering, de gezondheidszorgdoelstellingen bepaalt die tijdens de legislatuur zullen worden nagestreefd binnen het kader van de verplichte ziekteverzekering. Daartoe kan hij het advies van het Verzekeringscomité inwinnen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.12.2023	20.12.2023	Wet tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de organisatie van het beoordelingsproces van de arbeidsongeschiktheid betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Deze wet wijzigt vooreerst de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 met het oog op de expliciete opname van het multidisciplinaire team, bestaande uit een ergotherapeut, kinesitherapeut, klinisch psycholoog of beoefenaar van de verpleegkunde, in het proces inzake de beoordeling van de arbeidsongeschiktheid en de restcapaciteiten (categorisaties), door het toewijzen van specifieke opdrachten om te zorgen voor een duidelijke en transparante verdeling van de taken en bevoegdheden tussen de adviserend arts en de medewerker van het multidisciplinaire team binnen de verzekeringsinstelling (optimaal benutten van ieders specifieke deskundigheid).

De medewerker van dit multidisciplinaire team zal over een autonome bevoegdheid beschikken voor de uitoefening van de taken en bevoegdheden die in de wet (en de uitvoeringsbesluiten) worden omschreven. De adviserend arts blijft de eindverantwoordelijke voor de opvolging van het medisch dossier.

Bovendien bepaalt deze wet ook het kader voor de nieuwe bevoegdheden voor de artsen van de Dienst voor Uitkeringen, leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, en de uitvoering van thematische controles die gekoppeld zijn aan het proces van de evaluatie van de arbeids(on)geschiktheid. Dit methodologisch analyse-instrument zal toelaten om over een meer globale en geïntegreerde visie te beschikken van het proces van beoordeling van de arbeids(on)geschiktheid, op basis van de thema's die bevestigd worden (op voorlegging door de Leidend Ambtenaar van de Dienst voor Uitkeringen) door het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering. De concrete organisatie van deze thematische controles zal worden verricht door de artsen van de Dienst voor Uitkeringen, leden van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit, die op het einde van elke controle een samenvattend verslag zullen opstellen dat wordt voorgelegd aan het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering.

Deze samenvattende verslagen zullen in het bijzonder toelaten om te kunnen beoordelen of de praktijken op het terrein in overeenstemming zijn met de toepasselijke regelgeving en om de noodzakelijke aanpassingen te kunnen aanbrengen door middel van aanbevelingen en/of richtlijnen op basis van de analyses die aan het einde van elke thematische controle door de Dienst voor Uitkeringen worden uitgevoerd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.12.2023 - Editie 1	22.12.2023	Programmawet
09.01.2024 - Editie 1	22.12.2023	Programmawet - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

- artikel 35^{bis}: aangezien het plafondprijzenmodel afgeschaft wordt op 1 januari 2024, wordt de bepaling met betrekking tot de inschrijving van een farmaceutische specialiteit, waarbij zijn vergoedingsbasis dient te behoren tot de groep van de goedkoopste specialiteiten bestaande uit hetzelfde werkzaam bestanddeel of dezelfde werkzame bestanddelen, aangepast. Deze bepaling zal vanaf 1 januari 2024 verwijzen naar de groep van de goedkoopste geneesmiddelen
- artikel 35^{ter}:
 - => er wordt een administratieve correctie doorgevoerd, om aan te geven dat de nieuwe vergoedingsbasis wordt vastgelegd op basis van een daling van de bestaande vergoedingsbasis in plaats van de prijs bij de toepassing van het referentierugbetalingsstelsel;
 - => de uitzonderingen van rechtsweg worden uitgebreid vanaf 1 januari 2024;
 - => vanaf 1 januari 2024 wordt de maatregel "combicliff" aangepast en wordt er enkel nog een prijsdaling doorgevoerd wanneer voor alle monopreparaten het referentierugbetalingssysteem wordt toegepast, of wanneer er een generiek middel beschikbaar en vergoedbaar is van dit combinatiepreparaat. Daarnaast wordt de uitzondering voor de farmaceutische specialiteiten met een ATC5-code J05AR opgeheven.
- er wordt een nieuw artikel 35^{ter}/1 ingevoegd, dat voorziet in de wettelijke basis van het referentierugbetalingssysteem voor biologische geneesmiddelen
- er wordt een nieuw artikel 35^{ter}/2 ingevoegd, dat voorziet in de wettelijke basis van de maatregel "oude geneesmiddelen"

- artikel 35^{quater}:

=> de verwijzingen worden aangepast aan de nieuwe verwijzingen ten gevolge van de wetsaanpassing van de voorgaande artikelen;

=> in de Franse tekst wordt eveneens een spelfout rechtgezet;

=> de bepalingen van artikel 35^{ter}/1 en van artikel 35^{quater} kunnen niet op eenzelfde specialiteit worden toegepast.

- artikel 35^{quater}/1 en artikel 35^{quater}/2 worden opgeheven

- in de artikelen 37, 71^{ter}, 73 en 191 worden de verwijzingen aangepast aan de nieuwe verwijzingen ten gevolge van de wetsaanpassing van de voorgaande artikelen

- artikel 72^{bis} herneemt de bepalingen met betrekking tot de schrapping van rechtswege van een specialiteit uit de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bij een onbeschikbaarheid van 3 jaar

- de opheffing van artikel 30 van de wet van 30 juli 2013, gezien de invoeging van het nieuwe artikel 35^{ter}/1, dat dit artikel vervangt

- de opheffing van artikel 69 van de wet van 27 april 2005, gezien de invoeging van het nieuwe artikel 35^{ter}/2, dat dit artikel vervangt

- met artikel 37, § 3/3 heeft de Koning de mogelijkheid om de tarifiering per eenheid uit te breiden tot de andere categorieën van rechthebbenden

- de “standaardheffing” (art. 191, eerste lid, 15^{novies}) en zijn uitvoeringsmodaliteiten worden verdergezet voor het jaar 2024

- de “bijdrageheffing” (art. 191, eerste lid, 15^{duodecies}), de “weesheffing” (art. 191, eerste lid, 15^{terdecies}) en de “compensatoire bijdrage” (art. 191, eerste lid, 31^e) worden gehandhaafd voor het jaar 2024

- RIZIV farmaceutische taksmodulatie (art. 191^{quinquies}) : de reeds bestaande regeling wordt ongewijzigd verlengd tot het steunjaar 2026 (begrotingsjaar 2027)

- terugbetaling van het maximumtarief voor de uitneembare prothesen voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en opname in de maximumfactuur voor gewone rechthebbenden

- de evolutie van de afgevlakte gezondheidsindex wordt berekend tussen augustus T-2 en augustus T-1. Bij de opstelling van de begroting van het jaar T zal rekening worden gehouden met een actuelere index. Hierdoor speelt het indexmechanisme binnen de ziekteverzekering sneller in op de evolutie van de inflatie

- in artikel 50, § 6, tweede lid, laatste zin, wordt het getal “2025” vervangen door het getal “2028” zodat de maximumtarieven in het kader van de akkoorden tandheelkundigen-ziekenfondsen kunnen worden voorzien uiterlijk op de datum van het verstrijken van de geldigheidsduur van het nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen gesloten voor het jaar 2028. Dezelfde wijziging wordt aangebracht in artikel 63 van de wet van 18 mei 2022 houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid

- verhoging van het bedrag van de werkhervattingspremie. Onder bepaalde voorwaarden wordt deze premie toegekend aan de werkgever waarbij een gerechtigde die invalide is erkend, een door de adviserend arts toegelaten arbeid hervat. Vanaf 1 januari 2024 wordt het bedrag van de werkhervattingspremie verhoogd van 1.000 EUR naar 1.725 EUR, op voorwaarde dat de periode gedekt door de toelating van de adviserend arts en de werkhervatting door de invalide erkende gerechtigde bij de werkgever, op grond van deze toelating, ten vroegste aanvatten op 1 januari 2024

- de afschaffing van de opleidingspremie en van de slaagpremie die worden toegekend in het kader van een programma van beroepsherscholing (een premie van 5 EUR per effectief gevolgd uur van opleiding, scholing en begeleiding voor de gerechtigde die een programma van beroepsherscholing volgt en een forfaitaire tegemoetkoming van 500 EUR in geval van het succesvol doorlopen van een programma van beroepsherscholing). Deze premies worden niet langer toegekend voor aanvragen tot tenlasteneming van een nieuw programma van beroepsherscholing die vanaf 1 januari 2024 bij de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit worden ingediend
- een provisionele inhouding op het bedrag van de administratiekosten toegekend aan de vijf landsbonden. Concreet zal voor het boekjaar 2024 een provisionele inhouding van 0,5 % worden verricht op het totaalbedrag aan administratiekosten dat wordt toegekend aan de vijf landsbonden overeenkomstig artikel 195, § 1, 2°, derde lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. Het precieze in te houden bedrag wordt voor elke landsbond bepaald volgens de verdeelsleutel in uitvoering van artikel 195, § 1, 2°, negende lid van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. De eventuele uiteindelijke toekenning van het ingehouden bedrag in maart 2025 zal afhangen van de wijze waarop de betrokken landsbond en de aangesloten ziekenfondsen de voorbereidende opdrachten inzake de eerste inschatting van de restcapaciteiten van de arbeidsongeschikte erkende gerechtigden hebben vervuld en geregistreerd volgens een welbepaalde indicator.
Bovendien voorziet deze afdeling drie in een wijziging van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. De situatie kan zich voordoen dat wegens bepaalde redenen van organisatorische aard de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team één enkel fysiek contact organiseert tijdens de vierde maand van de periode van primaire ongeschiktheid in het kader van, enerzijds, de evaluatie van de staat van arbeidsongeschiktheid en, anderzijds, de evaluatie van de restcapaciteiten omdat de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde de vragenlijst niet behoorlijk ingevuld heeft teruggestuurd. In een dergelijke situatie wordt voorzien dat bij een niet geldig gerechtvaardigde afwezigheid op het fysieke contact de toekenning van de uitkeringen wordt stopgezet tot het ogenblik waarop de gerechtigde (opnieuw) aan de evaluatieverplichtingen voldoet (deze sanctie primeert op de sanctie die een vermindering van het dagbedrag van uitkeringen met 2,5 % inhoudt).

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
16.10.2023 - Editie 1	30.08.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van 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, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden lijnen vervangen in bijlage 1 gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van 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, wat de actieve verbandmiddelen betreft.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2023	12.07.2023	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, wat betreft de tegemoetkoming in de kosten voor de revalidatieverstrekkings in het kader van de revalidatie-overeenkomst

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt artikel 138 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, als volgt vervangen:

“Artikel 138. De tegemoetkoming in de kosten voor de revalidatieverstrekkings is afhankelijk van de voorafgaande toestemming van:

1° het College van artsen-directeurs:

- a) voor de verstrekkingen verleend in het buitenland en die voorzien zijn:
 - in de nomenclatuur opgemaakt in toepassing van artikel 23, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet
 - in de overeenkomsten bedoeld in artikel 22, 6°, van de gecoördineerde wet
- b) voor de verstrekkingen verleend in België en die voorzien zijn:
 - in de nomenclatuur opgemaakt in toepassing van artikel 23, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet, indien de tegemoetkoming expliciet afhankelijk wordt gesteld van de voorafgaande toestemming van het College van artsen-directeurs

2° de adviserend arts voor de verstrekkingen verleend in België en die voorzien zijn:

- a) in de nomenclatuur welke is opgemaakt bij toepassing van artikel 23, § 2, tweede lid, van de gecoördineerde wet, met uitzondering van de verstrekkingen, bedoeld in het punt 1°, b), eerste lid, van dit artikel;
- b) in de overeenkomsten die zijn bedoeld in artikel 22, 6°, van de gecoördineerde wet.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.11.2023	13.09.2023	Koninklijk besluit houdende uitvoering van artikel 195, § 1, 2°, lid 8, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit legt de operationele regels vast voor de hertoewijzing van de bedragen die werden teruggestort door de verzekeringsinstelling in het kader van de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen op het variabel gedeelte van de administratiekosten, zoals ingevoerd door het koninklijk besluit van 10 april 2014.

Er wordt voorzien in de hertoewijzing van de bedragen die uiteindelijk niet werden toegekend naar aanleiding van de jaarlijkse evaluatie van de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen, aan verschillende projecten die zouden kunnen worden gerealiseerd door de verzekeringsinstellingen in samenwerking met de betrokken instanties.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.11.2023 - Editie 2	12.10.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.12.2023 - Editie 2	23.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit wijzigt de criteria om op te treden als “Terug Naar Werk-coördinator” binnen de verzekeringsinstelling (stelsel van de werknemers en stelsel van de zelfstandigen) en brengt de volgende wijzigingen aan in artikel 215*octies*, § 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

- de bepaling onder 2° wordt vervangen als volgt: “2° de betrokkene heeft de door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering georganiseerde opleiding “Disability Management” gevolgd en heeft minstens de helft van de punten behaald op het in het kader van deze opleiding georganiseerde examen “Certified Return to Work Coordinator”. Indien de betrokkene bij de opname van de functie als “Terug Naar Werk-coördinator” echter niet zou voldoen aan de voormelde voorwaarden, dienen zij te zijn vervuld binnen een termijn van drie jaar te rekenen vanaf de opname van deze functie.”
- de bepaling onder 3° wordt vervangen als volgt: “3° de betrokkene neemt na het opnemen van de functie per jaar deel aan twee door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering ingerichte intervisiemomenten.”

Het koninklijk besluit bepaalt dat het wettelijke vermoeden van arbeidsongeschiktheid tijdens het formele re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie in het stelsel van de werknemers aanvat op het ogenblik van de ondertekening van de positieve engagementsverklaring door de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde (niet langer een aanvang op de dag waarop het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie is opgemaakt).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 2	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 oktober 2017 tot uitvoering van artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden aan het koninklijk besluit van 24 oktober 2017 tot uitvoering van artikel 73, § 1/1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de verstrekkingen klinische biologie, pathologische anatomie en genetica, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
=> de woorden “die gemachtigd zijn om de in artikel 34, eerste lid, 3^o, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde verstrekkingen te verlenen en” worden ingevoegd tussen de woorden “kunnen de zorgverleners” en de woorden “die niet tot het akkoord”;

=> de woorden “of de overeenkomst” worden ingevoegd tussen de woorden “het akkoord” en de woorden “zijn toegetreden”;
- artikel 3 wordt vervangen als volgt: “Art. 3. Onverminderd andersluidende wettelijke bepalingen mogen de supplementen bedoeld in artikel 1 enkel worden toegepast wanneer de voorschrijver voor de uitvoering van de in artikel 1 bedoelde verstrekkingen beroep doet op een laboratorium dat voorkomt op de in artikel 5 bedoelde lijst en hiertoe de uitdrukkelijke en schriftelijke toestemming van de patiënt bekomt na deze over de financiële gevolgen te hebben geïnformeerd. De toestemming van de patiënt wordt op het voorschrift vermeld.”
- in artikel 5 worden de woorden “of de overeenkomsten” ingevoegd tussen de woorden “tot de akkoorden” en de woorden “of die er gedeeltelijk”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	14.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3 ^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden aan het koninklijk besluit van 19 december 2014 in uitvoering van artikel 56, § 3^{ter} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor de forensische psychiatrische centra, de volgende wijzigingen aangebracht:

- In artikel 3:
=> wordt de eerste zin onder f) vervangen door: “Het FPC moet globaal beschikken over een zorgequipe van 21,25 VTE/30 bedden, die bestendig instaat voor de verpleging, begeleiding en het continu toezicht van de patiënten (24/24u, 7/7d). Voor het intensifiëren van de zorg wordt deze equipe vanaf 1 januari 2023 uitgebreid met 1 VTE per 30 bedden en bedraagt die globaal 22,25 VTE/30 bedden.”;

=> de bepaling onder q) wordt aangevuld met een punt d., luidende: “d. brengt bij aanvang van de opname de verzekeringsinstelling van de geïnterneerde schriftelijk of op een beveiligde elektronische manier op de hoogte van de opname.”.

- in artikel 4:
=> wordt in § 1 het volgende punt c) toegevoegd: “c) vanaf 1 januari 2023: 255,8 EUR. Zodra het aantal tegemoetkomingen per jaar 77.088 overschrijdt worden deze bijkomende dagen gefactureerd aan 0 EUR.”;
=> § 1/1 wordt vervangen:
- artikel 7, § 1 wordt vervangen door de volgende bepalingen: “§ 1. Het globaal jaarlijks budget ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedraagt voor 2014 4.605.050 EUR, voor 2015 17.093.928 EUR, voor 2016 16.805.928 EUR, voor 2017 18.740.845 EUR en vanaf 2018 tot 2022 bedraagt dit budget 29.332.472 EUR. Vanaf 2023 bedraagt dit budget 34.159.398 EUR. Dit globaal jaarlijks budget dekt de tegemoetkoming die is voorzien in artikel 2, § 1.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	14.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 37bis, § 1, Bbis, 2°, 9e lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het rangnummer “102852” vervangen door het rangnummer “400374”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2023 - Editie 2	30.11.2023	Koninklijk besluit houdende wijziging van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 6, d) van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, de volgende wijziging aangebracht:

- de woorden “in de rubriek “tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie” in artikel 5, § 1 en 2” worden vervangen door de woorden “in § 5 “tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie” in artikel 5”.

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Opschrift
24.10.2023	15.09.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in § 3, tweede lid, 4e streepje, worden de woorden “en § 2, f)” opgeheven

De bepalingen zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerking-treding bij de adviserend artsen toekomen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.10.2023	15.09.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in § 2, b), 6°, 6.3 worden de woorden “Chronische spraakstoornissen ten gevolge van neuromusculaire aandoeningen opgenomen in de lijst die gehanteerd wordt door de referentiecentra voor neuromusculaire aandoeningen, of ten gevolge van de ziekte van Parkinson of van de ziekte van Huntington of ten gevolge van hersenverlamming bij kinderen tot de leeftijd van 3 jaar, geattesteerd door de neuroloog, met uitsluiting van dementie of symptomen van beginnende dementie” vervangen door de woorden “Chronische spraakstoornissen ten gevolge van neuromusculaire aandoeningen opgenomen in de lijst die gehanteerd wordt door de referentiecentra voor neuromusculaire aandoeningen, of ten gevolge van de ziekte van Parkinson of van de ziekte van Huntington, of ten gevolge van demyeliniserende aandoeningen van het centraal zenuwstelsel, of ten gevolge van hersenverlamming bij kinderen tot de leeftijd van 3 jaar, geattesteerd door de neuroloog, met uitsluiting van dementie of symptomen van beginnende dementie”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2023	15.09.2023	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 vervangt § 5 van artikel 9, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2023	01.10.2023	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 wordt in artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijziging aangebracht:

- § 14, 5°, A, f) wordt aangevuld als volgt: “6) acute gehele of quasi-gehele niet-geopereerde ruptuur van de achillespees.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.10.2023	04.09.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 12, § 1, e), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 12, § 1, e), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- de verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145 en hun toepassingsregels worden na de verstrekking 202775-202786 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.10.2023	11.10.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in § 2, tweede lid, wordt het derde streepje vervangen als volgt: “- de verstrekkingen inzake verpleegkundige verzorging die worden verricht in het raam van een van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2°, 3° en 3° *bis* en in rubrieken IV en V van § 1, 1° en 2° met uitzondering van de hygiënische verzorging en de wondzorg”
- in § 4, 2° worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het vierde lid wordt vervangen;
 - => in het zesde lid worden de woorden “of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1° van dit artikel,” geschrapt;
 - => het twaalfde lid wordt vervangen.
- in § 5, 3°, c, worden in de tabel met de verstrekkingen en de verbonden pseudocodes de vijftiende lijn en zestiende lijn vervangen door twee lijnen
- § 8 wordt vervangen
- in § 9, laatste lid worden de woorden “, 427954, 424373, 424535, 424675 en 427976” vervangen door de woorden “en 427954”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.10.2023	28.09.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 11 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in paragraaf 1 worden de verstrekking 354325 en de toepassingsregel ingevoegd na de verstrekking 354255-354266
- in paragraaf 5 worden de woorden “354325,” ingevoegd tussen de woorden “354255 - 354266,” en de woorden “355132 - 355143”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2023 - Editie 1	13.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- § 4, 2°, eerste lid, wordt vervangen
- § 5, 3°, d) wordt vervangen
- het laatste lid van § 5, 4° wordt geschrapt
- § 5*bis*, 2° wordt vervangen
- § 5*bis*, 6° wordt vervangen
- § 12 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2023 - Editie 1	06.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, van de artikelen 5 en 6 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- paragraaf 1 wordt gewijzigd als volgt:
 - => in de rubriek “conserverende verzorging” wordt een nieuwe verstrekking 373796-373800 ingevoegd na de verstrekking 373612-373623;
 - => in de rubriek “conserverende verzorging” wordt een nieuwe verstrekking 374791-374802 ingevoegd na de toepassingsregel met betrekking tot de verstrekking 373656-373660;
- in paragraaf 2, in de rubriek “conserverende verzorging” wordt een nieuwe verstrekking 303796-303800 ingevoegd na de verstrekking 303612-303623.

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

- in paragraaf 4*bis*. wordt na het laatste lid een nieuw lid ingevoegd dat luidt als volgt: “Voor de verstrekking 373796-373800 dient de agenesie van de overeenkomstige definitieve tand OF agenesie van een definitieve tand aangetoond te worden in het dossier van de patiënt.”
- in paragraaf 4*quater*, eerste lid, worden de woorden “373796-373800, 303796-303800” ingevoegd tussen de woorden “305152-305163,” en “voor zorgverlening”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2, B, 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 102852 en de toepassingsregels die volgen worden vervangen.

4. Andere koninklijke besluiten		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.10.2023	15.09.2023	Koninklijk besluit tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan volledig geconventioneerde zorgverleners en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan

Samenvatting van de wijzigingen

Om de stijging van de kosten van levensonderhoud op te vangen, is in het budget 2023 van de verzekering voor geneeskundige verzorging een structurele compensatie van 100 miljoen EUR voorzien voor de zorgverleners die volledig zijn toegetreden tot de overeenkomsten of akkoorden die de tarieven en de honoraria vastleggen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.10.2023 - Editie 2	09.10.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 december 2022 tot vaststelling van de honoraria voor de bereiding, levering en toediening van COVID-vaccins

Samenvatting van de wijzigingen

Overwegende de noodzaak tot het toedienen van vaccins aan een vrij aanzienlijk deel van de populatie binnen een korte periode gedurende het najaar 2023, voorziet het koninklijk besluit in een honorariumsysteem voor de toediening van griepvaccins. Meer specifiek bedraagt het honorarium voor de toediening van een griepvaccin door een arts, verpleegkundige, vroedvrouw of apotheker 15,50 EUR. Er is ook bepaald dat de artsen een honorarium van 15,50 EUR mogen aanrekenen voor de toediening van een COVID-vaccin en dat verpleegkundigen, vroedvrouwen en artsen een honorarium van 3,22 EUR mogen aanrekenen voor de bereiding van een COVID-vaccin.

De specifieke verstrekkingen voor de bereiding en toediening van de vaccins moeten via de derde-betalersregeling worden aangerekend en de patiënt is voor deze verstrekkingen geen enkel bedrag verschuldigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	15.09.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 1 wordt een bepaling onder 10° toegevoegd, luidende “prestatie “Medicatiezicht”
- in artikel 4 wordt een bepaling onder 5°, toegevoegd als volgt: “5° de prestatie “Medicatiezicht”
- er wordt een artikel 6/3 ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.10.2023 - Editie 1	01.10.2023	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

Het bedrag van de telematicapremie bedraagt 800 EUR en wordt jaarlijks uitbetaald aan de vroedvrouwen die voldoen aan de voorwaarden in het kader van e-Health en bepaald in het koninklijk besluit.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2023	11.10.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van 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 koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 1 wordt aangevuld met de bepaling onder 52°
- in artikel 6 wordt het eerste lid opgeheven
- in artikel 7 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid worden de woorden “en de behandeling” ingevoegd tussen de woorden “procedure voor de indiening” en de woorden “van een aanvraag tot aanpassing”;
 - => in het eerste lid worden de woorden “of van een opvolgingsformulier van een aanvraag ingediend door een wetenschappelijke vereniging evenals alle communicaties tussen het secretariaat of de gemachtigde ambtenaar enerzijds en de aanvrager of de aanvragende vereniging anderzijds” ingevoegd tussen de woorden “of een nominatieve lijst” en de woorden “wordt door middel van het netwerk Internet”;

=> het tweede lid wordt aangevuld met de woorden “en de behandeling van het dossier te verzekeren.”;

=> tussen het tweede en het derde lid wordt een lid ingevoegd, luidende: “Zodra het dossier bij het secretariaat wordt ingediend, kan de aanvrager of de aanvragende vereniging op eigen initiatief geen nieuwe gegevens of aanvullende documenten aan de aanvraag tot aanpassing van de lijst of nominatieve lijst toevoegen.”.

- o artikel 12 wordt aangevuld met een lid
- o artikel 31 wordt aangevuld met een paragraaf 7
- o in titel III, hoofdstuk 2, afdeling 1, onderafdeling 1 wordt een artikel 35/1 ingevoegd
- o artikel 42 wordt aangevuld met een paragraaf 7
- o in titel III, hoofdstuk 2, afdeling 1, onderafdeling 2 wordt een artikel 46/1 ingevoegd
- o artikel 52 wordt aangevuld met een lid
- o artikel 61 wordt aangevuld met een paragraaf 6
- o artikel 65, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2
- o in artikel 65/1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “aan de hand van een kennisgevingsformulier” vervangen door de woorden “aan de hand van een volledig ingevuld opvolgingsformulier”;
 - => in paragraaf 2, vierde lid, worden de woorden “kennisgevingen ingediend” vervangen door de woorden “opvolgingsformulieren ingediend”;
 - => paragraaf 3 wordt vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 4 en 5.
- o in artikel 65/2 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “aan de hand van een kennisgevingsformulier” vervangen door de woorden “aan de hand van een volledig ingevuld opvolgingsformulier”;
 - => in paragraaf 2, vierde lid, worden de woorden “kennisgevingen ingediend” vervangen door de woorden “opvolgingsformulieren ingediend”;
 - => paragraaf 3 wordt vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 4 en 5.
- o in artikel 65/3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => paragraaf 2 wordt vervangen;
 - => de paragrafen 2/1 en 2/2 worden ingevoegd.
- o er wordt een artikel 66/1 ingevoegd
- o artikel 79 wordt aangevuld met een paragraaf 7
- o artikel 88 wordt aangevuld met een paragraaf 7
- o artikel 96 wordt aangevuld met een paragraaf 3
- o artikel 102 wordt aangevuld met een paragraaf 6
- o in artikel 104/1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, tweede lid, worden de woorden “aan de hand van een kennisgevingsformulier” vervangen door de woorden “aan de hand van een volledig ingevuld opvolgingsformulier”;
 - => in paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “kennisgevingen ingediend” vervangen door de woorden “opvolgingsformulieren ingediend”;
 - => paragraaf 3 wordt vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 4 en 5.

- in artikel 104/2 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2, tweede lid, worden de woorden “aan de hand van een kennisgevingsformulier” vervangen door de woorden “aan de hand van een volledig ingevuld opvolgingsformulier”;
 - => in paragraaf 2, derde lid, worden de woorden “kennisgevingen ingediend” vervangen door de woorden “opvolgingsformulieren ingediend”;
 - => paragraaf 3 wordt vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 4 en 5.
- in artikel 104/3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => paragraaf 2 wordt vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 3 en 4.
- artikel 112 wordt aangevuld met een paragraaf 3
- artikel 119 wordt aangevuld met een paragraaf 3
- artikel 124 wordt aangevuld met een lid
- artikel 129 wordt aangevuld met een paragraaf 3
- in artikel 137 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 2 wordt tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd;
 - => in paragraaf 2 wordt het vroegere tweede lid, dat het derde lid wordt, vervangen;
 - => het wordt aangevuld met de paragrafen 5 en 6.
- artikel 139, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2;
- in titel III, hoofdstuk 4, wordt een artikel 140/1 ingevoegd;
- in artikel 154 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => paragraaf 3 wordt aangevuld met de bepaling onder 6°;
 - => paragraaf 4 wordt aangevuld met de bepaling onder 4°.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2023	24.09.2023	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2024 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Samenvatting van de wijzigingen

De datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2024 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 19 februari 2024.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.10.2023	21.07.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 februari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het jaar 2023 wordt het basisbedrag voor de financiële tegemoetkoming voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de artsen vastgesteld op 133.966,14 EUR en het aanvullend bedrag vastgesteld op 89,94 EUR per geldig uitgebrachte stem.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.10.2023	18.09.2023	Koninklijk besluit van 18 september 2023 tot wijziging van het koninklijk besluit van 5 mei 2020 tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten

Samenvatting van de wijzigingen

Het koninklijk besluit omvat de volgende wijzigingen inzake de zorgberoepen arts, kinesitherapeut en vroedvrouw:

- artsen:
 - => zorgverleners die gedurende het volledige jaar formeel inactief zijn wegens onder andere arbeidsongeschiktheid maar toch een toegelaten beroepsactiviteit hebben gehad kunnen een premiebedrag sociaal statuut verkrijgen;
 - => de term “erkenning” voor artsen wordt gespecificeerd zodat artsen met een RIZIV-nummer met de bevoegdheidscode bestemd voor artsen zonder bijzondere beroepstitel en verworven rechten, alsook huisartsen op basis van verworven rechten, gelijkgesteld worden met erkende artsen;
 - => er worden activiteitsdrempels ingeschreven voor de nieuwe specialismen klinische genetica en gerechtelijke geneeskunde, voor beide vastgelegd op 25.000 EUR aan terugbetalingen van aangerekende verstrekkingen voor het volledige sociaal statuut;
 - => het geïndexeerde premiebedrag voor huisartsen in opleiding en artsen-specialisten in opleiding, bedraagt voor premiejaar 2023 7.465,04 EUR.
- kinesitherapeuten: het bedrag voor het premiejaar 2022 wordt vastgelegd op respectievelijk 1.790,34, 2.365,79 en 3.165,07 EUR
- vroedvrouwen: er worden vanaf premiejaar 2023 sociale en andere voordelen ingevoerd ten bedrage van 593,44 EUR voor een minimale activiteitsdrempel van 150 verstrekkingen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.11.2023	03.10.2022	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- de eerste paragraaf wordt vervangen

- in de derde paragraaf worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid worden de woorden “juni 2019” vervangen door de woorden “juni 2021”;
 - => in het tweede lid worden de woorden “1 januari 2022” vervangen door de woorden “1 januari 2023”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.11.2023	19.10.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling van de bedragen van de administratiekosten die voor het jaar 2023 aan de verzekeringsinstellingen worden toegekend

Samenvatting van de wijzigingen

De bedragen van de aan de verzekeringsinstellingen toegekende administratiekosten voor het jaar 2023 worden vastgesteld op:

- 1.194.981.000 EUR voor de vijf landsbonden
- 21.199.000 EUR voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2023	06.11.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2023 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de impact van elementen van het jaarlijks budget die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad

Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 5.640.374 duizend EUR voor het jaar 2023.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.11.2023	16.11.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling vanaf het kalenderjaar 2023 van de tegemoetkoming voor diverse maatregelen die voorzien zijn met betrekking tot de federale gezondheidssectoren

Samenvatting van de wijzigingen

Het RIZIV kent een tegemoetkoming toe in de kosten van de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren en in de kosten van het specialisatiecomplement voor verpleegkundigen in de thuisverpleging.

Het maximumbedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten van de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren wordt voor 2023 vastgesteld op 168.878.091 EUR en wordt door het RIZIV ten laste genomen van ofwel de begroting van de geneeskundige verzorging ofwel van de administratiekosten van het RIZIV.

Het maximumbedrag van de jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten van de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de federale gezondheidssectoren wordt vanaf 2024 vastgesteld op 174.587.399 EUR en wordt door het RIZIV ten laste genomen van ofwel de begroting van de geneeskundige verzorging ofwel van de administratiekosten van het RIZIV.

Vanaf het kalenderjaar 2025 worden de bedragen die zijn bedoeld en die betrekking hebben op loonmaatregelen elk jaar verhoogd met de reële groeinorm zoals bepaald in artikel 40 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2023	15.09.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling van tegemoetkomingen aan federale gezondheidszorgsectoren in de kost voor ondersteuning van het zorgpersoneel

Samenvatting van de wijzigingen

Het RIZIV kent de volgende tegemoetkoming toe in de kosten voor het ondersteunen van zorgpersoneel voor administratieve en/of logistieke taken:

- een bedrag van 5.793.131,25 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector bij de RSZ ten bate van werkgevers binnen de openbare federale gezondheidssectoren die administratief en/of logistiek personeel ter beschikking stellen ter ondersteuning van zorgpersoneel
- een bedrag van 14.206.868,75 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel voor gezondheidsinrichtingen en -diensten 330 ten bate van de werkgevers binnen de private federale gezondheidssectoren die administratief en/of logistiek personeel ter beschikking stellen ter ondersteuning van het zorgpersoneel.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.11.2023	06.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in artikel 3, eerste lid, worden de bepalingen onder 12° vervangen als volgt: “10,50 EUR voor de verstrekkingen 307112-307123 en 303796-303800”
- in artikel 5, tweede lid, worden de woorden “en 372632-372643” vervangen door de woorden “, 372632-372643, 373796-373800 en 374791-374802”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.12.2023	19.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 12 december 2018 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland

Samenvatting van de wijzigingen

Voor het tijdvak van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2024 is de verpleegdagprijs vastgesteld op 728,52 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2023	11.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 22 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit bepaalt dat het wettelijke vermoeden van arbeidsongeschiktheid tijdens het formele re-integratietraject gericht op sociaalprofessionele re-integratie in het stelsel van de zelfstandigen aanvat op het ogenblik van de ondertekening van de positieve engagementsverklaring door de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde (niet langer een aanvang op de dag waarop het re-integratieplan gericht op sociaalprofessionele re-integratie is opgemaakt).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2023	11.12.2023	Koninklijk besluit tot vervanging van artikel 32 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

Vanaf 1 januari 2024 is in het stelsel van de zelfstandigen een nieuwe regeling inzake het recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tijdens een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving van toepassing. Deze nieuwe regeling houdt hoofdzakelijk in dat:

- de toekenning van de uitkeringen wordt geschorst als de arbeidsongeschikt erkende gerechtigde het voorwerp vormt van een maatregel van hechtenis of gevangenzetting in uitvoering van een strafrechtelijke veroordeling waardoor hij daadwerkelijk in een gevangenis of een transitiehuis verblijft. Gedurende het tijdvak van voorlopige hechtenis blijft de betrokkene dus aanspraak maken op het normale bedrag aan uitkeringen
- het bedrag van de uitkering wordt verminderd tot de helft voor de geïnterneerde gerechtigde zonder persoon ten laste die in een door de bevoegde instantie aangewezen inrichting verblijft onder het statuut van een plaatsing. De volledige uitkering wordt evenwel aan deze gerechtigde zonder persoon ten laste toegekend als hij vanwege de bevoegde instantie de toelating heeft verkregen om de inrichting te verlaten voor een ononderbroken periode van ten minste zeven dagen, vanaf de eerste dag van deze periode. De gerechtigde met persoon ten laste blijft steeds aanspraak maken op het normale bedrag van de uitkering.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 2	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in artikel 2 van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, wijzigingen aangebracht. Het gaat om maatregelen die tot doel hebben de uitgaven voor klinische biologie in de ambulante sector te beheersen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 2	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 houdende nadere regeling van de financiering van de externe kwaliteitscontrole van erkende laboratoria voor klinische biologie

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 houdende nadere regeling van de financiering van de externe kwaliteitscontrole van erkende laboratoria voor klinische biologie, de volgende wijziging aangebracht:

- de woorden "0,20 %" worden vervangen door de woorden "0,235 %".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 1	21.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in het koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 77 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in paragraaf 1, eerste lid, worden de woorden "Met uitwerking op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober" vervangen door de woorden "Elke eerste dag van de maand";

=> in paragraaf 1, tweede lid, worden de woorden “Uiterlijk op 1 november, 1 februari, 1 mei en 1 augustus die hieraan voorafgaan” vervangen door de woorden “Uiterlijk op de eerste dag van de maand die eraan voorafgaat”;

=> in paragraaf 1, derde lid, wordt het woord “trimestriële” vervangen door het woord “maandelijkse”;

=> paragraaf 2 wordt vervangen als volgt: “§ 2. Op de eerste werkdag van de maand die voorafgaat aan het vaststellen van de lijst van betrokken specialiteiten, controleert het secretariaat van de Commissie de beschikbaarheid op de dag van de vaststelling van de lijst overeenkomstig artikel 35^{ter}, § 1 van de wet, van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), waarvoor de bepalingen van artikel 35^{ter} § 1 nog niet werden toegepast.

De aanvrager deelt de beschikbaarheid van de betrokken farmaceutische specialiteiten mee binnen een termijn van 5 dagen volgend op de ontvangst van de communicatie van de Dienst.

Na de ontvangst van de beschikbaarheidsstatus van de betrokken farmaceutische specialiteiten, brengt de Dienst de aanvragers op de hoogte waarvoor één of meerdere van hun farmaceutische specialiteiten een daling in vergoedingsbasis zullen ondergaan.

Indien de beschikbaarheidsstatus van de betrokken farmaceutische specialiteit wijzigt tussen de datum van communicatie en de eerste dag van de maand voorafgaand aan de dag van de aanpassing van de lijst overeenkomstig de bepalingen van artikel 35^{ter}, § 1 van de wet, wordt dit door de aanvrager aan het secretariaat van de Commissie meegedeeld.”;

=> paragraaf 3 wordt opgeheven;

=> paragraaf 4 wordt vervangen:

=> in paragraaf 5 wordt het woord “trimestriële” vervangen door het woord “maandelijkse”;

=> in paragraaf 5 worden de woorden “van artikel 35^{ter} § 2 of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter} § 2”;

=> in paragraaf 6 wordt het tweede lid vervangen als volgt: “De aanvrager deelt zijn keuze mee binnen een termijn van 5 dagen volgend op de ontvangst van de lijst zoals bedoeld in § 1, tweede lid.”;

=> in paragraaf 6, vijfde lid, worden de woorden “bedoeld in art. 35^{ter} § 2 of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “bedoeld in art. 35^{ter} § 2”.

- in artikel 79 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> in paragraaf 1, eerste lid, worden de woorden “van artikel 35^{ter}, § 1, of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 1, § 2 of § 2”;

=> in paragraaf 1, eerste lid, worden de woorden “respectievelijk op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober van elk jaar” vervangen door de woorden “elke eerste dag van de maand”;

=> in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “respectievelijk op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober van elk jaar” vervangen door de woorden “elke eerste dag van de maand”;

=> in paragraaf 2, tweede lid, worden in de bepaling onder a) de woorden “van artikel 35^{ter}, § 1, of § 2^{bis}” vervangen door de woorden “van artikel 35^{ter}, § 1”;

=> in paragraaf 2, tweede lid, wordt in de bepaling onder a) tussen het eerste en het tweede lid een lid ingevoegd, luidende: “Voor de farmaceutische specialiteiten met meer dan één werkzaam bestanddeel, waarvoor voor minstens één van de werkzame bestanddelen de bepalingen van artikel 35^{ter}, § 2^{bis} van de wet reeds toegepast werden, wordt de vergoedingsbasis (op niveau buiten bedrijf) voor de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 procent van de vergoedingsbasis bedraagt, verlaagd tot een waarde die 27,82 procent lager is dan de vergoedingsbasis (op niveau buiten bedrijf) op het moment van de inschrijving op de lijst van de specialiteit en voor de andere specialiteiten, verlaagd tot een waarde die 23,37 procent lager is dan de vergoedingsbasis (op niveau buiten bedrijf) op het moment van de inschrijving op de lijst van de specialiteit.”.

- in artikel 80 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> in de Nederlandstalige tekst van het artikel wordt het woord “af-fabriek” telkens vervangen door de woorden “buiten bedrijf”;

=> in paragraaf 2, eerste lid, worden de woorden “Uiterlijk op 1 november, 1 februari, 1 mei en 1 augustus” vervangen door de woorden “Uiterlijk op eerste dag van de maand”.

- in artikel 127 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> in paragraaf 1, tweede lid, wordt de bepaling onder a) vervangen als volgt: “a) 100 % van de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom *ad hoc* van de lijst voor de specialiteiten die in categorie A, Fa of in de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186, B-188 of B-189 zijn geklasseerd;”;

=> in paragraaf 1, tweede lid, wordt de bepaling onder b) vervangen als volgt: “b) de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom *ad hoc* van de lijst voor de specialiteiten die in categorie B zijn geklasseerd, met uitsluiting van de specialiteiten die in de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186, B-188 of B-189 zijn geklasseerd, of de vergoedingsbasis zoals die is vermeld in de kolom *ad hoc* van de lijst voor de specialiteiten die in categorie Fb zijn geklasseerd, telkens verminderd met 0,37 EUR per schijf van het aantal eenheden van de voorgeschreven dosering die begrepen zijn in de grootste vergoedbare individuele verpakking van deze specialiteit, of, bij het ontbreken van deze referte, per schijf van een hoeveelheid vastgesteld in de lijst. Wanneer in een verplegingsinrichting een zieke naar een andere dienst wordt overgeplaatst dient men, om het bedrag van 0,37 EUR te berekenen, er van uit te gaan dat een nieuwe schijf wordt begonnen;”;

- in artikel 128, lid 1, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

=> In het punt 1:

- het getal “0,35” wordt door het getal “0,36” vervangen;
- de getallen “2,33” worden door de getallen “2,35” vervangen;
- de woorden “15 %” worden door de woorden “15,3 %” vervangen;
- het getal “2,00” wordt door het getal “2,04” vervangen;
- de woorden “0,9 %” worden door de woorden “0,92 %” vervangen;

=> In het punt 2:

- het getal “6,04” wordt door het getal “7,18” vervangen;
- het getal “3,624” wordt door het getal “4,308” vervangen;
- de woorden “2 %” worden door de woorden “2,37 %” vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 1	30.11.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het opschrift van het koninklijk besluit van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen, worden de woorden “bij vrouwen” opgeheven
- in de artikelen 1, 2, 3 en 4 wordt in de Nederlandse tekst het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”
- in artikel 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in de bepaling onder 8° wordt het woord “vrouw” telkens vervangen door het woord “rechthebbende”;
 - => in de bepaling onder 8° in de Franse tekst worden de woorden “par femme” vervangen door de woorden “par bénéficiaire”;
- in de artikelen 2, 3 en 4 van hetzelfde besluit worden in de Franse tekst de woorden “à la bénéficiaire” telkens vervangen door de woorden “au bénéficiaire”
- in de artikelen 2 en 3 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => het woord “patiëntes” wordt vervangen door het woord “rechthebbenden”;
 - => in de Franse tekst worden de woorden “pour une même bénéficiaire” vervangen door de woorden “pour un même bénéficiaire”;
- in artikel 3, eerste lid, in de Franse tekst, worden de woorden “chez une receveuse d’ovocyte(s)” vervangen door de woorden “chez un receveur d’ovocyte(s)”
- in artikel 4 worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in het eerste lid, worden in de Franse tekst de woorden “une bénéficiaire” telkens vervangen door de woorden “un bénéficiaire”;
 - => in het eerste lid, 2°, worden de woorden “een gedocumenteerde onverklaarde vrouwelijke infertiliteit, een beperkte endometriose of een cervicale steriliteit of een gedocumenteerde mannelijke matige subfertiliteit.” vervangen door “een gedocumenteerde onverklaarde infertiliteit of een gedocumenteerde matige subfertiliteit, om endometriose of om cervicale steriliteit.”;
 - => in het vierde lid worden in de Franse tekst de woorden “La bénéficiaire” vervangen door de woorden “Le bénéficiaire”.
- in de artikelen 6, 7 en 8 worden in de Franse tekst de woorden “de la bénéficiaire” telkens vervangen door de woorden “du bénéficiaire”
- de bijlagen A1, A2, A3, B1, B2 en B3 worden vervangen door de bijlagen A1, A2, A3, B1, B2 en B3.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 1	11.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 juni 2022 tot uitvoering van artikel 42, eerste lid, van de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden aan het koninklijk besluit van 23 juni 2022 tot uitvoering van artikel 42, eerste lid, van de wet van 13 juni 2021 houdende maatregelen ter beheersing van de COVID-19-pandemie en andere dringende maatregelen in het domein van de gezondheidszorg, de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 8, § 1, wordt aangevuld met een lid, luidende: “Het geraamde totaal budget voor 2023 wordt ingeschat op 653.000 EUR.”
- in artikel 9 worden de woorden “op 31 december 2022” vervangen door de woorden “op 31 december 2023”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 1	03.12.2023	Koninklijk besluit tot opheffing van het koninklijk besluit van 2 april 2021 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

Het koninklijk besluit van 2 april 2021 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, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 september 2022, wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit wordt in artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, de volgende wijziging aangebracht:

- het rangnummer “102852” wordt vervangen door het rangnummer “400374”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

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

- na 10° wordt een nieuw lid ingevoegd, luidend als volgt:

“In afwijking van 2° van dit artikel is het persoonlijk aandeel van de verstrekking 301593-301604 nul voor de volgende rechthebbenden:

- de rechthebbenden van het opstarttraject diabetes die een tegemoetkoming ontvangen hebben voor een van de verstrekkingen 102852, 109594, 400374 of 400396
- de rechthebbenden van het diabetes mellitus type 2 zorgtraject zoals gedefinieerd door het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten
- de rechthebbenden die opgevolgd worden in het kader van een overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellitus bij kinderen en adolescenten of een overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten, in uitvoering van de artikelen 22, 6°, en 23, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	17.12.2023	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het koninklijk besluit worden in het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 5 wordt vervangen
- in de bijlage bij het koninklijk besluit worden de bepalingen van hoofdstuk I, A., opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen
- in dezelfde bijlage worden in hoofdstuk I de volgende bepalingen ingevoegd na de bepalingen onder A *bis*.

- in hoofdstuk I, B, van dezelfde bijlage worden de woorden “de verstrekking 102852” vervangen door de woorden “de verstrekking 400374 of 400396”
- in hoofdstuk V van dezelfde bijlage, onder het opschrift “Verstrekkingsinzake educatie van diabetespatiënten”, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in 1. Definities, worden de bepalingen onder j) vervangen;
 - => de bepalingen onder 2.A. worden vervangen;
 - => in de bepalingen onder 3. en onder 5. worden de woorden “verstrekking opvolging” telkens vervangen door de woorden “verstrekking opstarttraject”;
 - => in de bepalingen onder 3.1.3. wordt het eerste lid met een bepaling d) aangevuld;
 - => de bepalingen onder 3.2.C. worden aangevuld;
 - => in de Franstalige tekst wordt de titel “4.3.4. Conditions relatives à la pratique d’éducateur en diabétologie” vervangen door “5.3.4. Conditions relatives à la pratique d’éducateur en diabétologie”;
 - => het hoofdstuk wordt met een 5.4 aangevuld.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	17.12.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling voor het jaar 2024 van tegemoetkomingen aan de federale gezondheidszorgsectoren in de kost voor de opleidingsprojecten tot verpleegkundigen of zorgkundigen, “#Kiesvoorzorg” en “Instroom B”, in de kost voor ondersteuning van het zorgpersoneel en in de kost voor pilootprojecten “(Op)Nieuw aan Boord”

Samenvatting van de wijzigingen

Het RIZIV kent de volgende tegemoetkoming toe:

- in de kosten voor het ondersteunen van zorgpersoneel voor administratieve en/of logistieke taken in 2024:
 - => een bedrag van 5.577.785,41 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector bij de RSZ ten bate van werkgevers binnen de openbare federale gezondheidssectoren die administratief en/of logistiek personeel ter beschikking stellen ter ondersteuning van zorgpersoneel;
 - => een bedrag van 15.422.214,59 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel voor gezondheidsinrichtingen en -diensten 330 ten bate van de werkgevers binnen de private federale gezondheidssectoren die administratief en/of logistiek personeel ter beschikking stellen ter ondersteuning van het zorgpersoneel.
- in de kosten van de maatregelen die betrekking hebben op het opleidingsproject tot verpleegkundige en zorgkundige, het project “#Kiesvoorzorg” en het project “instroom B” in 2024:
 - => een bedrag van 6.109.003,07 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector bij de RSZ ten bate van personen die in het kader van het Opleidingsproject tot verpleegkundige en zorgkundige of het project “instroom B”, een opleiding volgen en tewerkgesteld zijn bij een openbare werkgever die valt onder de federale gezondheidssectoren;
 - => een bedrag van 16.890.996,93 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel voor gezondheidsinrichtingen en -diensten 330 ten bate van personen die in het kader van het Opleidingsproject tot verpleegkundige of zorgkundige of het project “#Kiesvoorzorg”, een opleiding volgen en tewerkgesteld zijn bij een private werkgever die valt onder de federale gezondheidssectoren.

- in de kosten van pilootprojecten “(Op)Nieuw aan Boord” in 2024:

=> een bedrag van 1.859.261,80 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel van de Overheidssector bij de RSZ;

=> een bedrag van 5.140.738,20 EUR te storten aan het Fonds Sociale Maribel voor gezondheidsinrichtingen en -diensten 330.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2023 - Editie 2	13.11.2023	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers in 2023

Samenvatting van de wijzigingen

Het forfaitaire bedrag, dat onder bepaalde voorwaarden aan de tandheelkundigen wordt uitbetaald, bedraagt voor het premiejaar 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.12.2023 - Editie 2	12.12.2023	Koninklijk besluit van [xxxx] tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de kinesitherapeuten voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

Het forfaitaire bedrag, dat onder bepaalde voorwaarden aan de kinesitherapeuten wordt uitbetaald, bedraagt voor het premiejaar 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.12.2023 - Editie 1	25.12.2023	Koninklijk besluit tot opheffing van het koninklijk besluit van 15 september 2023 tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan volledig geconventioneerde zorgverleners en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan

Samenvatting van de wijzigingen

Aangezien de premie niet meer wordt uitbetaald voor 2024, wordt het koninklijk besluit van 15 september 2023 tot toekenning van een financiële tegemoetkoming aan volledig geconventioneerde zorgverleners en tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels ervan, opgeheven.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.10.2023	21.09.2023	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 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 volgende wijzigingen aangebracht:

- voor het hoofdstuk “A. Oftalmologie” worden volgende bepalingen ingevoegd: “1.4. De formulering “implanteerbaar materiaal” in een omschrijving van een verstrekking in categorie II (Invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik) van de Lijst verwijst naar een implanteerbaar medisch hulpmiddel zoals bedoeld in de Verordening (UE) 2017/745 (MDR) gebruikt tijdens een viscerosynthese of endoscopische ingreep en gebruikt om een ligatuur of hechting te doen (hechtingsversterkingen inbegrepen), met uitzondering van de medische hulpmiddelen die via een andere verstrekking van de Lijst van een tegemoetkoming van de verzekering genieten.”
- in het hoofdstuk “H. Gynaecologie”, in het opschrift “H.5 Allerlei”, wordt in de omschrijving van de verstrekking 182114-182125 de woorden “een hysterosalpingo-foam-sonografie” vervangen door de woorden “de verstrekking 432832-432843 van de nomenclatuur”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.10.2023 - Editie 1	13.10.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “M. Andere” van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- In het hoofdstuk “M. Andere” 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, worden de volgende wijzigingen aangebracht aan punt “M.1 Diabetes”:

=> de onderverdeling “M.1.1 Implanterbare sensor voor de continue meting van het glucoseniveau in het interstitieel vocht” wordt opgeheven;

=> de verstrekkingen 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 en 174510-174521 en hun vergoedingsmodaliteiten worden opgeheven;

=> de vergoedingsvoorwaarde M- § 01 gekoppeld aan de verstrekkingen 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 en 174510-174521 wordt opgeheven.

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

=> de nominatieve lijst 37201 behorende bij de verstrekkingen 174370-174381, 174392-174403 en 174495-174506 wordt opgeheven;

=> de nominatieve lijst 37301 behorende bij de verstrekking 174414-174425 wordt opgeheven;

=> de nominatieve lijst 37401 behorende bij de verstrekkingen 174436-174440, 174451-174462 en 174510-174521 wordt opgeheven;

=> de nominatieve lijst 37501 behorende bij de verstrekking 174473-174484 wordt opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2023	20.11.2023	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

Het ministerieel besluit brengt 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 ziekteverzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, in overeenstemming met de bepalingen van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2023	21.11.2023	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 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 volgende wijzigingen aangebracht:

- in het hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” worden de volgende wijzigingen aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 04 aangebracht:
=> het punt “4.1. Eerste gebruik” wordt vervangen;
=> het punt “6 Resultaten en statistieken” wordt vervangen;
- in het hoofdstuk “H. Gynaecologie” worden de volgende wijzigingen aan de vergoedingsvoorwaarde H- § 04 aangebracht:
=> in de Franse tekst wordt het punt “2. Critères concernant le bénéficiaire” vervangen;
=> het punt “4. Aanvraagprocedure en formulieren” wordt vervangen;
=> het punt “6 Resultaten en statistieken” wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	04.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit wordt in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een bepaling ingevoegd in § 20000, b).

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	04.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in § 10000 worden bepalingen ingevoegd
- in § 30000 wordt een bepaling ingevoegd
- in § 80000, worden de vergoedingsvoorwaarden vervangen als volgt:
 - => § 80000. Preparaten voor de behandeling van glutaaracidurie type I. De paragraaf 80000 werd vervangen door paragraaf 80100. Ten titel van overgangsmaatregel kunnen machtigingen voor deze paragraaf, die afgeleverd zijn vóór het in werking treden van dit besluit, hun geldigheid bewaren volgens de bepalingen vermeld op deze machtigingen, namelijk maximaal tot en met 31 oktober 2024 indien het een eerste aanvraag tot vergoeding betrof, of levenslang indien het een verlenging betrof.
- de paragrafen § 80100 (Preparaten voor de behandeling van glutaaracidurie type I) en § 80200 (Preparaten voor de behandeling van pyridoxine dependente epilepsie) worden ingevoegd tussen de § 80000 en de lijst van de producten.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	04.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 van het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, middelen ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	25.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden aan het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 2 wordt een middel ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk II, afdeling 5 worden middelen ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 1, hoofdstuk III, afdeling 1 wordt een middel ingevoegd
- in de lijst deel I, titel 2, hoofdstuk I worden wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.12.2023	24.11.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5 ^o a), 19 ^o , 20 ^o en 20 <i>bis</i> van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht:

- in deel I, Titel 1 van de lijst bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o a), 19^o, 20^o en 20*bis* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in hoofdstuk I, wordt een middel geschrapt;
 - => in hoofdstuk II, afdeling 1, worden middelen geschrapt en lijnen vervangen;
 - => in hoofdstuk II, afdeling 2, worden middelen geschrapt;
 - => in hoofdstuk III, afdeling 1, B, worden middelen geschrapt en de kolommen genaamd "BEBAT (excl. T.V.A. - excl. btw)" en "RECUPEL (excl. T.V.A. - excl. btw)" worden geschrapt;
 - => in hoofdstuk III, afdeling 2, worden middelen geschrapt en de kolommen genaamd "BEBAT (excl. T.V.A. - excl. btw)" en "RECUPEL (excl. T.V.A. - excl. btw)" worden geschrapt;
- in Deel I, Titel 2, Hoofdstuk I van de lijst bij hetzelfde besluit, worden wijzigingen aangebracht
- in deel I, Titel 3 van de lijst bij hetzelfde besluit, worden wijzigingen aangebracht
- in Deel I, Titel 4, Hoofdstuk II, Afdeling 1, a), van de lijst bij hetzelfde besluit, worden bepalingen geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	21.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen
18.10.2023	21.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst en van de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, laatstelijk gewijzigd bij het ministerieel besluit van 25 augustus 2023, de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift "F.1.7. Hartondersteuning":

- de omschrijving van de verstrekking 180331-180342 wordt vervangen door "Materiaal voor univentriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt voor primo-implantatie in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180353-180364 wordt vervangen door "Materiaal voor biventriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt voor primo-implantatie in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180375-180386 wordt vervangen door "Materiaal voor ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt voor primo-implantatie in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180390-180401 wordt vervangen door "Geheel van materiaal voor de vervanging van univentriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180412-180423 wordt vervangen door "Geheel van materiaal voor de vervanging van biventriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180434-180445 wordt vervangen door "Geheel van materiaal voor de vervanging van ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt in geval van 'bridge-to-transplant'"
- de omschrijving van de verstrekking 180456 wordt vervangen door "Alle toebehoren nodig om het materiaal voor ventrikelondersteuning correct te laten werken voor een ambulante rechthebbende gedurende het eerste jaar van de ondersteuning"
- de omschrijving van de verstrekking 180471 wordt vervangen door "Alle toebehoren om het materiaal voor ventrikelondersteuning correct te laten werken voor een ambulante rechthebbende na het eerste jaar van de ondersteuning"
- de volgende verstrekkingen en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd als volgt:
=> "181414-181425 Materiaal voor univentriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt voor primo-implantatie in geval van 'bridge-to-decision'";

- => “181436-181440 Materiaal voor biventriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt voor primo-implantatie in geval van ‘bridge-to-decision’”;
- => “181451-181462 Materiaal voor ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt voor primo-implantatie in geval van ‘bridge-to-decision’”;
- => “181473-181484 Materiaal voor ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt voor primo-implantatie in geval van ‘destination therapy’”;
- => “181495-181506 Geheel van materiaal voor de vervanging van univentriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt in geval van ‘bridge-to-decision’”;
- => “181510-181521 Geheel van materiaal voor de vervanging van biventriculaire ondersteuning van het paracorporele type gebruikt in geval van ‘bridge-to-decision’”;
- => “181532-181543 Geheel van materiaal voor de vervanging van ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt in geval van ‘bridge-to-decision’”;
- => “181554-181565 Geheel van materiaal voor de vervanging van ventrikelondersteuning van het implanteerbare type gebruikt in geval van ‘destination therapy’”;
- => “181576-181580 Geheel van materiaal voor de voortijdige vervanging van ventrikelondersteuning omwille van een patiëntgebonden probleem binnen de eerste zes maanden na implantatie”

- de vergoedingsvoorwaarde F- § 25 wordt vervangen
- de verstrekkingen 183610 en 183632 en hun vergoedingsmodaliteiten worden geschrapt
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 27 wordt geschrapt.

Met het ministerieel besluit worden 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, laatstelijk gewijzigd bij het ministerieel besluit van 25 augustus 2023, de volgende wijzigingen aangebracht:

- in de Nominatieve lijst van materiaal voor ventrikelondersteuning:
 - => de nominatieve lijst 36801, behorende bij de verstrekkingen 180331-180342, 180390-180401, 181414-181425 en 181495-181506, wordt gewijzigd;
 - => de nominatieve lijst 36802, behorende bij de verstrekkingen 180353-180364, 180412-180423, 181436-181440 en 181510-181521, wordt gewijzigd;
 - => de nominatieve lijst 36803, behorende bij de verstrekkingen 180375-180386, 180434-180445, 181451-181462, 181473-181484, 181532-181543 en 181554-181565, wordt gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
08.12.2023	21.11.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden in het hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift "F.1.6.2 Dilatatie bij endoluminale klepplastiek":

- de verstrekking 159294-159305 en haar vergoedingsmodaliteiten worden aangepast
- de verstrekkingen 184870-184881, 184892-184903 en 184914-184925 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd
- aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 09 wordt de eerste alinea van punt "5.1 Cumul en non-cumulregels" aangepast
- de vergoedingsvoorwaarde F- § 10 wordt vervangen
- aan de vergoedingsvoorwaarde F- § 24 wordt de derde alinea van punt "5.1 Cumul en non-cumulregels" aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2023	12.10.2023	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 bijlage I worden wijzigingen aangebracht
- in bijlage II worden wijzigingen aangebracht
- het punt VII.7.15 wordt toegevoegd, luidende: "Antivirale middelen tegen SARS-Cov-2: Fa-22"
- in bijlage IV worden ATC codes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.10.2023	17.10.2023	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
13.11.2023	17.10.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2023	14.11.2023	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
20.11.2023	16.11.2023	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
30.11.2023	16.11.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i>
15.12.2023	16.11.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2023 - Editie 1	15.12.2023	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
21.12.2023	12.12.2023	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
16.01.2024	12.12.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten. - <i>Erratum</i>

Samenvatting van de wijzigingen

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2023	12.10.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2023	16.11.2023	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 in hoofdstuk II wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2023	21.09.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 17 februari 2016 tot vaststelling van de praktische organisatie van de verkiezingen van de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten zoals bedoeld in artikel 211, § 2, en 212 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 8, § 1 van het ministerieel besluit van 17 februari 2016 tot vaststelling van de praktische organisatie van de verkiezingen van de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten zoals bedoeld in artikel 211, § 2, en 212 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de woorden “Tervurenlaan 211, te 1150 Brussel” geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2023	24.11.2023	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” 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 in het hoofdstuk “C. Oto-rhino-laryngologie” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, de volgende wijzigingen aangebracht:

- aan punt “C.1.1.1 Cochleair implantaat bij ernstig bilateraal gehoorverlies” worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => de omschrijving van de verstrekkingen 184310-184321, 184332-184343 en 184391-184402 wordt vervangen;
 - => de verstrekkingen 184833-184844 en 184855-184866 en hun vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd;
- het vroegere punt “C.1.1.4. Vervangingen”, dat punt “C.1.1.6. Vervangingen” wordt, wordt vervangen
- de volgende wijzigingen worden aan de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 aangebracht:
 - => in het opschrift “Gelinkte prestaties:” worden de verstrekkingen 184774-184785, 184796-184800, 184811-184822, 184833-184844 en 184855-184866 toegevoegd;
 - => in punt “1. Criteria betreffende de verplegingsinrichting” wordt het eerste lid vervangen;
 - => in de Nederlandse tekst wordt in punt “1.1. Indicatiestelling” het woord “otorinolaryngologie” vervangen door het woord “otorhinolaryngologie”;
 - => in punt “2. Criteria betreffende de rechthebbende” wordt het eerste lid vervangen;
 - => punt “2.2.2.” wordt vervangen;
 - => het vroegere punt “2.2.5.”, dat punt “2.2.7.” wordt, wordt vervangen;
 - => het nieuwe punt “2.2.6.” wordt toegevoegd;
 - => het vroegere punt “2.2.5.”, dat het nieuwe toegevoegde punt “2.2.7.” wordt, wordt vervangen als volgt:

- => het eerste lid van punt “3. Criteria betreffende het hulpmiddel” wordt vervangen;
- => het punt “4. Aanvraagprocedure en formulieren” wordt vervangen;
- => het punt “5. Regels voor attestering” wordt vervangen;
- => in het eerste lid van punt “7. Verwerking van gegevens” worden de woorden “punten 4.1., 4.2. en 4.3.” vervangen door de woorden “punten 4.1., 4.3. en 4.4.”.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2023 - Editie 1	26.06.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren F-Form-I-11, F-Form-I-12, F-Form-I-13, F-Form-II-07 en F-Form-I-19 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.10.2023 - Editie 1	05.06.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren M-Form-I-01, M-Form-I-02, M-Form-I-03 en M-Form-II-01 met betrekking tot de kandidatuurstelling en de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “M. Andere; M.1. Diabetes” van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.11.2023	18.09.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, worden het formulier T-Temp-I-03 met betrekking tot het “aanvraagformulier vereniging voor de opname of de wijziging van een verstrekking of vergoedingsmodaliteiten in de Lijst” en het formulier T-Temp-I-04 met betrekking tot het “opvolgingsformulier van een aanvraag ingediend door een vereniging, voor de opname of de wijziging van een verstrekking of vergoedingsmodaliteiten in de Lijst” aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2023	10.08.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen worden de formulieren H-FORM-I-01, H-FORM-I-02 en H-FORM-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “H. Gynaecologie; H.4. Netjes voor herstel van prolaps” van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2023	18.09.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt het formulier F-Form-I-02 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “F. Heelkunde op de thorax en cardiologie” van de lijst, geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
01.12.2023	10.08.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de bijlage van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen met betrekking tot de aanvraagprocedure voor een cochleair implantaat, worden de formulieren C-Form-I-06, C-Form-I-10 en C-Form-I-12 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, gewijzigd. Het formulier C-Form-I-16 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, wordt toegevoegd. De formulieren C-Form-I-01 en C-Form-I-02 waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "C. Oto-rhino-laryngologie" van de lijst, worden geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.12.2023	18.09.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, wordt het formulier T-Temp-I-01 met betrekking tot het "Aanvraagformulier bedrijf, voor de opname of de wijziging van een verstrekking of vergoedingsmodaliteiten in de lijst" aangepast.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
25.10.2023	15.05.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De bijlage 5a van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2023	13.11.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt in artikel 31 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de volgende wijziging aangebracht:

- de eerste paragraaf wordt vervangen als volgt: “§ 1. Ter herinnering, tenzij anders bepaald in de volgende artikelen van dit hoofdstuk, voldoet een bewijsstuk aan de vereisten van artikel 53, § 1/2 van de wet.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2023	27.11.2023	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

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

- in artikel 32/4 worden de woorden “Qrcode” vervangen door de woorden “datamatrix code”
- artikel 32/4/2 wordt vervangen
- in artikel 32/6 wordt het tweede streepje vervangen
- in artikel 32/8 wordt het laatste lid aangevuld met een streepje
- artikel 32/9 wordt vervangen
- in artikel 32/12 worden de woorden “Qr Code” vervangen door de woorden “datamatrix code”
- artikel 32/14 wordt aangevuld met een lid
- artikel 32/16, derde lid, wordt aangevuld
- artikel 32/18 wordt vervangen
- in artikel 32/19 wordt het laatste streepje vervangen
- artikel 32/20 wordt aangevuld met een lid.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

13.10.2023

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

INTERPRETATIEREGEL 13

Vraag

“Welke type materiaal is door de woorden “implanteerbaar materiaal” in een omschrijving van een verstrekking in categorie II (Invasieve medische hulpmiddelen voor niet-langdurig gebruik) van de Lijst gedekt?”

Antwoord

“Als de formulering “implanteerbaar materiaal” gebruikt wordt in een verstrekking in categorie II in de Lijst, moet het volgende begrepen worden: een implanteerbaar medische hulpmiddel zoals bedoeld in de Verordening (UE) 2017/745 (MDR) gebruikt tijdens een viscerosynthese of endoscopische ingreep en gebruikt om een ligatuur of hechting te doen (hechtingsversterkingen inbegrepen), met uitzondering van de medische hulpmiddelen die via een andere verstrekking van de Lijst van een tegemoetkoming van de verzekering genieten.”

INTERPRETATIEREGEL 43

Vraag

“Welke medische handeling wordt bedoeld met een hysterosalpingo-foam-sonografie?”

Antwoord

“Hiermee wordt de verstrekking 432832-432843 - Inspuiting van echogeen contrastmiddel voor hysterosalpingo(foam)sonografie ter beoordeling van de uteriene caviteit en de doorgankelijkheid van de eileiders van artikel 14 g) - Heelkunde - Gynaecologie-verloskunde van de medische nomenclatuur bedoeld. De verstrekking 182114-182125 wordt alleen nog terugbetaald wanneer de nomenclatuurcode 432832-432843 geattesteerd wordt.”

De schrapping van interpretatieregels 13 en 43 treedt in werking op 1 november 2023.

Belgisch Staatsblad

27.10.2023

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 12 (Anesthesiologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

De interpretatieregel 14 wordt opgeheven.

Deze opheffing heeft uitwerking met ingang van 1 november 2021.

Belgisch Staatsblad

31.10.2023

Interpretatieregel - terugbetaling van bortezomib in combinatie met cyclofosfamide, dexamethason en daratumumab (Darzalex[®]) voor de behandeling van volwassen rechthebbenden met nieuw gediagnosticeerde systemische AL-amyloïdose

Vraag:

In welke situatie mag een farmaceutische specialiteit op basis van bortezomib vergoed worden voor de behandeling van volwassen rechthebbenden met nieuw gediagnosticeerde systemische AL-amyloïdose?

Antwoord:

Indien een patiënt geniet van een vergoeding van een farmaceutische specialiteit op basis van daratumumab toegediend in combinatie met bortezomib, cyclofosfamide en dexamethason (DVCd), in het kader van de eerstelijnsbehandeling van volwassen rechthebbenden met nieuw gediagnosticeerde systemische AL-amyloïdose overeenkomstig § 12390000, is de specialiteit op basis van bortezomib vergoedbaar, zonder voorafgaande machtiging, zelfs indien niet aan alle criteria van de vergoedingsvoorwaarden van de specialiteit op basis van bortezomib is voldaan, en dit voor een periode gelijk aan de duur van de machtiging voor de terugbetaling van Darzalex[®] 1800 mg, en indien de aflevering van de specialiteit op basis van bortezomib wordt uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker die Darzalex[®] 1800 mg heeft afgeleverd. Hierbij dient de dosering van bortezomib die vermeld wordt in de Samenvatting van de Productkenmerken (SPK) van daratumumab gerespecteerd te worden.”

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 november 2023.

Belgisch Staatsblad

31.10.2023

Interpretatieregel - terugbetaling van humaan albumine noodzakelijk voor de bereiding van tebentafusp (Kimmtrak[®]) voor de behandeling van humaan leukocytenantigeen (HLA)-A*02:01-positieve volwassen patiënten met een niet-resectabel of gemetastaseerd uveame-lanoom.

Vraag:

In welke situatie mag een farmaceutische specialiteit op basis van humaan albumine terugbetaald worden voor de bereiding van een behandeling op basis van tebentafusp?

Antwoord:

“Indien een patiënt overeenkomstig § 450108 geniet van een terugbetaling van een farmaceutische specialiteit op basis van tebentafusp als monotherapie voor de behandeling van humaan leukocytenantigeen (HLA)-A*02:01-positieve volwassen patiënten met een niet-resectabel of gemetastaseerd uveamelanoom, komt een specialiteit op basis van humaan albumine in aanmerking voor vergoeding indien ze gebruikt wordt voor de bereiding van tebentafusp, zoals vermeld in de Samenvatting van de Productkenmerken (SPK) van Kimmtrak[®].”

De voorgenoemde interpretatieregel treedt in werking op 1 november 2023.

Belgisch Staatsblad

08.11.2023 - Editie 2

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen**INTERPRETATIEREGEL 9**

Vraag:

“Hoe kan een elektrode voor medullaire stimulatie aangerekend worden die tijdens de proefperiode voorzien in vergoedingsvoorwaarde B- § 02 verwijderd moet worden?”

Antwoord:

“Wanneer een infectie, migratie of breuk van de elektrode de verwijdering van de testelektrode gebruikt volgens de voorwaarden voorzien in vergoedingsvoorwaarde B- § 02 noodzakelijk maakt, kan deze elektrode aangerekend worden onder de verstrekking 171835-171846 of 151351-151362 met de gepaste identificatiecode.”

De schrapping van interpretatieregel 9 treedt in werking op 1 januari 2018.

Belgisch Staatsblad

01.12.2023

Interpretatieregels betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen**INTERPRETATIEREGEL 6**

Vraag

“Wanneer kan een tegemoetkoming bekomen worden voor de vervanging van een spraakprocessor gebruikt bij een cochleair implantaat, bij een rechthebbende die 8 jaar is geworden (verstrekking 153031-153042 of 153075-153086)?

153031-153042 Kit bestaande uit een vervanging van het niet te implanteren deel voor rechthebbenden vanaf hun achtste verjaardag

153075-153086 Kit bestaande uit een vervanging van het niet te implanteren deel van het contralateraal oor voor rechthebbenden vanaf hun achtste verjaardag”

Antwoord

“Een tegemoetkoming voor de vervanging van de spraakprocessor (verstrekking 153031-153042 of 153075-153086) is voorzien na 3 of na 5 jaar, afhankelijk van de leeftijd van het kind op het moment dat de vorige spraakprocessor werd afgeleverd.

Indien het kind op het moment van de vorige aflevering nog geen 8 jaar was, dan is er voor hetzelfde oor een tegemoetkoming voorzien na 3 jaar, ook indien het kind ondertussen 8 jaar is geworden.

Indien het kind op het moment van de vorige aflevering reeds 8 jaar was, dan is er een tegemoetkoming voorzien na 5 jaar.”

INTERPRETATIEREGEL 20

Vraag

“Een rechthebbende van minder dan 12 jaar ontving omwille van asymmetrische doofheid een cochleair implantaat in het slechtste oor (verstrekking 170811-170822 of 170833-170844). Het gehoor in het contralaterale oor verslechtert en het gehoorverlies bedraagt uiteindelijk ≥ 85 dB HL via audiometrie, ≥ 90 dB HL via BERA, en een foneemscore van ≤ 30 % bij 70 dB SPL. Komt dit kind, dat nog steeds geen 12 jaar is, in aanmerking voor een contralateraal cochleair implantaat?”

Antwoord

“De verstrekkingen voor een contralateraal cochleair implantaat zijn:

- 152972 - 152983: Kit bestaande uit een tweede volledig gehoortoestel (de te implanteren en niet te implanteren delen) voor een elektrische intracochleaire stimulatie met behulp van multiple elektroden geplaatst bij patiënt simultaan of sequentieel met het plaatsen van het gehoortoestel beschreven onder verstrekking 152935-152946 voor rechthebbenden van minder dan acht jaar
- 152994 - 153005: Kit bestaande uit een tweede volledig gehoortoestel (de te implanteren en niet te implanteren delen) voor een elektrische intracochleaire stimulatie met behulp van multiple elektroden geplaatst bij patiënt simultaan of sequentieel met het plaatsen van het gehoortoestel beschreven onder verstrekking 152935-152946 of 152950-152961 voor rechthebbenden vanaf hun achtste verjaardag.

De vergoedingsvoorwaarde C- § 01 vermeldt verder:

2.2.1.2. Voor de verstrekkingen 152972-152983 en 152994-153005:

Kinderen die reeds een gunstig advies hebben gekregen voor een eerste gehoortoestel onder de verstrekking 683690-683701, 152935-152946 of 152950-152961 en waarvoor de implantatie van het tweede volledig gehoortoestel gebeurt voor hun twaalfde verjaardag of voor hun achttiende verjaardag bij kinderen die lijden aan dreigende bilaterale ossificatie.

Voor de verstrekkingen 152935-152946 of 152950-152961 dienen beide oren een gehoorverlies te hebben van ≥ 85 dB HL via audiometrie, ≥ 90 dB HL via BERA, en moet er een foneemscore van ≤ 30 % bij 70 dB SPL zijn (vergoedingsvoorwaarde C- § 01).

Indien verstrekking 170811-170822 of 170833-170844 reeds werd geattesteerd, dan had de rechthebbende op het moment van de verstrekking een foneemscore van ≤ 30 % bij 70 dB SPL en voldeed het slechtste oor (dat geïmplant werd) aan de criteria van ≥ 85 dB HL via audiometrie en ≥ 90 dB HL via BERA, aangezien dit vereist is in de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 voor verstrekking 170811-170822 of 170833-170844.

Indien bij een later onderzoek blijkt dat het gehoor in het contralaterale oor verslechterd is en het gehoorverlies ook ≥ 85 dB HL via audiometrie en ≥ 90 dB HL via BERA bedraagt, dan voldoen beide oren aan de criteria zoals beschreven onder de verstrekkingen 152935-152946 of 152950-152961. Indien de rechthebbende een cochleair implantaat bekwam omwille van asymmetrische doofheid (verstrekking 170811-170822 of 170833-170844) en daarna voldoet aan de criteria zoals beschreven onder de verstrekkingen 152935-152946 of 152950-152961 voor bilaterale doofheid, dan komt de rechthebbende in aanmerking voor een contralateraal cochleair implantaat beschreven onder verstrekking 152972-152983 (tot 8 jaar) of 152994-153005 (vanaf achtste tot twaalfde verjaardag).”

INTERPRETATIEREGEL 44**Vraag**

“Een rechthebbende ontving in het buitenland een eerste cochleair implantaat omwille van ernstig bilateraal gehoorverlies, ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende bilaterale ossificatie of auditieve neuropathie (niet ten laste van de Belgische verplichte verzekering). Hij komt naar België en is verzekerd. Komt deze rechthebbende, die nog steeds geen 12 jaar of 18 jaar is, in aanmerking voor een contralateraal cochleair implantaat (onder verstrekking 152972-152983 of 152994-153005, 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 of 180714-180725)?”

Antwoord

“In dit geval moet de procedure beschreven in punt 4.2. van de vergoedingsvoorwaarden voor cochleaire implantaten C- § 01 gevolgd worden, ook al gaat het niet om een vergoedingsaanvraag voor de vervanging van een implantaat of een geluidsprocessor. Indien het College van artsen-directeurs op basis van het dossier van de eerste implantatie oordeelt dat de patiënt aan de criteria van de Lijst voldeed, dan impliceert dit dus dat, ook al is voor deze patiënt de verstrekking 152935-152946, 152950-152961, 180574-180585, 180596-180600, 180655-180666 of 180670-180681 niet geattesteerd, een akkoord van het College van artsen-directeurs kan worden verleend voor de verstrekking 152972-152983 of 152994-153005 (de rechthebbende is minder dan 12 jaar) of de verstrekking 180611-180622, 180633-180644, 180692-180703 of 180714-180725 (de rechthebbende is minder dan 18 jaar). De verstrekkingen voor contralaterale implantatie kunnen enkel in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering na akkoord van het College van artsen-directeurs, voorafgaand aan implantatie, op basis van een aanvraag door een NKO-arts die deel uitmaakt van het team dat de implantatie zal uitvoeren en die de documenten bevat van de eerste implantatie waaruit blijkt dat deze implantatie aan de criteria van terugbetaling voldeed.”

De schrapping van interpretatieregels 6, 20 en 44 treedt in werking op 1 januari 2024.

8. Adviezen en protocol

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2023	06.10.2023	Eerste Wijzigingsclausule bij de Overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen - Notificatie punt 11

Samenvatting van de wijzigingen

Aan de overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen wordt in artikel 5, B.2., de waarde van de sleutelletter P voor de prestatie “Afbouw van benzodiazepines” toegevoegd.

Sinds 1 februari kunnen apothekers - op voorschrift van de huisarts - mensen helpen die hun dagelijks gebruik van slaapmiddelen willen afbouwen. Het gaat dan over slaapmiddelen op basis van benzodiazepines en aanverwante producten. Het nieuwe afbouwprogramma bij de apotheker bestaat uit een eerste gesprek, het klaarmaken en afleveren van bereidingen om het gebruik te verminderen of zelfs te stoppen, en een aanklappende opvolging van de betrokken patiënt. De nieuwe dienst zal de patiënt niets kosten. Hij zal enkel de geneesmiddelen moeten betalen die de apotheker in de bereidingen verwerkt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.10.2023	01.09.2023	Tweede Wijzigingsclausule bij de Overeenkomst van 1 januari 2022 tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen. - Notificatie punt 9

Samenvatting van de wijzigingen

De clausule bepaalt het kader voor de terugbetaling van de prestatie “Medicatiezicht” en legt de vergoeding ervan vast. Er wordt in artikel 5 B.2 de waarde van de sleutelletter P voor de prestatie “Medicatiezicht” toegevoegd en een artikel 15^{ter}.

De verstrekking “Goed Gebruik van Geneesmiddelen” (GGG) bestaat uit een gepersonaliseerde begeleiding of opvolging door de huisapotheker in overleg met de patiënt en de behandelende arts. Het beoogt de optimalisering van de medicamenteuze behandelingen en het multidisciplinair overleg, en is bedoeld voor patiënten die in de loop van de laatste twaalf maanden vijf of meer vergoedbare geneesmiddelen chronisch innamen. Zij kunnen elke 2 kalenderjaren in aanmerking komen voor een vergoedbaar medicatiezicht.

Voor de patiënt is de verstrekking kosteloos, de vergoeding voor de apothekers bedraagt 95,40 EUR inclusief BTW.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2023		Indicatoren voor het voorschrijfgedrag van de artsen houder van het artsdiploma en de huisartsen voor antibiotica
29.11.2023		Indicatoren voor het voorschrijfgedrag van de artsen houder van het artsdiploma en de huisartsen voor antibiotica. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

De kwantitatieve indicator mikt op een substantiële daling van 40 % van het aantal voorschriften voor antibiotica door huisartsen en wordt apart vastgesteld voor kinderen (≤ 14 jaar) en jongeren en volwassenen (≥ 15 jaar).

De twee kwalitatieve indicatoren focussen op een drastische vermindering van antibiotica die voorbehouden zijn voor specifieke situaties, de zogenaamde tweedelijsantibiotica. Deze worden maar al te vaak onterecht voorgeschreven ten nadele van de aanbevolen eerstelijsantibiotica.

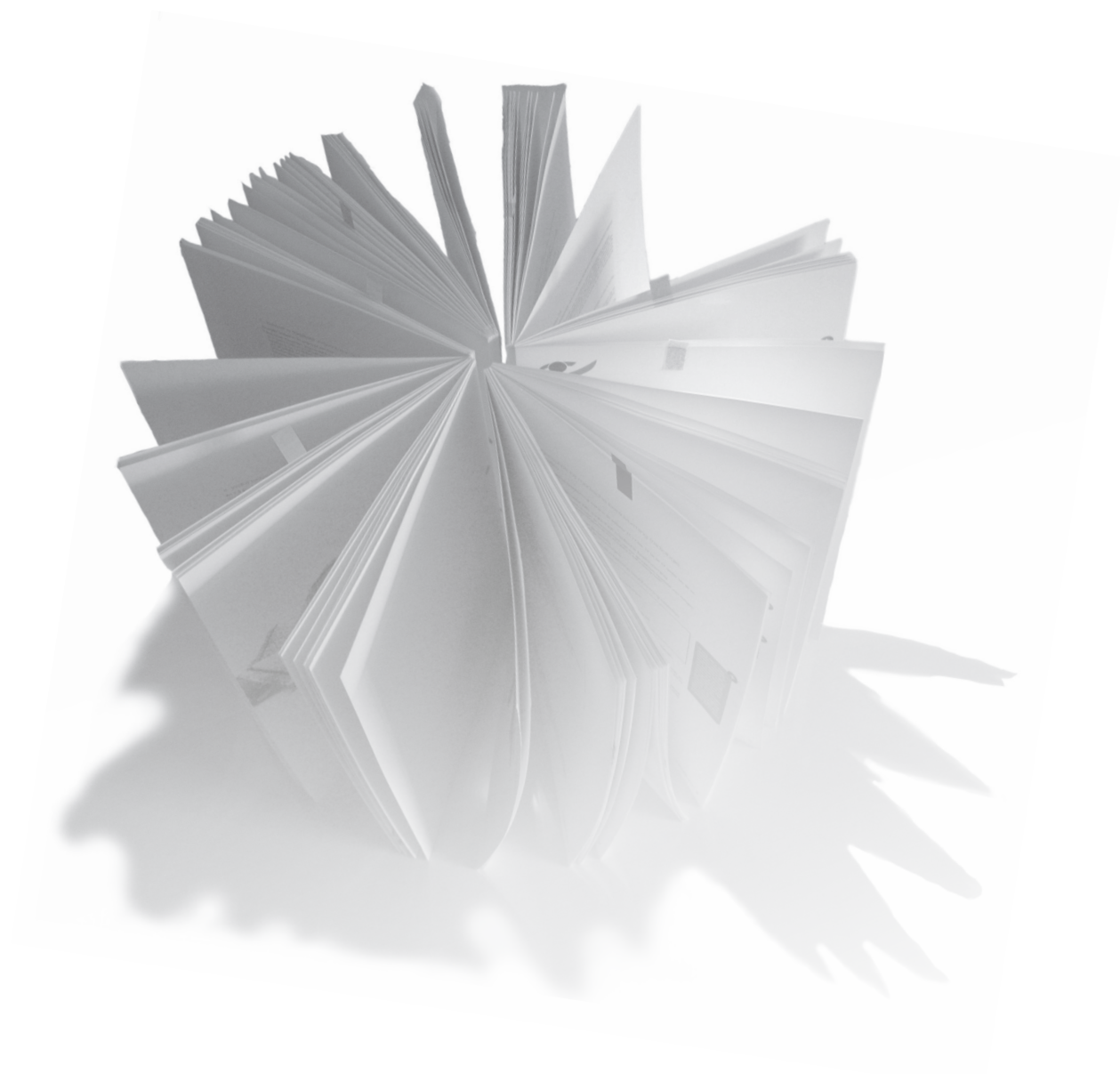
Van alle voorschriften voor amoxicilline (al dan niet gecombineerd met clavulaanzuur) geeft de indicator het minimum percentage weer van het volume (in standaard dagdoseringen of DDD) “zuivere” amoxicilline (niet gecombineerd met clavulaanzuur).

Van alle voorschriften voor terugbetaalde antibiotica, geeft de indicator het maximum percentage weer van het volume (in standaard dagdoseringen of DDD) van amoxicilline gecombineerd met clavulaanzuur, cefalosporines, chinolonen en macroliden.

Artsen die volgens de indicatoren te veel voorschrijven, zullen worden geresponsabiliseerd.

2^e Deel

Rechtspraak



Europees Hof voor de Rechten van de Mens, 14 november 2023

*De verzoeker roept een schending van het *ne bis in idem*-beginsel (art. 4, § 1, van Protocol nr. 7 bij het Verdrag) in, omdat hij is veroordeeld tot de terugbetaling van de ten onrechte ontvangen uitkeringen en de betaling van een administratieve boete, ondanks zijn vrijspraak in de strafzaak.*

*Het *ne bis in idem*-beginsel heeft drie componenten: de twee procedures moeten strafrechtelijk van aard zijn, ze moeten betrekking hebben op dezelfde feiten en er moet sprake zijn van een herhaling van de vervolging.*

De procedure voor de rechtscolleges van de rechterlijke orde en de administratieve procedure (veroordeling tot betaling van een administratieve boete) hebben een strafrechtelijk karakter in de autonome zin van het Verdrag.

Deze procedures betroffen feiten die in wezen dezelfde zijn in de zin van de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.

Wat de herhaling van de vervolging betreft, is het niet verboden om de ten laste gelegde feiten op een "geïntegreerde" manier te behandelen door ze in parallelle fasen te vervolgen, uitgevoerd door verschillende autoriteiten en voor verschillende doeleinden.

Er moet echter worden vastgesteld dat er een "voldoende nauwe substantiële en temporele band" bestond tussen de betreffende gemengde procedures.

Deze procedures moeten worden gecombineerd tot een samenhangend geheel. Enerzijds moeten de nagestreefde doelen en de middelen die worden gebruikt om deze te bereiken substantieel complementair zijn en een temporele band hebben. Anderzijds moeten de gevolgen die voortvloeien uit een dergelijke organisatie van de behandeling van de ten laste gelegde feiten, evenredig en voorzienbaar zijn voor de justitiabele.

De twee procedures (strafrechtelijk en administratief) hadden complementaire doelen en betroffen verschillende aspecten van de handeling die schadelijk is voor de samenleving.

In casu is niet aangetoond dat het gemengde karakter van de procedures geen juridisch, noch praktisch voorzienbaar gevolg was van het ten laste gelegde gedrag.

Beide procedures waren gebaseerd op het administratieve onderzoek van de DGEC, waardoor dubbel werk bij het verzamelen en beoordelen van het bewijsmateriaal werd voorkomen.

In het kader van de administratieve procedure werd er rekening gehouden met de beslissing die in het kader van de strafrechtelijke procedure werd genomen.

Bijgevolg was er een voldoende nauwe substantiële band tussen de strafrechtelijke en de administratieve procedure.

Bovendien bestond er in casu een voldoende nauwe temporele band tussen de twee procedures.

Kortom, er is geen sprake van een schending van het artikel 4 van Protocol nr. 7 bij het Verdrag.

... t./België

Nr. 19961/17

...

INTRODUCTION

1. La requête concerne l'imposition d'une amende administrative au requérant pour avoir porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non effectuées et des prestations non conformes à la loi et à ses arrêtés d'exécution. Invoquant l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention, le requérant se plaint d'avoir été poursuivi deux fois à raison de faits identiques ou en substance les mêmes, nonobstant un acquittement préalablement prononcé par la juridiction pénale.

EN FAIT

...

I. Le contexte de l'affaire et le procès-verbal d'infraction

4. Le requérant est un infirmier indépendant effectuant des soins à domicile.

5. En 2007, une enquête fut initiée à son encontre par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux ("SECM") de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ("INAMI").

6. Après avoir entendu le requérant ainsi que huit de ses patients, un procès-verbal d'infraction fut établi le 29 mai 2007. Il était reproché au requérant d'avoir, entre le 1^{er} avril 2005 et le 6 décembre 2006, porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, des prestations non effectuées ainsi que des prestations non conformes à la loi et à ses arrêtés d'exécution.

7. Lors de son audition, le requérant a expressément reconnu les erreurs de facturation et sa négligence. Il s'est par ailleurs engagé à rembourser à l'INAMI l'indu pour un montant total de 124.902,23 EUR.

II. La procédure pénale

8. Le 10 janvier 2008, le SECM dénonça les faits auprès du Procureur du Roi. Des poursuites furent engagées à l'encontre du requérant pour les infractions de faux, usage de faux et escroquerie en application des dispositions pertinentes du code pénal (voir § 23 ci-dessous).

9. Par un jugement du 28 avril 2010, le tribunal correctionnel de ... condamna le requérant à une peine d'emprisonnement d'un an et à une amende de 550 EUR, avec sursis durant cinq ans. Le tribunal réserva à statuer à l'égard des demandes formulées par les organismes assureurs, parties civiles.

10. Le requérant et le ministère public interjetèrent, l'un et l'autre, appel de cette décision.

11. Par un arrêt du 27 janvier 2015, la cour d'appel de ... acquitta le requérant des préventions de faux, usage de faux et escroquerie et se déclara dès lors incompétente pour connaître des demandes des organismes assureurs. Elle constata, s'agissant des préventions de faux et usage de faux, que la preuve de l'intention frauduleuse n'était pas rapportée au-delà de tout doute. S'agissant de la prévention d'escroquerie, la Cour d'appel releva qu'elle n'avait décelé à charge du requérant aucun des éléments constitutifs de l'infraction, l'enquête préparatoire et les débats ne faisant apparaître ni manœuvres frauduleuses, ni fausse qualité.

12. Les organismes assureurs introduisirent un pourvoi en cassation lequel fut déclaré inadmissible par une ordonnance du 18 mai 2015, en sorte que l'arrêt de la Cour d'appel de ... devint définitif.

III. La procédure administrative

13. Parallèlement à sa plainte pénale, le SECM saisit, le 14 juillet 2008, la Chambre de première instance auprès du SECM ("la Chambre de première instance") afin d'obtenir le remboursement des prestations indûment perçues et d'imposer le paiement d'amendes administratives.

14. Par une décision du 3 décembre 2009, la Chambre de première instance condamna le requérant à rembourser les sommes indûment perçues (soit 124.902,23 EUR) et au paiement d'amendes administratives de 243.850,40 EUR et de 4.465,54 EUR, en application de l'article 141, § 5 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("loi AMI") (§ 24 ci-dessous). Cette décision était notamment fondée sur le fait que le requérant avait reconnu la réalité des griefs reprochés, qu'il s'était engagé à rembourser les sommes indument perçues et qu'il résultait de manière explicite des pièces du dossier que les faits étaient établis. S'agissant du montant des amendes administratives, la Chambre de première instance justifia la hauteur des amendes prononcées eu égard à la gravité des faits, leur nombre considérable, la période infractionnelle, le montant important de l'indu, la volonté de fraude dans le chef du requérant, l'absence de tout remboursement malgré l'engagement pris par le requérant et le principe général d'application de la loi pénale la plus douce. S'agissant du grief tiré du principe *ne bis in idem*, la Chambre de première instance estima que ce principe n'était pas d'application dès lors qu'aucune décision répressive définitive n'avait encore été adoptée.

15. Le requérant introduisit un recours auprès de la Chambre de recours auprès du SECM ("la Chambre de recours").

16. Par une décision du 15 juillet 2011, celle-ci décida de surseoir à statuer dans l'attente de l'issue de la procédure pénale (§§ 8 et suiv. ci-dessus).

17. Suite à l'arrêt de la Cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 (§ 11 ci-dessus), l'INAMI sollicita, le 26 février 2015, la poursuite de la procédure devant la Chambre de recours.

18. Celle-ci se prononça par une décision du 17 mars 2016. Elle estima tout d'abord que le principe *ne bis in idem* ne trouvait pas à s'appliquer aux motifs suivants :

"En l'espèce, la Cour d'appel a acquitté [le requérant] des préventions retenues à son encontre, à savoir faux et usage de faux et escroquerie, en ce qui concerne les attestations de soins données faisant l'objet de la présente procédure. La Cour d'appel a acquitté [le requérant], non pas parce que les attestations de soins donnés correspondaient à des soins réellement effectués mais parce que les intentions frauduleuses, le dessein de nuire, les manœuvres frauduleuses ou de fausses qualités n'étaient pas établies. La présente Chambre relève du reste que la Cour d'appel considère que [le requérant] reconnaît avoir facturé des prestations non réalisées. La présente Chambre constate que les faits et infractions faisant l'objet des présents débats ne sont pas les mêmes que ceux soumis à la Cour d'appel. Il ne s'agit nullement, en la présente cause, de se prononcer sur des faits ou des infractions d'escroquerie et de faux ou d'usage de faux requérant un dol particulier ou spécial ou impliquant une intention frauduleuse mais simplement et sans plus de savoir si [le requérant] a :

- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations qui ne furent pas exécutées
- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution.

La circonstance que les attestations de soins donnés sont les mêmes, dans la présente cause, que celles visées dans la procédure pénale, en aucune manière ne permet de penser que [le requérant] est poursuivi dans la présente procédure pour les mêmes faits, les mêmes infractions ou le même comportement que ceux soumis aux juridictions répressives. La présente Chambre examine la réalité de faits, un comportement et des infractions n'impliquant aucun dol spécial ou particulier ou intention frauduleuse et ne pouvant se confondre avec des faux, usage de faux ou escroquerie.

Les infractions, faits et comportements n'étant pas les mêmes que ceux soumis à la juridiction pénale, le principe "*non bis in idem*" n'est pas applicable en l'espèce (Cf. Cass., arrêt du 25.05.2011, RG n° P.11.0199. F Juridat).

(...)

L'INAMI comme la présente Chambre est certes tenu par la décision pénale et les motifs déterminant l'acquittement. En ce qui concerne la hauteur de la sanction, la présente Chambre ne pourra retenir d'intention frauduleuse, l'absence de celle-ci ayant justifié l'acquittement. Par contre, la présente Chambre se prononcera sur la réalité et la conformité des soins donnés faisant l'objet des attestations en litige, l'acquittement n'ayant pas été prononcé en raison de ce que l'absence des soins donnés ou la non-conformité n'était pas établie."

19. La Chambre de recours estima ensuite que le montant total de l'indu suite aux prestations non effectuées ou non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution s'élevait à la somme de 113.048,48 EUR et condamna le requérant au remboursement de ce montant. Elle condamna par ailleurs le requérant à une amende administrative de 200 EUR, majorée des centimes additionnels, soit 1.200 EUR. Sa décision est motivée en ces termes :

"La récupération de l'indu

Conformément à l'article 141, § 5 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, tel qu'en vigueur au moment des faits, [le requérant] est tenu de rembourser l'indu du fait des infractions commises. La présente Chambre relève que les infractions en l'espèce sont des infractions "matérielle" ou "réalité" ou "conformité" ne nécessitant aucun dol particulier. Le fait d'avoir été négligent ou surchargé de travail ou dépassé par un logiciel en aucun cas ne peut constituer un cas de force majeure ou une cause d'excuse, [le requérant] devant s'assurer que les attestations de soins étaient conformes à la réalité.

[Le requérant] est donc redevable de la somme de 124.902,23 EUR, sous déduction de la somme de 11.853,75 EUR, soit 113.048,48 EUR.

Depuis mai 2007, à tout le moins, [le requérant] connaît les faits qui lui sont reprochés et il reconnaît depuis cette date ne pas avoir donné tous les soins qu'il a attestés. Il sait depuis mai 2007 qu'il sera tenu de rembourser un indu important. Vu l'ancienneté de la dette, il ne s'indique pas d'accorder des termes et délais.

La sanction

Plusieurs dispositions pénales ou répressives se sont succédées dans le temps depuis la date de la commission des infractions jusqu'à la date où les infractions sont jugées. En ce cas, conformément à l'article 2 du Code pénal, la loi pénale la moins sévère doit s'appliquer. Il s'agit en l'espèce de la sanction de niveau 2 prévue à l'article 101 du Code pénal social, soit une amende administrative de 25 à 250 EUR à majorer des décimes additionnels (fois 6).

Les différents faits relevés à charge [du requérant] se sont déroulés au cours d'une même période et sont le résultat de la même intention, à savoir une négligence coupable consécutive à une désorganisation générale, un état de fatigue et un non suivi de son matériel informatique de facturation. En vertu de la règle de l'absorption une seule peine sera appliquée.

La présente Chambre relève que la période infractionnelle est longue, s'étendant sur 19 mois. Les agissements [du requérant] ont provoqué un indu important de 113.048,48 EUR. La négligence coupable [du requérant] a donc été de longue durée et fut totalement désinvolte. La présente Chambre considère dès lors qu'une amende administrative de 200,00 EUR à majorer des décimes additionnels (fois 6), soit une amende de 1.200,00 EUR, doit être infligée [au requérant].

Vu la durée de la période infractionnelle et la grave négligence [du requérant] ayant entraîné un indu important, la présente Chambre estime qu'il n'y a pas lieu d'accorder un sursis."

20. Par une requête du 20 avril 2016, le requérant demanda la cassation de la décision prise par la Chambre de recours devant le Conseil d'État.

21. Dans son rapport, l'auditeur du Conseil d'État proposa de casser la décision de la Chambre de recours. Il estima que cette dernière, bien qu'ayant considéré que les faits dont elle était saisie n'étaient pas les mêmes que ceux pour lesquels le requérant avait été acquitté par la cour d'appel en raison de l'absence d'élément moral, n'avait cependant pas exposé les raisons pour lesquelles elle avait jugé que les faits pour lesquels le requérant était poursuivi par le SECM n'étaient pas indissociablement liés dans le temps et l'espace à ceux pour lesquels il avait été acquitté par la Cour d'appel de

22. Par un arrêt du 28 octobre 2016, le Conseil d'État rejeta le recours en cassation. Il écarta le moyen pris de la violation du principe *ne bis in idem*, en ces termes :

"(...)

- En l'espèce, la Chambre de recours a jugé que les faits pour lesquels le requérant a été acquitté par la Cour d'appel de ... ne sont pas les mêmes que ceux pour lesquels il est poursuivi par le SECM. Elle indique notamment que "la Cour d'appel a acquitté [le requérant], non pas parce que les attestations de soins donnés correspondaient à des soins réellement effectués mais parce que les intentions frauduleuses, le dessein de nuire, les manœuvres frauduleuses ou de fausses qualités n'étaient [pas] établies", alors qu' "il ne s'agit nullement, en la présente cause de se prononcer sur des faits ou des infractions d'escroquerie et de faux ou d'usage de faux requérant un dol particulier ou spécial, ou impliquant une intention frauduleuse mais simplement et sans plus de savoir si [le requérant] a :
- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations qui ne furent pas exécutées

- porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités des prestations non conformes à la loi ou à ses arrêtés d'exécution". Elle précise que si les mêmes attestations de soins donnés sont visées dans les deux procédures, il ne s'agit pas pour autant de poursuites fondées sur les mêmes faits, les mêmes infractions ou le même comportement que ceux soumis aux juridictions répressives, dès lors qu'elle "examine la réalité de faits, un comportement et des infractions n'impliquant aucun dol spécial ou particulier ou intention frauduleuse et ne pouvant se confondre avec des faux, usage de faux ou escroquerie".

Ce faisant, la Chambre de recours a constaté souverainement que les circonstances factuelles concrètes dont l'existence doit être démontrée pour qu'une sanction puisse être prononcée ou que des poursuites puissent être engagées, ne sont pas identiques dans les deux causes. Elle a dès lors valablement pu constater que l'une des composantes de la notion de 'faits identiques ou substantiellement les mêmes' faisait défaut en l'espèce, en sorte que le principe *non bis in idem* ne trouvait pas à s'appliquer. Il importe peu, à cet égard, qu'il y ait, par ailleurs, identité de personnes, de temps et d'espace."

Le cadre juridique et la pratique internes pertinents

I. Le code pénal

23. Les dispositions pertinentes du code pénal se lisent comme suit :

Article 2

"(...) Si la peine établie au temps du jugement diffère de celle qui était portée au temps de l'infraction, la peine la moins forte sera appliquée."

Article 196

"Seront punis de réclusion de cinq ans à dix ans les autres personnes qui auront commis un faux en écritures authentiques et publiques, et toutes personnes qui auront commis un faux en écritures de commerce, de banque ou en écritures privées, soit par fausses signatures, soit par contrefaçon ou altération d'écritures ou de signatures, soit par fabrication de conventions, dispositions, obligations ou décharges ou par leur insertion après coup dans les actes, soit par addition ou altération de clauses, de déclaration ou de faits que ces actes avaient pour objet de recevoir ou de constater."

Article 197

"Dans tous les cas exprimés dans la présente section, celui qui aura fait usage de l'acte de faux ou de la pièce fausse sera puni comme s'il était l'auteur du faux."

Article 213

"L'application des peines portées contre ceux qui auront fait usage des monnaies, effets, coupons, billets, sceaux, timbres, poinçons, marques, dépêches télégraphiques et écrits contrefaits, fabriqués ou falsifiés, n'aura lieu qu'autant que ces personnes auront fait usage de la chose fausse, dans une intention frauduleuse, ou à dessein de nuire."

Article 496

"Quiconque, dans le but de s'approprier une chose appartenant à autrui, se sera fait remettre ou délivrer des fonds, meubles, obligations, quittances, décharges, soit en faisant usage de faux noms ou de fausses qualités, soit en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence de fausses entreprises, d'un pouvoir ou d'un crédit imaginaire, pour faire naître l'espérance ou la crainte d'un succès, d'un accident ou de tout autre événement chimérique, ou pour abuser autrement de la confiance ou de la crédulité, sera puni d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de vingt-six EUR à trois mille EUR."

II. La loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ("loi AMI")

24. L'article 141 de la loi AMI, tel qu'applicable au moment des faits, prévoyait ce qui suit :

"§ 5. (...) le Comité peut infliger des amendes administratives selon les modalités suivantes :

- a) lorsqu'un dispensateur de soins a porté en compte à l'assurance soins de santé des prestations non effectuées, le Comité peut lui infliger une amende administrative égale au minimum à 50 % et au maximum à 200 % de la valeur des prestations indues ;
- b) lorsque les prestations portées en compte ne sont pas conformes à la présente loi ou à ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être égale au minimum à 1 % et au maximum à 150 % de la valeur des prestations concernées ;
- c) lorsque, à plusieurs reprises, et après avertissement, le dispensateur n'a pas rédigé les documents administratifs ou médicaux conformément aux règles de la présente loi ou de ses arrêtés d'exécution, l'amende peut être de 10 EUR à 125 EUR par document incorrect. Elle ne peut être prononcée à charge du médecin qui fait l'objet, pour le même fait, d'une mesure énoncée à l'article 77bis.

Le dispensateur est également tenu de rembourser la valeur des prestations concernées dans les cas visés aux points a) et b) précités."

III. Le code pénal social

25. Le code pénal social a été introduit par la loi du 6 juin 2010. Il est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2010. Ses dispositions pertinentes, telles qu'applicables au moment des faits, se lisaient comme suit :

Article 101

"Les infractions visées au Livre 2 sont punies d'une sanction de niveau 1, de niveau 2, de niveau 3 ou de niveau 4.

La sanction de niveau 1 est constituée d'une amende administrative de 10 à 100 EUR.

La sanction de niveau 2 est constituée soit d'une amende pénale de 50 à 500 EUR, soit d'une amende administrative de 25 à 250 EUR.

La sanction de niveau 3 est constituée soit d'une amende pénale de 100 à 1.000 EUR, soit d'une amende administrative de 50 à 500 EUR.

La sanction de niveau 4 est constituée soit d'un emprisonnement de six mois à trois ans et d'une amende pénale de 600 à 6.000 EUR ou de l'une de ces peines seulement, soit d'une amende administrative de 300 à 3.000 EUR."

Article 102

"Les décimes additionnels visés à l'article 1^{er}, alinéa 1^{er} de la loi du 5 mars 1952 relative aux décimes additionnels sur les amendes pénales sont également applicables aux amendes administratives visées dans le présent Code.

L'administration compétente indique dans sa décision la multiplication en vertu de la loi précitée du 5 mars 1952 ainsi que le chiffre qui résulte de cette majoration."

Article 225

"Sont punis d'une sanction de niveau 2 :

(...)

3° les praticiens de l'art de guérir, les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier et les auxiliaires paramédicaux qui délivrent une attestation de soin alors qu'il n'est pas satisfait aux dispositions de la loi précitée du 14 juillet 1994 et de ses arrêtés et règlements d'exécution."

26. S'agissant des amendes administratives, les travaux préparatoires de la loi introduisant le code pénal social précisaient notamment ce qui suit :

"24. Le présent projet accorde une place plus importante aux amendes administratives (...)

Le Code pénal social propose tout d'abord d'assortir l'ensemble des comportements relevant des quatre niveaux d'incriminations d'une amende administrative. Toutes les infractions, les infractions légères, les infractions de gravité moyenne, les infractions graves et les infractions très graves, peuvent désormais faire l'objet d'un traitement administratif. Dans un souci d'harmonisation, le présent projet ne réserve plus l'amende administrative aux seules infractions au droit du travail. Les incriminations relevant du droit de la sécurité sociale sont comprises dans le champ d'application de la répression administrative.

Ensuite, le projet reproduit le mécanisme prescrit par la loi du 30 juin 1971 applicable en cas d'infraction à certaines lois sociales aux infractions relevant des niveaux 2, 3 et 4. Les infractions très graves, les infractions graves ainsi que les infractions de gravité moyenne peuvent faire l'objet soit d'une peine, soit d'un traitement administratif. Le procès-verbal constatant une infraction dressé par l'agent qualifié est transmis au ministère public ; une copie de celui-ci est envoyée à l'administration compétente pour infliger les amendes administratives. Priorité est donnée aux poursuites pénales.

Enfin, la politique de dépenalisation mise en œuvre par le Code pénal social acquiert tout son sens dans le cas des infractions de niveau 1. Le Code pénal social propose de dépenaliser ces infractions légères et de les assortir d'une seule amende administrative.

(...)

B.1.3 Une échelle des incriminations :

25. La gradation des incriminations et des sanctions pénales que comportent les lois sociales peut utilement s'effectuer sur la base de l'intérêt que ces dispositions protègent et, le cas échéant, en fonction de l'élément moral qui accompagne les infractions pénales.

En effet, la classification des infractions pénales en fonction de l'intérêt protégé ou de l'élément moral permet d'appréhender celles-ci sur la base des comportements punissables et non plus de façon cloisonnée dans chaque loi sociale. L'analyse des critères précités permet de rapprocher les comportements interdits. Ainsi, un même comportement incriminé doit être sanctionné de la même sanction.

C'est ainsi que quatre catégories ont été dégagées, selon leur gravité. Parmi celles-ci, la catégorie des infractions de gravité moyenne constitue une catégorie résiduaire.

26. Les infractions très graves sont les suivantes : (...)

27. Les infractions graves sont les suivantes : (...)

28. Les infractions de gravité moyenne sont les suivantes :

(...)

b) pour le droit de la sécurité sociale :

- les atteintes aux droits des assurés sociaux
- les atteintes à la vie privée des assurés sociaux
- les atteintes au financement de la sécurité sociale. On observera toutefois que seule une sanction de gravité moyenne a été retenue pour ce type d'infractions en raison du fait que des mesures civiles renforcent déjà considérablement le respect des obligations que le soutien répressif peut donc être relativement léger au regard des enjeux financiers dont il s'agit.

29. Les infractions légères sont constituées de manquements à des obligations purement administratives, telles que documents à remplir, informations à transmettre entre administrations, etc." (projet de loi introduisant le Code pénal social, 2008-2009, DOC 52, 1666/01)

27. S'agissant plus particulièrement de l'infraction visée à l'article 225, 3^o du code pénal social, les travaux préparatoires justifiaient l'objectif poursuivi et le niveau de sanction comme suit :

"Ces dispositions assurent l'efficacité du système d'assurance soins de santé et indemnités. En effet, ces normes protègent le financement du régime général de sécurité sociale des travailleurs salariés et, plus particulièrement du système de remboursement des prestations à charge de l'INAMI afin que celui-ci ne rembourse pas indûment les bénéficiaires des soins. Les incriminations prescrites par l'article 229 du projet sont de gravité moyenne et assorties d'une sanction de niveau 2." (projet de loi introduisant le Code pénal social, 2008-2009, DOC 52, 1666/01)

28. Le code pénal social incrimine distinctement le faux et l'usage de faux (art. 232) ainsi que l'escroquerie (art. 235) en droit pénal social. Ces infractions sont punies d'une sanction de niveau 4. L'article 231 du code pénal social précise que ces sanctions sont appliquées à l'exclusion de l'application des articles 196, 197 et 496 du code pénal (§ 23 ci-dessus).

IV. La jurisprudence interne pertinente

29. La mesure de répétition de l'indu au bénéfice de l'organisme assureur prévue dans le cadre de la loi AMI est considérée comme ayant un caractère purement civil (Cour const., n° 102/2000, 11.10.2000, considérant B.3.2.).

30. Dans un arrêt du 19 décembre 2013 (n° 181/2013), la Cour constitutionnelle a été appelée à statuer sur la question de savoir si l'article 233 du code pénal social interprété en ce sens qu'il conduirait le juge pénal à sanctionner des personnes qui ont déjà été punies par des sanctions administratives à caractère répressif pour des faits qui sont en substance les mêmes, viole les articles 10 et 11 de la Constitution (consacrant les principes d'égalité et de non-discrimination), lus séparément ou en combinaison avec notamment l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

L'article 233 du code pénal dispose que des infractions en rapport à des déclarations inexactes ou incomplètes concernant les avantages sociaux sont assorties d'une sanction de niveau 4 (soit une peine d'emprisonnement et/ou une amende pénale, soit encore une amende administrative) ou d'une sanction de niveau 3 (soit une amende pénale, soit une amende administrative). Les parties pertinentes de l'arrêt se lisent comme suit :

"B.3.2. Le principe *non bis in idem* interdit "de poursuivre ou de juger une personne pour une seconde 'infraction' pour autant que celle-ci a pour origine des faits identiques ou des faits qui sont en substance les mêmes" (CEDH, grande chambre, 10.02.2009, ... *c. Russie*, § 82).

B.4. Il ressort du dossier de procédure transmis à la Cour par la juridiction *a quo* que les prévenus dans l'affaire pendante devant elle se sont vu imposer les sanctions administratives prévues par les articles 153, 154 et 155 de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 "portant réglementation du chômage" ou les sanctions administratives prévues par l'arrêté royal du 10 janvier 1969 "déterminant les sanctions administratives applicables aux bénéficiaires du régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

B.5. La juridiction *a quo* a jugé que ces sanctions "ont un caractère répressif prédominant dès lors qu'elles visent à sanctionner, en privant durant un certain temps les allocataires sociaux, de revenus de remplacement".

La Cour répond à la question préjudicielle en tenant compte de cette appréciation du juge *a quo*.

B.6.1. La circonstance que la disposition en cause exige que le prévenu ait commis l'infraction sciemment et volontairement, alors que les sanctions administratives à caractère répressif précitées ne requièrent pas, en règle, cet élément moral particulier, n'enlève rien au constat que le même comportement peut être puni par deux sanctions de nature répressive. Dans l'hypothèse où les prévenus se verraient appliquer la disposition en cause après avoir subi les sanctions visées en B.4, le même comportement serait dès lors sanctionné deux fois, ce qui serait contraire au principe *non bis in idem* tel qu'il est défini en B.3.2.

B.6.2. La disposition en cause, interprétée comme imposant au juge pénal de prononcer la sanction qu'elle prévoit à l'encontre de prévenus qui ont déjà subi une sanction administrative présentant un caractère répressif prédominant pour des faits identiques à ceux qui sont à l'origine des poursuites ou qui sont en substance les mêmes, n'est pas compatible avec le principe *non bis in idem*.

Dans cette interprétation, la question préjudicielle appelle une réponse positive.

(...)"

31. Enfin, en ce qui concerne l'aspect "*idem*" du principe *non bis in idem*, la Cour de cassation a jugé dans plusieurs arrêts ce qui suit :

"Le principe général du droit *non bis in idem* et l'article 4.1 du Protocole additionnel n° 7 à la Convention prohibent la prononciation de deux sanctions de même nature à charge d'une même personne du chef de faits identiques ou de faits qui sont substantiellement les mêmes.

La notion de faits identiques ou substantiellement les mêmes vise un ensemble de circonstances concrètes concernant un même suspect, lesquelles sont indissociablement liées entre elles dans le temps et dans l'espace." (voir, parmi d'autres, Cass. 02.03.2016, P.15.0929.F, en matière fiscale ; voir également Cass. 17.06.2014, P.13.1747.N, en matière disciplinaire)."

EN DROIT

SUR LA VIOLATION ALLÉGUÉE DE L'ARTICLE 4 DU PROTOCOLE N° 7 À LA CONVENTION

32. Le requérant allègue une violation du principe *ne bis in idem* en raison de sa condamnation au remboursement des prestations indûment perçues et au paiement d'une amende administrative et ce, malgré son acquittement au pénal par la Cour d'appel de ... Il invoque l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention, dont la partie pertinente en l'espèce est ainsi libellée :

"1. Nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement par les juridictions du même État en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif conformément à la loi et à la procédure pénale de cet État."

A. Sur la recevabilité

1. Arguments des parties

33. Le Gouvernement fait valoir que tant la récupération d'indu que l'amende administrative auxquelles le requérant a été condamné n'ont pas de caractère pénal au sens autonome de la Convention. Ainsi, à son estime, le remboursement de l'indu ne constitue ni une sanction administrative, ni une sanction pénale mais une action purement civile liée au remboursement d'une prestation indûment perçue. Le Gouvernement estime, par ailleurs, que l'amende administrative n'a pas de caractère pénal dès lors qu'elle ne vise pas à protéger les intérêts généraux de la société et qu'elle est peu sévère. Le Gouvernement fait en outre valoir, s'agissant de la répétition d'indu, que le requérant n'a pas épuisé toutes les voies de recours internes, le requérant ayant admis devant le Conseil d'État que la violation du principe *ne bis in idem* portait uniquement sur l'amende administrative et non l'indu.

34. Le requérant fait valoir que le remboursement d'indu et le paiement de l'amende administrative tirent leur origine des mêmes faits et qu'ils ne peuvent être dissociés l'un de l'autre. S'agissant de la sévérité de la sanction administrative, le requérant fait valoir que la faiblesse relative de l'enjeu ne peut retirer à une infraction son caractère pénal intrinsèque (... c. *Finlande* [GC], n° 73053/01, § 31, CEDH 2006-XIV). Enfin, s'agissant de l'épuisement des voies de recours internes, il précise que la répétition d'indu était évoquée dans sa requête en cassation administrative.

2. Appréciation de la Cour

A) PRINCIPES GÉNÉRAUX

35. La Cour rappelle que pour que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention s'applique, il faut que le requérant ait été poursuivi ou puni pénalement en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été définitivement acquitté ou condamné.

36. Comme la Cour l'a déjà dit à de nombreuses reprises, la Convention doit se lire comme un tout et s'interpréter de manière à promouvoir sa cohérence interne et l'harmonie entre ses diverses dispositions (... c. *Norvège* [GC], n°s 24130/11 et 29758/11, § 133, 15.11.2016). La Cour estime ainsi que les termes "procédure pénale" employés dans le texte de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention doivent être interprétés à la lumière des principes généraux applicables à l'expression "accusation en matière pénale" (*criminal charge*) figurant à l'article 6 de la Convention (... c. *Russie* [GC], n° 14939/03, § 52, CEDH 2009).

37. Selon la jurisprudence constante de la Cour, l'existence d'une "accusation en matière pénale" doit s'apprécier sur la base de trois critères (... c. Pays-Bas, 08.06.1976, § 82, série A n° 22). Le premier est la qualification juridique de l'infraction en droit interne, le second la nature même de l'infraction et le troisième le degré de sévérité de la sanction que risque de subir l'intéressé. Les deuxième et troisième critères sont alternatifs, et pas nécessairement cumulatifs. Cela n'empêche pas l'adoption d'une approche cumulative si l'analyse séparée de chaque critère ne permet pas d'aboutir à une conclusion claire quant à l'existence d'une accusation en matière pénale (... c. Belgique [GC], n° 49812/09, § 67, 03.11.2022).

B) APPLICATION DE CES PRINCIPES AU CAS D'ESPÈCE

38. Dans le cas d'espèce, le caractère "pénal" de la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire contre le requérant pour faux, usage de faux et escroquerie (§§ 8-12 ci-dessus) n'est ni contestable ni contestée.

39. En revanche, les parties sont en désaccord sur le point de savoir si le remboursement de l'indu, d'une part, et l'amende administrative, d'autre part, auxquels le requérant a été condamné dans le cadre de la procédure administrative, avaient un caractère "pénal" au sens autonome de la Convention.

i. Quant à la répétition de l'indu

40. S'agissant de la répétition de l'indu, la Cour constate que le requérant a été condamné à rembourser la somme de 113.048,48 EUR (§ 19 ci-dessus). Cette somme représente le montant des prestations indument perçues des organismes assureurs du fait des prestations non effectuées ou non conformes à la loi et/ou ses arrêtés d'exécution. Visant à récupérer des sommes indument perçues, la répétition de l'indu ne poursuit aucun but dissuasif et répressif, et revêt un caractère civil en droit belge (voir § 29 ci-dessus).

41. L'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention n'est dès lors pas applicable à la répétition de l'indu. Il s'ensuit que le grief à cet égard est incompatible *rationae materiae* avec les dispositions de la Convention au sens de l'article 35 § 3 et doit être rejeté en application de l'article 35 § 4 de la Convention. Il n'y a dès lors pas lieu de statuer sur l'exception de non-épuisement des voies de recours internes soulevée par le Gouvernement.

ii. Quant à l'amende administrative

42. S'agissant de l'amende administrative, la Cour constate que le requérant avait initialement été condamné par la Chambre de première instance au paiement d'amendes administratives de 243.850,40 EUR et de 4.465,54 EUR. Sur recours, le requérant a été condamné au paiement d'une amende administrative de 1.200 EUR en application des articles 101 et 225, 3o du code pénal social (§§ 18 et 23 ci-dessus).

43. Quant au premier critère "...", la Cour observe que l'amende à laquelle le requérant a été condamné par la Chambre de recours était prévue par le code pénal social et qu'il a été fait application, en l'espèce, des principes généraux de droit pénal, notamment l'article 2 du code pénal, pour déterminer la loi applicable et le montant de l'amende administrative (§ 19 ci-dessus).

44. S'agissant du deuxième critère, la Cour relève que l'amende administrative en cause poursuit un but à la fois dissuasif et répressif (§ 26 ci-dessus). Par ailleurs, même si elle ne s'adresse qu'aux catégories de personnes visées par l'article 225, 3o du code pénal social (comparer avec ..., précité, § 55, et ... c. Roumanie, no 37697/13, §§ 53-54, 08.09.2020), elle vise à assurer l'efficacité du système d'assurance soins de santé et indemnités et à protéger le financement général de la sécurité sociale (§ 27 ci-dessus). En l'occurrence, l'amende administrative s'est ajoutée à la mesure de la répétition de l'indu et visait à sanctionner le requérant négligent.

45. Enfin, pour ce qui concerne le troisième critère "... et la sévérité de la sanction, à savoir la peine maximale possible prévue par la loi applicable (... *c. Malte*, 27.08.1991, § 34, série A n° 210, et ... *c. Roumanie* [GC], n° 54012/10, § 61, 08.08.2019), la Cour relève que la Chambre de recours a appliqué l'article 225, 3° du code pénal social qui prévoyait l'application d'une sanction de niveau 2. Selon l'article 101 du code pénal social, les sanctions d'un tel niveau sont constituées soit d'une amende pénale de 50 à 500 EUR, soit d'une amende administrative de 25 à 250 EUR. Ces sommes doivent être multipliées par six (étant les décimes additionnelles applicables au moment des faits) (voir § 25 ci-dessus). Si le montant maximal de l'amende administrative est relativement limité, cela ne peut ôter à l'infraction son caractère pénal intrinsèque (... *c. Portugal* [GC], nos 55391/13 et 2 autres, § 122, 06.11.2018, et ... *c. Islande* [GC], nos 68273/14 et 68271/14, § 78, 22.12.2020). En outre, la Cour observe que ce niveau 2 de sanction a été déterminé par le législateur en ayant à l'esprit que la personne condamnée devra en outre rembourser les sommes indûment perçues au niveau civil (§ 26 ci-dessus).

46. Ayant évalué le poids respectif des éléments susmentionnés, la Cour note la prédominance de ceux qui présentent une coloration pénale. Additionnés et combinés entre eux, ils confèrent à la procédure administrative ayant mené à l'imposition de l'amende administrative litigieuse un caractère "pénal" au sens autonome de la Convention. Au surplus, le caractère "pénal" au sens autonome de la Convention de cette amende n'a pas été remis en question ni par la Chambre de recours ni par le Conseil d'État lorsqu'ils se sont prononcés sur le respect du principe *ne bis in idem*. Il en ressort que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention trouve à s'appliquer en l'espèce.

47. Constatant, pour le surplus, que ce grief n'est pas manifestement mal fondé ni irrecevable pour un autre motif visé à l'article 35 de la Convention, la Cour le déclare recevable.

B. SUR LE FOND

1. Arguments des parties

48. Le requérant estime qu'il a été poursuivi deux fois pour la même infraction. Il fait valoir que les faits pour lesquels il a été poursuivi dans le cadre de la procédure pénale et dans le cadre de la procédure administrative sont les mêmes et que l'on ne peut avoir égard à la qualification juridique donnée ou aux éléments constitutifs de l'infraction (... , précité, §§ 82-84), tels l'élément moral. Il estime, par ailleurs, que les deux procédures ne présentent pas un lien suffisamment étroit afin d'être considérées comme faisant l'objet d'une procédure mixte. Il fait valoir qu'elles ne poursuivaient pas des objectifs complémentaires, que la seconde procédure ne reposait pas directement sur la première, les procédures parallèles n'étaient pas prévisibles et enfin que la sanction prononcée n'a pas été prise en compte vu qu'il a fait l'objet d'un acquittement.

49. Le Gouvernement objecte que les faits et infractions pour lesquels le requérant a été poursuivi dans les deux procédures ne sont pas les mêmes. Ainsi, les infractions de faux, usage de faux et escroquerie nécessitent un dol particulier, un dol spécial ou une intention frauduleuse, tandis que l'infraction à la loi AMI (avoir porté en compte des prestations non effectuées ou non conformes) ne nécessite aucun élément intentionnel. Par ailleurs, le Gouvernement estime qu'en tout état de cause, il existe un lien suffisamment étroit entre les deux procédures, matériellement et temporellement, pour qu'elles soient considérées comme faisant partie de la même procédure (... *c. Norvège*, précité, § 130). Il fait valoir à cet égard la complémentarité des objectifs poursuivis par les deux procédures. Il souligne que les poursuites administratives, visant les contestations entre les dispensateurs de soins et l'INAMI, prévoient des sanctions spécifiques qui ne visent que les dispensateurs de soins et qui ne relèvent pas du "noyau dur du droit pénal", à l'inverse des poursuites pénales pour faux, usage de faux et escroquerie telles que prévues par le code pénal et ayant fait l'objet des poursuites pénales. Il explique que la sanction administrative ne vise pas tant à protéger les intérêts généraux de la société tels que généralement protégés par le droit pénal, mais à protéger les intérêts de l'INAMI en sanctionnant un comportement qui, s'il n'a pas été jugé pénalement répréhensible, n'en complique pas moins la bonne organisation et le bon fonctionnement de cet organisme.

Le Gouvernement met également en exergue la prévisibilité des procédures pénale et administrative, l'interaction entre les différentes autorités compétentes notamment dans l'administration de la preuve et le fait qu'en l'espèce, la Chambre de recours, dans la détermination de l'amende administrative, a tenu compte de l'acquiescement du requérant pour faux, usage de faux et escroquerie.

2. Appréciation de la Cour

50. La Cour rappelle que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention consacre un droit fondamental en vertu duquel nul ne peut être poursuivi ou puni pénalement en raison d'une infraction pour laquelle il a déjà été acquitté ou condamné par un jugement définitif (... , précité, § 58). Tel qu'il est libellé, le premier paragraphe de l'article 4 du Protocole n° 7 énonce les trois composantes du principe *ne bis in idem* : les deux procédures doivent être de nature "pénale"(1) elles doivent viser les mêmes faits ("*idem*"), (2) et il doit s'agir d'une répétition des poursuites ("*bis*") (3) (... , précité, § 49).

a) Les procédures étaient-elles de nature "pénale" au sens autonome de la Convention ?

51. Comme déjà exposé (§§ 38 et 42 à 46 ci-dessus), tant la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire pour faux, usage de faux et escroquerie ("procédure pénale") que la procédure administrative ayant mené à la condamnation du requérant au paiement d'une amende administrative ("procédure administrative") ont un caractère pénal au sens autonome de la Convention.

b) Le requérant a-t-il été poursuivi dans les deux procédures pour les mêmes faits ("*idem*") ?

i. Principes généraux

52. S'agissant du point de savoir si le requérant a été poursuivi deux fois pour une même infraction ("*idem*"), la Cour a considéré dans l'affaire ... (précité, § 82) que l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention devait être compris comme interdisant de poursuivre ou de juger une personne pour une seconde "infraction" pour autant que celle-ci avait pour origine des faits identiques ou des faits qui étaient en substance les mêmes (voir également ... *c. Norvège*, précité, § 108, et ... *c. Grèce*, n° 1735/13, § 68, 16.06.2022). La Cour doit par conséquent faire porter son examen sur les faits concernés dans les deux procédures afin de vérifier s'ils constituent un ensemble de circonstances factuelles concrètes qui impliquent le même contrevenant et qui sont indissociablement liées entre elles dans le temps et l'espace (... , précité, § 84).

53. Il ressort de la jurisprudence de la Cour que les faits des deux infractions représentent le seul point de comparaison, indépendamment de la qualification juridique des infractions (*ibidem*, § 81), de la gravité de la peine qu'elles emportent (*ibidem*, § 97) ou de leurs éléments constitutifs (... et ... *c. Roumanie*, n° 8516/07, § 36, 23.06.2015), y compris l'élément intentionnel (... *c. Finlande*, n° 13079/03, § 56, 16.06. 2009).

54. Ainsi, dans l'affaire ... (*ibidem*), dans laquelle le requérant avait été condamné à deux reprises pour des infractions aux lois relatives aux taxes, la Cour a conclu que les faits reprochés à l'intéressé lors des procédures en cause étaient essentiellement les mêmes, bien que l'élément intentionnel n'ait été retenu que dans le cadre de la première procédure.

55. La Cour rappelle également que, dans l'affaire ... *c. Norvège* (précité, § 141), elle a estimé à la suite de la Cour suprême norvégienne que les circonstances factuelles sur lesquelles reposaient la majoration d'impôt et la condamnation pénale litigieuses – c'est-à-dire dans les deux cas l'omission dans la déclaration fiscale de certaines informations concernant des revenus – étaient suffisamment similaires pour satisfaire à la condition tenant au "*bis*", malgré l'élément factuel supplémentaire de fraude qui caractérise l'infraction pénale.

ii. *Application au cas d'espèce*

56. La Cour relève que la procédure pénale et la procédure administrative reposaient sur un même complexe factuel lié dans le temps et dans l'espace, à savoir le fait reproché au requérant d'avoir, entre le 1^{er} avril 2005 et le 6 décembre 2006, rédigé de fausses attestations, en ce qu'elles attestaient de prestations non effectuées (au nombre de 4.030) et de prestations non conformes (au nombre de 128) créant respectivement un préjudice à l'assurance maladie invalidité de 121.925,20 EUR et de 2.977,03 EUR. La seule distinction entre les deux procédures réside dans l'élément intentionnel requis par les incriminations pénales, à savoir le fait d'avoir agi avec une intention frauduleuse. En l'espèce, le requérant était poursuivi pénalement pour faux, usage de faux et escroquerie, ces incriminations dépassant le simple fait d'avoir porté en compte des prestations non effectuées ou non conformes. Cependant, il ressort de la jurisprudence de la Cour que cet élément intentionnel n'est pas pertinent aux fins d'examiner si le requérant a été poursuivi pour les mêmes faits (*bis*) (... *c. Norvège*, précité, § 141, ..., précité, § 56, et ..., et ..., précité, § 69). En conséquence, la Cour considère que le requérant a été poursuivi, dans la procédure pénale et la procédure administrative, pour des faits qui sont en substance les mêmes au sens de sa jurisprudence.

c) Y a-t-il eu une répétition des poursuites ("*bis*") ?

i. *Principes généraux*

57. En ce qui concerne la répétition des poursuites ("*bis*"), les principes généraux concernant les critères de compatibilité des procédures mixtes (pénales et administratives) avec l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention ont été exposés dans l'affaire ... *c. Norvège* (précité, §§ 130-134). À cet égard, la Cour rappelle que si cette disposition a pour objet d'empêcher l'injustice que représenterait pour une personne le fait d'être poursuivie ou punie deux fois pour le même comportement délictueux, il ne bannit toutefois pas les systèmes juridiques qui traitent de manière "intégrée" le méfait néfaste pour la société en question, notamment en réprimant celui-ci dans le cadre de phases parallèles, menées par des autorités différentes et à des fins différentes (*ibidem*, § 123). Dans une telle hypothèse, l'État défendeur doit établir de manière probante que les procédures mixtes en question étaient unies par un "lien matériel et temporel suffisamment étroit". Autrement dit, il doit être démontré que celles-ci se combinaient de manière à être intégrées dans un tout cohérent. Cela signifie non seulement que les buts poursuivis et les moyens utilisés pour y parvenir doivent être en substance complémentaires et présenter un lien temporel, mais aussi que les éventuelles conséquences découlant d'une telle organisation du traitement juridique du comportement en question doivent être proportionnées et prévisibles pour le justiciable (*ibidem*, § 130). Les éléments pertinents pour statuer sur l'existence d'un lien suffisamment étroit du point de vue matériel sont notamment les suivants (*ibidem*, § 132) :

- "le point de savoir si les différentes procédures visent des buts complémentaires et concernent ainsi, non seulement *in abstracto* mais aussi *in concreto*, des aspects différents de l'acte préjudiciable à la société en cause
- le point de savoir si la mixité des procédures en question est une conséquence prévisible, aussi bien en droit qu'en pratique, du même comportement réprimé (*idem*)
- le point de savoir si les procédures en question ont été conduites d'une manière qui évite autant que possible toute répétition dans le recueil et dans l'appréciation des éléments de preuve, notamment grâce à une interaction adéquate entre les diverses autorités compétentes, faisant apparaître que l'établissement des faits effectué dans l'une des procédures a été repris dans l'autre
- et, surtout, le point de savoir si la sanction imposée à l'issue de la procédure arrivée à son terme en premier a été prise en compte dans la procédure qui a pris fin en dernier, de manière à ne pas faire porter pour finir à l'intéressé un fardeau excessif, ce dernier risque étant moins susceptible de se présenter s'il existe un mécanisme compensatoire conçu pour assurer que le montant global de toutes les peines prononcées est proportionné."

58. La mesure dans laquelle la procédure administrative présente les caractéristiques d'une procédure pénale ordinaire est un élément important. Des procédures mixtes satisferont plus vraisemblablement aux critères de complémentarité et de cohérence si les sanctions imposables dans la procédure non formellement qualifiée de "pénale" sont spécifiques au comportement en question et ne font donc pas partie du "noyau dur du droit pénal" (pour reprendre les termes des arrêts ..., précité, § 43 et ..., précité, § 76). Si, à titre additionnel, cette procédure n'a pas de caractère véritablement infamant, il y a moins de chances qu'elle fasse peser une charge disproportionnée sur l'accusé. À l'inverse, plus la procédure administrative présente de caractéristiques infamantes la rapprochant dans une large mesure d'une procédure pénale ordinaire, plus les finalités sociales poursuivies par la punition du comportement fautif dans des procédures différentes risquent de se répéter ("*bis*") au lieu de se compléter (... *c. Norvège*, précité, § 133).

59. Enfin, la condition du lien temporel n'exige, quant à elle, pas nécessairement que les deux procédures soient menées simultanément du début à la fin. L'État doit avoir la faculté d'opter pour la conduite des procédures progressivement si ce procédé se justifie par un souci d'efficacité et de bonne administration de la justice, poursuit des finalités sociales différentes et ne cause pas un préjudice disproportionné à l'intéressé. Toutefois, il doit toujours y avoir un lien temporel suffisamment étroit pour que le justiciable ne soit pas en proie à l'incertitude et à des lenteurs, et pour que les procédures ne s'étalent pas trop dans le temps, même dans l'hypothèse où le régime national pertinent prévoit un mécanisme "intégré" comportant un volet administratif et un volet pénal distincts. Plus le lien temporel est ténu, plus il faudra que l'État explique et justifie les lenteurs dont il pourrait être responsable dans la conduite des procédures (*ibidem*, § 134).

ii. Application au cas d'espèce

60. La Cour constate que la procédure menée devant les juridictions de l'ordre judiciaire relatives aux infractions de faux, usage de faux et escroquerie a donné lieu à une décision définitive de la Cour d'appel de ... (§ 11 ci-dessus).

a) L'existence d'un lien matériel

• Complémentarité des buts poursuivis

61. La Cour relève que les deux procédures (pénale et administrative) visaient des buts complémentaires et concernaient non seulement *in abstracto* mais aussi *in concreto* des aspects différents de l'acte préjudiciable à la société.

62. En effet, tel que cela ressort des explications du Gouvernement (§ 49 ci-dessus) mais aussi des travaux préparatoires (§ 27 ci-dessus), l'objectif poursuivi par la procédure administrative n'est pas de protéger les intérêts généraux de la société tels que ceux-ci sont ordinairement protégés par le droit pénal. Il consiste plus spécialement à protéger les intérêts de l'INAMI, garantir son bon fonctionnement et assurer plus largement le financement général de la sécurité sociale. En revanche, les incriminations de faux, d'usage de faux et d'escroquerie ont un caractère général et visent à protéger la société dans son ensemble en réprimant des actes intentionnellement posés qui s'avèrent nuisibles à celle-ci (voir *mutatis mutandis* ... *c. Norvège*, précité, § 144). Ainsi, l'incrimination des infractions de faux et d'usage de faux visées aux articles 196 et 197 du code pénal (§ 23 ci-dessus) a pour objectif de garantir le respect de la foi publique, tandis que l'incrimination d'escroquerie visée à l'article 496 du code pénal (§ 23 ci-dessus) tend, quant à elle, à lutter contre l'utilisation de manœuvres frauduleuses en vue de se faire remettre une chose. Ces infractions, qui relèvent du "noyau dur du droit pénal", supposent une intention frauduleuse dans le chef de leur auteur.

63. En l'occurrence, la Cour observe que le requérant a été acquitté par la juridiction pénale au motif que cette intention frauduleuse n'était pas établie (§ 11 ci-dessus). Elle relève également que le requérant a expressément reconnu, au cours des procédures internes, avoir porté en compte des prestations de soins non réalisées ou non conformes pour un montant de 124.902,23 EUR (voir § 7 ci-dessus). Dans ce contexte, la Cour constate que l'amende administrative imposée par la Chambre de recours (d'un montant sensiblement inférieur à celui imposé par la Chambre de première instance) visait, en l'espèce, à sanctionner la négligence du requérant à l'égard de l'INAMI, cette négligence étant indépendante d'une quelconque intention frauduleuse dans son chef.

64. Au vu de ce qui précède, la Cour peut dès lors admettre que les procédures administrative et pénale en cause poursuivent des objectifs complémentaires et différents, et que la complémentarité et la différence de ces objectifs se sont révélées dans la présente affaire. Conclure autrement reviendrait à considérer au regard de l'article 4 du Protocole n° 7 qu'un acquittement prononcé par la juridiction pénale pour des infractions de faux, d'usage de faux et d'escroquerie en l'absence d'une intention frauduleuse empêcherait toute imposition ultérieure d'une quelconque sanction administrative revêtant un caractère pénal au sens autonome de la Convention à un individu qui a méconnu la législation pertinente par négligence et bénéficié du système de la sécurité sociale à des fins étrangères à celles qui lui sont assignées.

- Prévisibilité

65. En l'espèce, il ne ressort d'aucun élément du dossier, et le requérant ne démontre pas, que la mixité des procédures ne constituait pas une conséquence prévisible, tant en droit qu'en pratique, du comportement qui lui était reproché.

- Absence d'une répétition dans le recueil et dans l'appréciation des éléments de preuve

66. La Cour note que la procédure pénale et la procédure administrative reposent toutes deux sur l'enquête administrative menée par le SECM sur la base de listings de prestations (attestations de soins) transmis par les organismes-assureurs, de l'audition du requérant et de huit de ses patients, de la reconnaissance par le requérant de la matérialité des faits reprochés (attestations erronées), ainsi que du procès-verbal d'infraction établi le 29 mai 2007. Les éléments recueillis lors de l'enquête administrative ont été repris dans la procédure pénale, évitant de la sorte une répétition dans le recueil et l'appréciation des éléments de preuve.

- Prise en compte de la sanction imposée dans la première procédure

67. La Cour relève que la Chambre de recours a expressément tenu compte de l'arrêt de la Cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 acquittant le requérant des préventions de faux, usage de faux et escroquerie. Elle avait d'ailleurs décidé de surseoir à statuer dans l'attente de cet arrêt. Une fois celui-ci rendu, la Chambre de recours a indiqué être tenue par la décision pénale et les motifs déterminant l'acquittement. Elle a explicitement tenu compte de l'absence d'intention frauduleuse pour déterminer la hauteur de la sanction (1.200 EUR), qui fut sensiblement moindre que celle infligée initialement par la Chambre de première instance (243.850,40 EUR et 4.465,54 EUR) (§§ 18 et 19 ci-dessus).

- Conclusion concernant l'existence d'un lien matériel

68. Eu égard aux éléments qui précèdent (§§ 61 à 67), la Cour estime que les procédures pénale et administrative étaient unies par un lien matériel suffisamment étroit dans les circonstances de l'espèce (... *c. Norvège*, précité, § 132).

B) L'existence d'un lien temporel

69. La Cour observe que l'existence d'un lien temporel suffisamment étroit en l'espèce n'est pas contestée par le requérant. Elle note que les deux procédures ont commencé et se sont déroulées en parallèle jusqu'au 15 juillet 2011, date à laquelle la Chambre de recours décida de surseoir à statuer dans l'attente de la décision de la Cour d'appel de ... (§ 16 ci-dessus). Suite à l'arrêt de la cour d'appel de ... du 27 janvier 2015 (§ 11 ci-dessus), la procédure administrative a poursuivi son cours. La Chambre de recours a rendu sa décision le 17 mars 2016 (§§ 18 et 19 ci-dessus), soit un peu plus d'un an après l'arrêt de la Cour d'appel. Dans ces circonstances, la Cour considère qu'il existait en l'espèce un lien temporel suffisamment étroit entre les deux procédures.

Y) Conclusion

70. Compte tenu de l'ensemble des éléments qui précèdent, la Cour considère qu'il n'y a pas eu violation de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

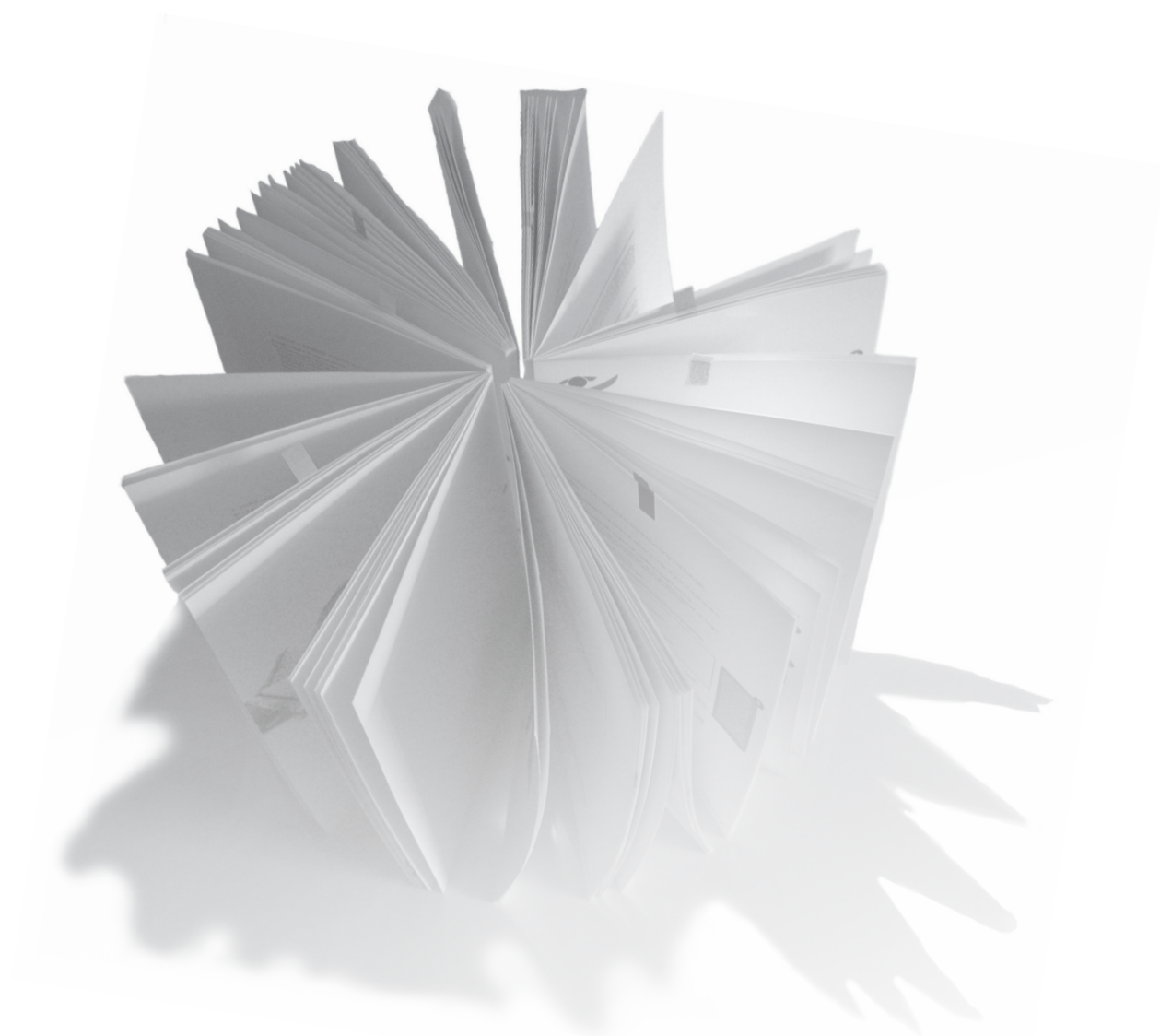
PAR CES MOTIFS, LA COUR, À L'UNANIMITÉ,

1. *Déclare* le grief au titre de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention relatif à l'amende administrative recevable et le surplus de la requête irrecevable ;
2. *Dit* qu'il n'y a pas eu violation de l'article 4 du Protocole n° 7 à la Convention.

...

3^e Deel

Parlementaire vragen en antwoorden



I. Tandheelkundige implantaten

Hulpmiddelen vervaardigd in massa of op maat – Conformiteit aan de Europese Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen – CE-certificering – Registratie – Traceerbaarheid - Controle van de vereisten – Geen non-conformiteit – Tussenkomst van het FMO

Vraag nr. 2070, gesteld op 12 april 2023 aan meneer de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw GIJBELS, volksvertegenwoordigster¹

Tandheelkundige implantaten kunnen worden geplaatst door tandartsen of door artsen met een opleiding stomatologie of kaakchirurgie.

Uiteraard is het van belang dat deze implantaatchirurgie correct verloopt, dus dat een gepaste opleiding werd voorzien, maar ook dat er kwaliteitsvolle implantaten worden gebruikt.

1. Aan welke vereisten moeten de tandheelkundige implantaten voldoen die in ons land worden geplaatst?
2. Op welke manier wordt dit gecontroleerd?
3. Worden in ons land implantaten geplaatst die niet voldoen aan de vereisten? Kunt u hiervan een overzicht geven voor de laatste vijf jaar?
4. Zijn tandartsen en artsen verplicht om tandheelkundige implantaten te registreren? Op welke manier? Hoe wordt dit gecontroleerd?
5. Wordt opgevolgd of (bepaalde types) tandheelkundige implantaten voor problemen zorgen? Op welke manier? Zo ja, zijn er bepaalde types die zijn geïdentificeerd als problematisch? Op welke manier wordt dit aan de zorgverstrekkers gecommuniceerd?
6. Zijn er bij het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) dossiers bekend in verband met tandheelkundige implantaten? Zo ja, kunt u de aard van de problematiek toelichten?
7. Moet aan patiënten worden meegedeeld welke implantaten werden geplaatst? Zo ja, op welke manier en wordt dit gecontroleerd?

Antwoord

1. De term “tandheelkundig implantaat” wordt meestal gebruikt om te verwijzen naar een geheel dat bestaat uit drie onderdelen: een implantaat (schroef), een stift en een kroon. Het implantaat (schroef) dient als anker om de andere twee componenten vast te houden. De stift wordt in het implantaat geschroefd en dient ter ondersteuning van de kroon die het geheel afdekt.

Sommige van deze onderdelen worden naar maat geproduceerd door de fabrikanten van medische hulpmiddelen naar maat (gewoonlijk tandtechnici), andere worden door fabrikanten van medische hulpmiddelen in massa geproduceerd.

1. Bulletin nr. 124, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 168.

Meestal wordt de kroon naar maat gemaakt. De stift kan in massa of naar maat worden gemaakt. Het implantaatgedeelte (schroef) wordt meestal in massa geproduceerd.

Afhankelijk van de vraag of het hulpmiddel in massa of naar maat wordt vervaardigd, gelden verschillende eisen.

Voor in massa geproduceerde hulpmiddelen: deze hulpmiddelen moeten gecertificeerd zijn zoals beschreven in Europese Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen. De conformiteit wordt aangetoond door een CE-markering. De CE-certificering garandeert dat hulpmiddelen op de Belgische en Europese markt voldoen aan de veiligheids- en kwaliteitsnormen van de EU, wat de doeltreffendheid en veiligheid voor patiënten helpt garanderen.

Er moet op gewezen worden dat sommige hulpmiddelen nog op de markt gebracht kunnen worden overeenkomstig aan de oude Richtlijn 93/42/EG. Dit zijn hulpmiddelen waarvoor een overgangsperiode geldt om aan de nieuwe Verordening 2017/745 te voldoen.

Dit betekent dat momenteel hulpmiddelen die gecertificeerd zijn onder de Richtlijn en onder de Verordening naast elkaar op de markt bestaan, terwijl ze legaal in de handel zijn gebracht.

Voor hulpmiddelen geproduceerd naar maat: volgens de Europese Verordening 2017/745 (art. 2, pt. 3) wordt een hulpmiddel naar maat gedefinieerd als: "Een hulpmiddel dat speciaal is vervaardigd volgens een schriftelijk voorschrift van eenieder die daartoe op grond van zijn beroepskwalificaties volgens het nationale recht is gemachtigd, welk voorschrift, onder zijn verantwoordelijkheid, specifieke ontwerpkenmerken geeft, en dat is bestemd om uitsluitend door een bepaalde patiënt te worden gebruikt om tegemoet te komen aan zijn individuele situatie en behoeften."

Net als bij in massa geproduceerde medische hulpmiddelen moeten hulpmiddelen naar maat worden gecertificeerd conform aan Europese Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen, maar zij dragen geen CE-markering. Naar maat gemaakte hulpmiddelen voor tandheelkundige implantaten profiteren niet van een overgangsperiode en moeten sinds 26 mei 2021 voldoen aan EU-verordening 2017/745.

De Europese Commissie heeft de lidstaten de verantwoordelijkheid gegeven om toezicht te houden op fabrikanten van medische hulpmiddelen naar maat. Daarom heeft het Federaal agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg) op nationaal niveau een registratieplicht opgelegd: in België gevestigde fabrikanten of gemachtigde vertegenwoordigers van fabrikanten van hulpmiddelen naar maat moeten de door hen vervaardigde hulpmiddelen naar maat registreren bij het fagg.

2. Voor in massa geproduceerde hulpmiddelen betreffende tandheelkundige implantaten wordt de CE-certificering afgegeven door een aangemelde instantie. Dit is een onafhankelijke organisatie die door de bevoegde Europese autoriteiten is aangewezen om de conformiteit van hulpmiddelen met de eisen van de Europese wetgeving te beoordelen. De aangemelde instantie controleert of het product voldoet aan de technische en veiligheidsnormen opgelegd door de EU.

Om een CE-certificaat te verkrijgen, moeten fabrikanten gedetailleerd kunnen aantonen dat hun producten voldoen aan de eisen van Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen. Ze moeten ook de traceerbaarheid van hun producten waarborgen en een kwaliteitsbeheersysteem opzetten dat voldoet aan de Europese normen.

Voor medische hulpmiddelen naar maat betreffende tandheelkundige implantaten is er geen tussenkomst van een aangemelde instantie. Overeenkomstig de wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen moeten fabrikanten of gemachtigden van in België gevestigde fabrikanten van hulpmiddelen naar maat echter uiterlijk op de dag waarop de hulpmiddelen op de markt gebracht worden, de volgende informatie aan het fagg meedelen:

- zijn naam of handelsnaam alsmede zijn woonplaats of zetel en, indien verschillend, de plaats waar de activiteiten worden uitgeoefend

- de klasse van de in de handel gebrachte hulpmiddelen
- de nomenclatuurcode (zie art. 26 van Verordening 2017/745)
- het conformiteitscertificaat, indien van toepassing
- de gebruiksaanwijzing, indien van toepassing
- de conformiteitsverklaring.

De verplichting om fabrikanten van medische hulpmiddelen naar maat en hun hulpmiddelen op nationaal niveau te registreren, is dus bedoeld om het fagg in staat te stellen de spelers die actief zijn in deze sector te kennen. Zo kan het fagg zijn markttoezichtsoopdracht uitvoeren om na te gaan of de hulpmiddelen naar maat die aan patiënten ter beschikking worden gesteld, voldoen aan de vereisten van de Europese Verordening 2017/745.

3. Voor in massa geproduceerde hulpmiddelen: het fagg heeft tot op heden geen dergelijke gevallen vastgesteld. Het moet opgemerkt worden dat het fagg in geval van niet-naleving maatregelen kan nemen om tandheelkundige implantaten die niet aan de voorschriften voldoen, uit de handel te nemen.

Voor hulpmiddelen naar maat: het fagg heeft evenmin dergelijke gevallen vastgesteld.

4. Voor in massa geproduceerde hulpmiddelen: in de wet van 22 december 2020 betreffende medische hulpmiddelen worden de Belgische keuzes geïmplementeerd die in de Europese Verordening 2017/745 betreffende medische hulpmiddelen zijn vermeld. In artikel 16, § 2 worden zorgverleners (waaronder tandartsen) verplicht om de UDI (=unique device identifier) van de aan hen geleverde implanteerbare hulpmiddelen te registreren en te bewaren, bij voorkeur langs elektronische weg. Deze verplichting betreft alleen implantaten die voldoen aan de Verordening en niet aan de Richtlijn. Een koninklijk besluit kan de modaliteiten van deze registratie en de bewaring ervan bepalen, maar dit bestaat nog niet.

De inspectiediensten van het fagg zijn belast met het toezicht op de toepassing van Verordening 2017/745, de wet van 22 december 2020 en de uitvoeringsbesluiten van deze artikelen inzake medische hulpmiddelen, door het uitvoeren van inspecties, indien nodig onaangekondigd.

Voor hulpmiddelen naar maat: hulpmiddelen naar maat hebben geen UDI en vallen dus niet onder de verplichting van artikel 16, § 2 van de Wet van 22 december 2020.

5. Net als voor alle andere medische hulpmiddelen moeten ernstige incidenten met tandheelkundige implantaten gerapporteerd worden door fabrikanten. Maar ook verdelers, gezondheidsbeoefenaars en patiënten kunnen incidenten of problemen melden aan het fagg. Door middel van al deze informatie analyseert het fagg of nieuwe risico's opduiken, of – voor bestaande risico's deze in grotere frequenties of met ernstigere gevolgen optreden. Wanneer de baten-risicobalans in negatieve zin verandert, wordt van de fabrikant verwacht dat er corrigerende en/of preventieve maatregelen worden genomen.

Als een corrigerende maatregel ondernomen wordt voor hulpmiddelen (waaronder dus ook tandheelkundige implantaten) die al op de markt werden gebracht en dit om de risico's voor de patiënten te verhinderen of minstens zo laag mogelijk te houden, is de fabrikant verplicht alle klanten hierover in te lichten via een veiligheidswaarschuwingbrief (*Field Safety Notice*). Deze brief moet iedereen duidelijke info verschaffen over onder andere de betrokken medische hulpmiddelen, het vastgestelde probleem, de risico's dat dit met zich meebrengt en de acties die de klant en fabrikant moeten ondernemen om deze risico's te verminderen. Het fagg controleert zowel de inhoud van deze brief alsook de uitvoering van de te ondernemen acties.

Als het fagg van oordeel is dat (bijkomende) corrigerende acties noodzakelijk zijn, kan het fagg ook zelf wettelijk acties opleggen aan de fabrikant zoals onder andere een quarantaine, terugroeping, verbod voor het op de markt plaatsen van (bepaalde) medische hulpmiddelen, enz.

6. Het Fonds voor de medische ongevallen ontvangt inderdaad vragen voor advies/schadevergoeding naar aanleiding van het plaatsen van tandheelkundige implantaten. Deze aanvragen zijn velerlei.

Uitzonderlijk gaat het over de kwaliteit van de implantaten (Peek implantaten).

In de meeste gevallen gaat het echter over de plaatsing van de implantaten of het niet-ingroeien ervan of over de protheseconstructie op deze implantaten.

In vele gevallen klagen de aanvragers van een advies ook over de kostprijs.

Gelet op de aard van de zorgen blijft de schade onder de ernstgraad en is er dus geen tussenkomst van het Fonds voor de medische ongevallen behalve in het uiterst uitzonderlijk geval van een niet verzekerde zorgverstrekker.

7. Voor in massa geproduceerde hulpmiddelen: verordening 2017/745 vereist dat fabrikanten implantaten afleveren vergezeld met een implantaatkaart (art. 18 van de Verordening). Deze kaart bevat de volgende gegevens over het implantaat: naam, serienummer, lotnummer, UDI, model, alsmede de naam, het adres en de website van de fabrikant. Deze kaart moet door de zorgverlener aan de patiënt gegeven worden. Deze verplichting betreft enkel implantaten die krachtens de verordening zijn gecertificeerd en niet die welke onder de overgangsfase vallen (en dus nog krachtens een van de richtlijnen zijn gecertificeerd).

Wanneer tandheelkundige implantaten geregistreerd zullen worden in het centrale traceerbaarheidsregister (zie wijziging van het in vraag 4 genoemde K.B.), zal dit de patiënt nog meer informatie verschaffen over de geplaatste implantaten.

Voor hulpmiddelen op maat: om in de handel gebracht te worden, moeten hulpmiddelen naar maat vergezeld gaan van een verklaring die ter beschikking van de patiënt of gebruiker wordt gesteld (zie art. 21 en bijlage XIII, deel I, van de Verordening 2017/745). In deze verklaring worden de patiënt of gebruiker, het betrokken hulpmiddel en de kenmerken ervan geïdentificeerd.

Alle informatie die in deze verklaring moet worden opgenomen is opgenomen in bijlage XIII van de Europese Verordening 2017/745.

Zoals vermeld in punt 4 zijn de inspectiediensten van het fagg belast met het toezicht op de toepassing van Verordening 2017/745 door het uitvoeren van inspecties, indien nodig onaangekondigd, zowel voor hulpmiddelen die in massa worden geproduceerd als voor hulpmiddelen naar maat.

II. Deeltijdse werkhervattingen

Stijging van het aantal deeltijdse werkhervattingen – TNW-trajecten – Categorisering – Periodieke aansprekingen – Concreet contact

Vraag nr. 2431, gesteld op 24 november 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door de heer VAN DER DONCKT, volksvertegenwoordiger¹

In navolging van uw antwoord van 25 oktober 2023 op mijn parlementaire vraag over de afname van de groei van het aantal langdurig zieken (vraag nr. 39452C, *integraal Verslag*, Kamer, 2022-2023, CRIV 55 COM 1210) wens ik specifiek met betrekking tot de stijging van het aantal deeltijdse werkhervattingen nog de volgende bijkomende vragen te stellen.

1. De deeltijdse werkhervattingen vertonen al jaren een stijgende tendens, ook toen u nog geen minister was. Zo steeg het aantal deeltijdse werkhervattingen van 34.447 nieuwe toelatingen in 2016 naar 54.972 in 2019 (dus een stijging met bijna 60 %). Houdt de berekening van de doelstelling van 4.600 extra jobs voor arbeidsongeschikten rekening met het feit dat de tendens al jaren stijgend is? Is er effectief sprake van een trendbreuk waarbij het aantal deeltijdse werkhervattingen nog sneller stijgt dan de aanvankelijke stijging? Kunt u meegeven hoeveel nieuwe deeltijdse werkhervattingen (voor maximum één dag) in 2022 hebben plaatsgevonden?

2. Het systeem van de deeltijdse werkhervattingen is natuurlijk niet door de regering zelf uitgevonden. Wat wel een regeringsinitiatief is zijn, bijvoorbeeld, de hervormde terug-naar-werk (TNW)-trajecten sinds 2022. Een deeltijdse werkhervatting is dan natuurlijk pas een realisatie van het regeringsbeleid als ze voortvloeit uit het nieuwe beleid. Hoeveel deeltijdse werkhervattingen vloeiden in 2022 voort uit een TNW-traject? Hoeveel deeltijdse werkhervattingen vloeiden voort uit de re-integratietrajecten 2.0 van minister Dermagne? En hoeveel TNW-trajecten werden door de zieke werknemer zelf geïnitieerd? Ligt het aantal deeltijdse werkhervattingen dat volgt op een TNW-traject in 2022 hoger dan het aantal deeltijdse werkhervattingen dat volgde op de eerdere re-integratietrajecten via de ziekenfondsen (het systeem van voor de hervorming)?

3. De focus op deeltijdse werkhervattingen als basis voor de cijfergegevens over het succes van het regeringsbeleid vinden we wat eigenaardig. Enerzijds omdat deeltijdse werkhervattingen natuurlijk niet noodzakelijk voortvloeien uit een TNW-traject, maar anderzijds ook omdat een terugkeer naar werk zoveel meer vormen kan aannemen dan een deeltijdse werkhervatting. Mensen kunnen bijvoorbeeld ook gewoon weer voltijds aan het werk gaan, maar dan via aangepast of ander werk (al dan niet tijdelijk). Heeft u cijfers over de mate waarin TNW-trajecten (in 2022 en 2023) aanleiding geven tot aangepast of ander werk zonder vermindering van de arbeidsduur? Is er sprake van een trendbreuk in de mate waarin TNW-trajecten sinds 2022 succesvol zijn in de doorstroom naar aangepast of ander werk?

Antwoord

Ik zal proberen te illustreren waarom ik denk dat er de laatste jaren wel degelijk een opwaartse toename is van het aantal tewerkstellingen van mensen met een erkende arbeidsongeschiktheid.

1. Bulletin nr. 127, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 302.

Ook in het antwoord op uw vraag 39452C die behandeld werd tijdens de commissiezitting Sociale Zaken, Werk en Pensioenen van 25 oktober 2023 (*Integraal Verslag*, Kamer, 2023-2024, CRIV 55 COM 1210) ben ik begonnen met te zeggen dat het aantal gedeeltelijke werkervattingen al meerdere jaren – dus ook voor de start van deze regering – jaarlijks toenam. Wat ik daarbij (gedeeltelijk) toeschreef aan de impact van het versterkende, meer aanklappende (bijv. via de TNW-C en de sensibilisering van alle partners) is het surplus bovenop de doortrekking van die trendgroei van de vorige periode.

We hebben dat gedaan door te kijken naar het aantal uitkeringsdagen per jaar waarvoor er een verminderde uitkering (ingevolge de cumulregel bij deeltijdse tewerkstelling) werd toegekend. Over de periode 2017-2019 kwamen er jaarlijks gemiddeld 2.421.129 dergelijke dagen bij ten opzichte van het vorige jaar. In de periode 2021/22 bedroeg de gemiddelde jaarlijkse aangroei 3.169.238, dus 748.108 meer. Omgerekend naar voltijdequivalenten (VTE's) is dat 2.400 VTE-gerechtigden. Gelet op de tewerkstellingsbreuk die wij voor de budgettaire oefening sinds begin 2021 toepasten gaat het om 8.220 “koppen” (personen). Waarbij ik nog even meegeef dat alleen al tussen 2022 en 2021 3.251.000 dergelijke uitkeringsdagen met verminderde uitkering bijkwamen.

Dit aantal wordt bevestigd in een andere benaderingswijze. Als we kijken naar de momentopname van het aantal personen die op 31 december van ieder jaar in dat stelsel tewerkgesteld zijn, zien we dat dat aantal tijdens de huidige legislatuur gemiddeld 2.200 eenheden hoger ligt dan het gemiddelde van de voorgaande jaren. Waarbij het logisch is dat als dat fenomeen er is op één registratiemoment (31.12 betreffende jaar) er een zelfde trend is geweest op de andere momenten in het betreffende jaar. Het gaat dus om 2.200 bijkomende VTE tewerkstellingen. Waarbij van in totaal de 100 uitkeringsdagen die er tussen 2022 en 2021 waren, er 76,6 dagen met verminderde uitkering waren. In de periode 2017-2019 lag dat gemiddeld op 40, met een maximum van 47,3 in 2017.

Op 2022 waren in het stelsel van de loontrekkenden 138.087 gerechtigden minstens één dag actief in het stelsel van de gedeeltelijke werkervatting.

Voor de eerste negen maanden van 2023 zien we dat het aantal nieuwe toelatingen voor dergelijke werkervattingen 6 % hoger ligt dan in 2022. Terwijl de verwachte toename van het aantal uitkeringsdagen voor langdurige arbeidsongeschiktheid in dit jaar tegenover 2022 is gedaald naar 3,3 %.

Het aantal toelatingen dat gegeven wordt door een ADVA wordt niet apart geregistreerd volgens de “inspirator” voor de vraag van de gerechtigde om zo’n toelating te krijgen. Daarom weet ik ook niet goed wat u bedoelt met “TNW-trajecten” ten opzichte van de “trajecten via de ziekenfondsen”. En wat u precies verstaat onder een “traject”. Wat we proberen te vernieuwen hebben is dat bij het bereiken van de tiende week arbeidsongeschiktheid de gerechtigde een vragenlijst ontvangt die peilt naar zijn eigen inschatting én die hij/zij verplicht ingevuld moet terugsturen. Wat op zich al leidt tot een “zelf-reflectie” bij de gerechtigde.

Op basis van onder andere die ingevulde vragenlijst maakt de ADVA in de vierde maand PAO een eerste inschatting van de restcapaciteiten, de zogenaamde categorisering. Met het wetsontwerp dat hier voortaan voorligt zal dat voortaan trouwens steeds gebeuren nadat ofwel de ADVA ofwel een lid van het multidisciplinair team met betrokkene een fysiek contact heeft gehad. En dat herhalen we ten laatste in de 7^{de} en 11^{de} maand van PAO. Waarbij er telkens een aanpassing van de categorie kan gebeuren. En waarbij voortaan ook in de periode van invaliditeit, in functie van de laatste categorisering, er periodiek fysieke contactnames zullen zijn met de gerechtigde.

Met een gedeelte van deze mensen moet de TNW-C op vraag van de ADVA (of toekomstig een lid van het MDT) verplicht aan de slag door hem of haar uit te nodigen voor een gesprek. Waarbij dat kan resulteren in de toeleiding naar een gespecialiseerde begeleiding door de gewestelijke diensten in het kader van de raamakkoorden. Maar ook gerechtigden zelf kunnen steeds aankloppen bij de TNW-C voor hulp. Ook dan zal weer bekeken worden of een gespecialiseerde dienstverlening door die Diensten aangewezen is. Maar de Coördinator kan ook suggereren om andere stappen te zetten indien hij/zij van oordeel is dat zo'n gespecialiseerde dienstverlening niet nodig is. En waarvoor er een toestemming van de ADVA nodig is.

Bijvoorbeeld, door de geïnteresseerde gerechtigde op het spoor te brengen van "spontane" progressieve werkhervatting of andere, minder intensieve, vormen van begeleiding. En door de gerechtigde daarbij te helpen en te ondersteunen. Reden waarom ik een campagne heb opgestart onder de noemer "er is geen verkeerde deur naar werk". Want de gerechtigde kan bijvoorbeeld ook spontaan, zelf richting een Gewestelijke Dienst gaan voor gespecialiseerde begeleiding. Met een eenvoudige melding zal de ADVA dat dan ook veelal honoreren.

Voor mij is er dan ook niet "één" TNW-traject. Laat staan dat, dat zou beperkt zijn tot de "formele" begeleidingstrajecten in het kader van de raamakkoorden met de gewesten die voorzien in gespecialiseerde, veelal langdurige dienstverlening en begeleiding. Met daarom ook een relatief hoge kostprijs. Voor mij starten TNW-trajecten op het moment dat gerechtigden met een zekere duur van arbeidsongeschiktheid aangesproken worden om na te denken over hun situatie en hun mogelijkheden. En er systematisch en periodiek aan herinnerd worden dat ziekte geen fataliteit is die moet resulteren in volledig verlies aan contact met de arbeidsmarkt. En elke stap en interventie die daar aan herinnert, is voor mij een onderdeel van een "TNW-traject". En welk concreet contact, genomen door wie concreet op welk concreet moment, die bijgedragen heeft tot voormelde 140.000 gedeeltelijke werkhervattingen per jaar, is voor mij dan ook eigenlijk niet zo relevant. Maar ik wil wel dat die periodieke aansprekingen gebeuren, ook wanneer er op het eerste gezicht misschien nog geen directe mogelijkheden of interesses waren. Dat is de essentie van het wetsontwerp dat we vandaag hebben onderzocht in deze commissie.

Waarbij ik kom tot uw vraag over "hoeveel trajecten leiden tot een werkhervatting zonder daling van het arbeidsvolume". Daarbij wil ik toch even het thema van het beleid onder zijn "oude" benaming in herinnering brengen: "re-integratie van langdurig arbeidsongeschikten".

Het gaat hier dus om (vrijwillige) tewerkstelling, volgens mogelijkheden dus in aangepast werk, van mensen die nog steeds erkend arbeidsongeschikt zijn. Want anders waren ze niet meer erkend en is er hetzij (hopelijk) een volledige werkhervatting of desnoods werkloosheid. Het gaat hier dus over (langdurig) zieke mensen. Waarvan vandaag bijna 17 % (ondanks die langdurige ziekte) toch aan de slag is. In 2019 was dat 13,5 %. En ik erken, die eerste stap gebeurt vooral deeltijds en zelfs vooral halftijds. Maar ik zie eveneens dat die deeltijdse werkhervattingen in toenemende mate resulteren in een volledige werkhervatting. Voor wie aanving tijdens een periode van PAO was dat het geval voor 66 % in 2022 tegenover 45 % in 2018.

Om te concluderen collega Van der Donckt en andere collega's:

- "zijn we er"?: Nee. Want dit is een thema van constant versterken en partners appeleren op hun rol. De beste illustratie daarvan is het wetsontwerp dat we vandaag onderzoeken/hebben onderzocht
- boeken we vooruitgang?: Ik hoop dat ik dat heb kunnen illustreren
- is die vooruitgang exclusief toe te wijzen aan deze regering of aan deze of gene maatregel: Ik hoop dat ik heb kunnen illustreren dat het gelijk een stroom is waarvan we de bedding doorheen vele jaren met vele keitjes hebben verlegd. Waarbij ik wel durf te stellen dat we er tijdens deze legislatuur enkele behoorlijk grote keien hebben bijgelegd.

III. Accreditatie van de dokters

Stand en opvolging van de aanvragen – Tijdslimiet -
Geïmplementeerd systeem – Website van het RIZIV -
Accreditatiecommissie - Vacante betrekkingen

Vraag nr. 2445, gesteld op 4 december 2023, aan de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw DEPOORTER, volksvertegenwoordigster¹

Accreditatie wordt beschouwd als een essentieel kwaliteitskeurmerk voor artsen die zich regelmatig bijscholen en hun praktijk conform specifieke kwaliteitsnormen uitoefenen. Het verstandig en maatschappelijk verantwoord gebruik van professionele middelen valt hier ook onder, en daarnaast worden artsen beloond met financiële voordelen voor het behalen van een accreditatie. Desondanks ervaren artsen onzekerheid, aangezien ze vooraf niet weten of een bijscholing zal leiden tot accreditatie.

1. Kunt u toelichten of er plannen zijn om een systeem te implementeren waarmee artsen vooraf kunnen weten of een bijscholing zal worden erkend, en zo ja, met hoeveel punten?
2. Kunt u uitleggen welke mogelijkheden er zijn voor artsen om deel te nemen aan accreditatiecommissies en bij te dragen aan het beoordelingsproces van bijscholingen?

Antwoord

1. Aanvragen tot accreditering van activiteiten moeten in principe voorafgaandelijk aan de datum waarop de activiteit plaats vindt worden ingediend. Dit juist om onder meer een tijdige behandeling door de accrediteringscommissies te verzekeren en zodoende de eventuele deelnemers tijdig te kunnen informeren of de activiteit werd geaccrediteerd en met hoeveel punten.

De verantwoordelijkheid tot indiening ligt bij de organisator (of de individuele arts in het kader van buitenlandse activiteiten voor zover niet reeds op hoger niveau erkend). Er is verder geen beperking op de termijn waarbinnen de organisator deze accreditering kan aanvragen. Een verantwoordelijk organisator zal dit dus ruim op tijd doen, zodat alle geïnteresseerden voorafgaandelijk weten of en hoeveel punten werden toegekend.

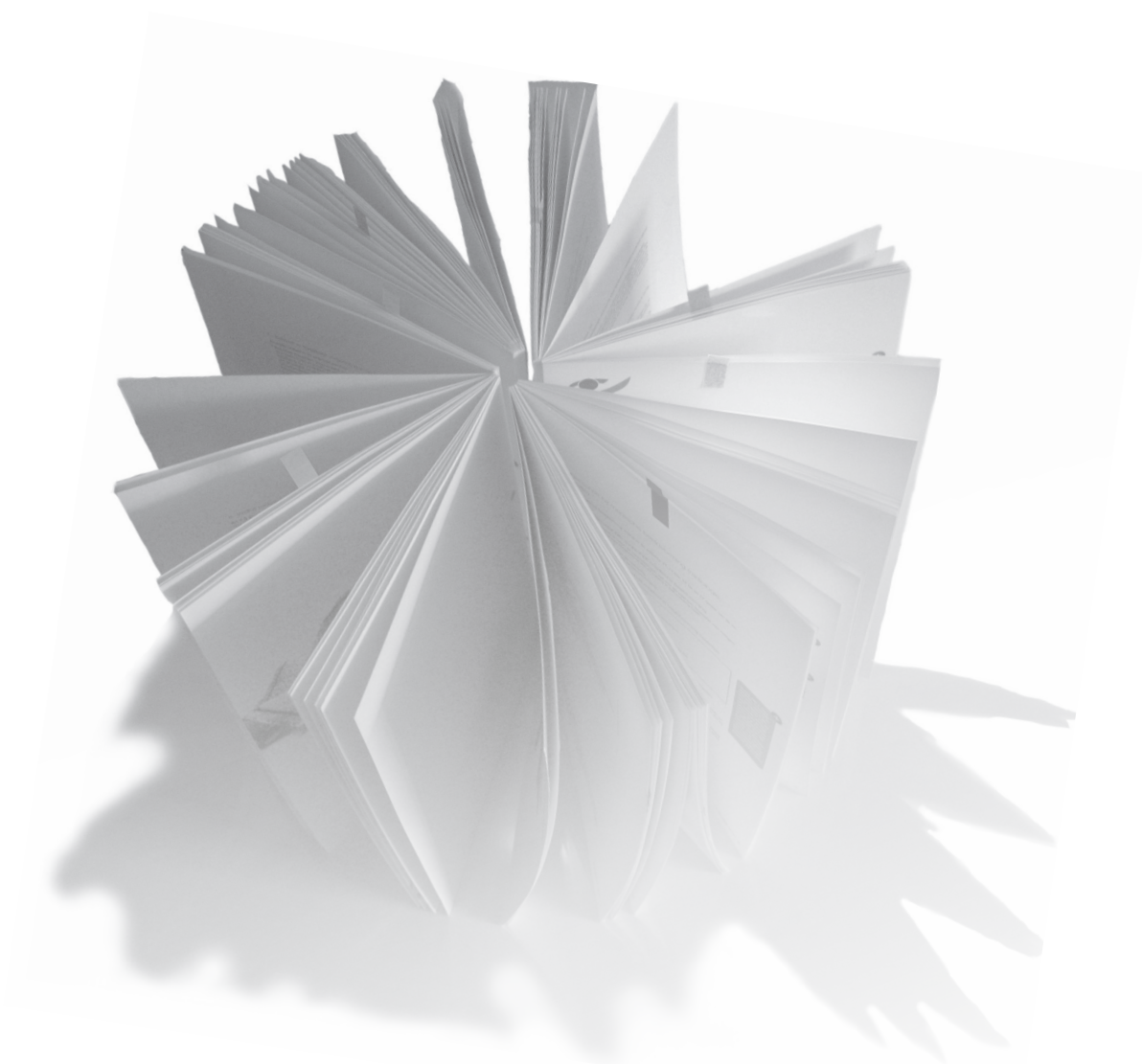
De status van de ingediende aanvragen en toegekende punten kan steeds worden opgevolgd via de website van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV), waar ook de regels inzake accreditering zijn opgenomen. Het voorgestelde systeem is dus reeds geïmplementeerd.

2. De samenstelling van de accrediteringscommissies is vastgelegd bij 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.

Er zijn regelmatig vacante posities. Geïnteresseerde artsen kunnen dus steeds contact opnemen met de respectievelijke instanties opgenomen in het koninklijk besluit of rechtstreeks met het RIZIV.

1. Bulletin nr. 128, Kamer, gewone zitting 2023-2024, blz. 210.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verordeningen (EG) 883/2004 en 987/2009 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels - Bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid - Afgifte van een document dat het recht opent op geneeskundige zorg aan weduwnaars/weduwen en/of zij die een overlevingspensioen ontvangen en in een ander land wonen

1. Inleiding

Het doel van deze omzendbrief is het onderwerp toe lichten betreffende de afgifte door Belgische verzekeringsinstellingen (VI) van een document inzake het recht op geneeskundige zorg (document S1/SED S072 of gelijkwaardig bilateraal formulier) voor personen die in België de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe hebben en/of een overlevingspensioen (of overbruggingsuitkering) van België ontvangen, terwijl zij in een ander land wonen waarmee België verbonden is, hetzij door de Europese regelgeving, hetzij door een bilaterale socialezekerheidsovereenkomst die de geneeskundige verzorging dekt.

Vier situaties zijn aan de Directie internationale relaties (RIR) voorgelegd:

- (i) hoedanigheid van weduwnaar/weduwe met overlevingspensioen;
- (ii) hoedanigheid van weduwnaar/weduwe zonder overlevingspensioen;
- (iii) geen hoedanigheid van weduwnaar/weduwe met overlevingspensioen;
- (iv) geen hoedanigheid van weduwnaar/weduwe zonder overlevingspensioen.

De Directie RIR merkte soms tegenstrijdige standpunten in de teksten op. Het lijkt er ook op dat niet alle verzekeringsinstellingen ter zake hetzelfde standpunt innemen. Een verduidelijking ter zake blijkt nodig te zijn.

2. De hoedanigheid van weduwnaar/weduwe

Overeenkomstig artikel 32, eerste alinea, 16°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kan een weduwnaar of weduwe van een gerechtigde van de verplichte Belgische ziekteverzekering, van de Belgische verplichte ziekteverzekering genieten.

Eenzijds, is het noodzakelijk om de burgerlijke staat van weduwnaar of weduwe te hebben. De burgerlijke staat van weduwnaar of weduwe wordt in de eerste plaats afgeleid uit de gegevens van het Rijksregister van natuurlijke personen en de overlijdensakte, waaruit zal blijken dat het wel degelijk de weduwnaar of weduwe van een voormalig titularis is¹. In internationale dossiers (bijvoorbeeld wanneer de weduwnaar of weduwe nooit in België heeft gewoond of verbleven) kan de betaling van een overlevingspensioen als indicatie voor de burgerlijke staat van weduwnaar/weduwe dienen.

Anderzijds, moet de overleden persoon op het moment van overlijden gerechtigde zijn van de Belgische verplichte ziekteverzekering. Een nuance is aan dit principe aangebracht, aangezien het volstaat dat de overleden persoon daadwerkelijk ingeschreven is als titularis op het moment van overlijden (bv. als gepensioneerde van de Belgische wetgeving) ook al heeft de persoon op het moment van overlijden geen recht op geneeskundige verzorging (bv. omdat zijn of haar recht is opgeschort op grond van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en Verordening (EG) nr. 987/2009 betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid); dit zou het geval zijn voor een in Frankrijk wonende Belgische gepensioneerde die ook een Frans pensioen ontvangt en krachtens artikel 23 van Verordening (EG) nr. 883/2004² ziektekostenverzekerd is ten laste van Frankrijk. Dus, om de hoedanigheid van titularis van de verplichte Belgische ziekteverzekering te hebben op het moment van overlijden, moet er dus een effectieve inschrijving in een hoedanigheid zijn bij een Belgische verzekeringsinstelling op het moment van overlijden (zelfs als het Belgische recht is opgeschort omdat de betrokkene op grond van de Europese regelgeving in een andere lidstaat ziekteverzekerd was). Slechts onder deze voorwaarden kan een persoon aanspraak maken op de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe in de zin van artikel 32, eerste alinea, 16°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

Omzendbrief V.I. nr. 79/88³ van 5 maart 1979 betreffende de voorwaarden voor de toekenning van geneeskundige verstrekkingen, in het raam van de Belgische wetgeving inzake ziekteverzekering en van de voor België bindende internationale verdragen en verordeningen inzake sociale zekerheid, is op dit moment nog van kracht.

Eenzijds bepaalt deze omzendbrief dat weduwen die een overlevingspensioen of arbeidsongevalen- of beroepsziektenrente ontvangen, op grond van de Europese regelgeving en bilaterale socialezekerheidsovereenkomsten als gepensioneerden worden beschouwd en derhalve een E121-document (of een gelijkwaardig bilateraal formulier) kunnen worden uitgereikt in geval zij hun woonplaats naar een andere staat overbrengen.

Anderzijds vermeldt deze omzendbrief dat weduwen die geen pensioen of lijfrente ontvangen, in het kader van de Europese regelgeving en bilaterale socialezekerheidsovereenkomsten als werknemers worden beschouwd en dus in aanmerking kunnen komen voor een E.106-formulier (of een gelijkwaardige bilaterale vorm) in geval van overplaatsing van de woonplaats naar een andere staat.

Ten slotte herinnert de omzendbrief de verzekeringsinstellingen eraan dat zij, vooraleer op basis van Europese verordeningen of een bilaterale overeenkomst een document opening recht af te geven, zij moeten nagaan of er geen recht ten laste van het woonland kan worden geopend.

Deze omzendbrief lijkt echter niet meer in overeenstemming te zijn met de Europese regels voor de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en met de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid.

1. Zie art. 276, lid 2, van het K.B. van 03.07.1996 en Omzendbrief V.I. nr. 2019/155 van 07.05.2019.

2. Zie nota WGV nr. 2017/2 van 06.07.2017.

3. Gepubliceerd in het I.B. nr. 1979/2, p. 104.

2.1. Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009

Wat de Europese wetgeving betreft, bepaalt artikel 11, lid 3, onder e), van Verordening (EG) nr. 883/2004 dat niet-actieve personen die geen pensioen of rente ontvangen, in beginsel onderworpen zijn aan sociale zekerheid in hun woonstaat (*lex generalis*). De enige uitzondering op dit beginsel zijn niet-actieve personen die een pensioen ontvangen (met uitzondering van degenen bedoeld in art. 11, lid 2, van Verordening (EG) nr. 883/2004, die worden gelijkgesteld met werknemers, zoals personen die een primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering ontvangen). Niet-actieve personen die een pensioen of rente ontvangen, zijn onderworpen aan de sociale zekerheid in hun woonstaat voor alle takken, onverminderd andere bepalingen van Verordening (EG) nr. 883/2004 die hen prestaties garanderen krachtens de wetgeving van een of meer andere lidstaten. Dit is het geval voor de geneeskundige verzorging, die ten laste is van de staat die het pensioen of de rente betaalt, indien er een recht op geneeskundige verzorging bestaat op grond van de wetgeving van die staat (*lex specialis*, zie de artn. 23 e.v. van Verordening (EG) nr. 883/2004).

Hoewel de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe op grond van de Belgische wetgeving voldoende is om in België recht op geneeskundige verzorging te openen (zie art. 32, eerste alinea, 16° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), is het krachtens Verordening (EG) nr. 883/2004 de woonplaats in een staat die het mogelijk maakt de onderwerping aan de sociale zekerheid te bepalen en dus het recht op geneeskundige verzorging vast te stellen voor niet-actieve personen die geen pensioen ontvangen. Als een persoon in België de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe heeft en in een andere lidstaat van de EU, EEE of Zwitserland (en bij uitbreiding in het Verenigd Koninkrijk⁴) woont, en als niet-actieve persoon geen pensioen of rente ontvangt, dan dient hij ziektekostenverzekerd te zijn ten laste van zijn woonland. De situatie zal echter anders zijn als de betrokkene een overlevingspensioen van België ontvangt uit België, dat als een “pensioen” in de zin van Verordening (EG) nr. 883/2004 wordt beschouwd.

2.2. Bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid

Met betrekking tot de bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid die België heeft afgesloten en die van toepassing zijn op de geneeskundige verzorging, moet worden nagegaan wat in elk van deze internationale instrumenten specifiek is opgenomen. Het blijkt dat bilaterale overeenkomsten in het algemeen niet voorzien in bepalingen met betrekking tot de vaststelling van de bevoegde staat wanneer een persoon niet-actief is. Dit betekent dat een persoon die in België uitsluitend de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe heeft (in de zin van art. 32, eerste alinea, 16° van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) en woonachtig is in een derde staat waarmee België een bilaterale socialezekerheidsovereenkomst die van toepassing is op de geneeskundige verzorging, zowel onderworpen kan zijn aan de Belgische sociale zekerheid (en dus kan genieten van de Belgische verplichte ziekteverzekering) alsook onderworpen kan zijn aan de sociale zekerheid van zijn woonland, indien de wetgeving van die staat daarin voorziet (dubbele onderwerping). De betrokkene kan echter alleen aanspraak maken op een recht op geneeskundige verzorging in zijn woonstaat, ten laste van België, indien deze situatie in de betrokken bilaterale overeenkomst is geregeld. Echter, de situatie van niet-actieve personen die in de andere staat wonen wordt in het algemeen in de bilaterale overeenkomsten die van toepassing zijn op de geneeskundige verzorging, niet geregeld tenzij zij een pensioen of uitkering ontvangen. Anderzijds voorziet de Belgische wetgeving betreffende de verplichte ziekteverzekering ook niet in de tenlasteneming van geneeskundige verzorging aan Belgische verzekerden in hun woonland wanneer zij in een derde land wonen (met uitzondering van de EU/EER/CH/UK).

4. Zie het Protocol betreffende de coördinatie van de sociale zekerheid dat is gesloten in het kader van de Handels- en Samenwerkingsovereenkomst tussen de EU en het Verenigd Koninkrijk, als bedoeld in art. SSC.10, lid 3, onder c), (*lex generalis*) en de artn. SSC.21 e.v. (*lex specialis*).



Voorbeeld: Dhr. X, die de hoedanigheid van weduwnaar heeft in België (in de zin van art. 32, 1^{ste} al., 16^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), ontvangt geen pensioen, rente of uitkering, en woont in Turkije. Er bestaat een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid tussen België en Turkije, dat geen aanwijsregel voor de vaststelling van de toepasselijke socialezekerheidswetgeving voor niet--actieve personen bevat. Mr. X kan dus onderworpen zijn aan zowel de Belgische sociale zekerheid als de Turkse sociale zekerheid (indien de Turkse wetgeving daarin voorziet). Wat de geneeskundige verzorging in Turkije (woonland) betreft, is een tenlasteneming door België niet mogelijk, noch op basis van de bilaterale overeenkomst (de situatie van niet-actieve personen die geen pensioen, rente of uitkeringen ontvangen is niet voorzien), noch op grond van de Belgische wetgeving (woonplaats in een derde land). Bijgevolg heeft Mr. X, voor wat betreft de geneeskundige verzorging in Turkije, geen andere mogelijkheid dan contact op te nemen met de Turkse instellingen, om na te gaan of hij kan profiteren van de Turkse ziekteverzekering, of om een particuliere ziektekostenverzekering af te sluiten.

3. Betaling van een overlevingspensioen

Volgens de Belgische wetgeving opent de betaling van een overlevingspensioen nabestaandenpensioen geen recht ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering. Om te kunnen genieten van de Belgische verplichte ziekteverzekering, moet de persoon die een Belgisch overlevingspensioen ontvangt zich kunnen beroepen op een van de in artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde hoedanigheden, bijvoorbeeld de hoedanigheid van invalide, zelfs zonder vergoeding (2^o), van gehandicapte (13^o), van ingezetene (15^o) of van weduwnaar/weduwe (16^o).

3.1. Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en nr. 987/2009

De Europese reglementering maakt geen onderscheid tussen een ouderdomspensioen en een overlevingspensioen (zie art. 1, onder w), van Verordening (EG) nr. 883/2004). Omzendbrief V.I. 2013/243 van 12 juli 2013 (met inbegrip van het besluit van nota RIR 2013/24 van 12.03.2013) luidt als volgt: “wanneer iemand zich bevindt in een situatie waarin er samenloop is tussen een ouderdomspensioen en een overlevingspensioen betaald door twee of meerdere lidstaten, moet de bepaling van de toepasselijke wetgeving inzake geneeskundige verzorging worden gedaan in toepassing van de artikelen 23 tot 27 van verordening (EG) nr. 883/2004” (zie titel III, hoofdstuk II, punt 8, blz. 24). Dit betekent dat de staat die bevoegd is voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging van een persoon die een overlevingspensioen ontvangt, niet zal worden bepaald op basis van het algemeen principe van artikel 11, lid 3, onder e), van Verordening (EG) nr. 883/2004 (*lex generalis* = bevoegdheid van het woonland), maar op basis van de bijzondere regels van de artikelen 23 en volgende van Verordening (EG) nr. 883/2004 (*lex specialis* = bevoegdheid van het land dat het pensioen betaalt, indien er een recht op geneeskundige verzorging bestaat krachtens de wetgeving van dat land).

3.1.1. SITUATIE ZOALS BEDOELD IN ARTIKEL 23 VAN VERORDENING (EG) NR. 883/2004

Artikel 23 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft betrekking op de situatie van een persoon die pensioenen ontvangt uit twee of meer lidstaten, waarvan één door het woonland. Deze bepaling voorziet dat het woonland bevoegd is voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging — ook al betaalt dat land slechts een klein pensioen of een pensioen dat betrekking heeft op een korte loopbaan — op voorwaarde dat er krachtens de wetgeving van dat land recht op geneeskundige verzorging bestaat.

Dus, als een persoon in België woont en in België een overlevingspensioen of rustpensioen of een invaliditeitsuitkering van een andere lidstaat ontvangt, voorziet artikel 23 dat België bevoegd is voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging, mits er in België een recht op geneeskundige verzorging bestaat. Aangezien een overlevingspensioen dat door België wordt betaald geen recht opent ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering, kan België slechts bevoegd zijn voor de geneeskundige verzorging indien de begunstigde zich kan beroepen op één van de hoedanigheden van artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (bv., weduwnaar/weduwe, gehandicapte, enz.). Een persoon die in het Rijksregister van natuurlijke personen is ingeschreven, kan een gerechtigde van de Belgische verplichte ziekteverzekering zijn, onder voorbehoud van de betaling van persoonlijke bijdragen (zie art. 32, 1^{ste} al., 15°, van de gecoördineerde wet van 14 .07.1994). Deze hoedanigheid is echter uitgesloten voor “personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging” (bv., op basis van een pensioen dat door een andere staat wordt betaald).



Voorbeeld: Dhr. X woont in België en ontvangt een overlevingspensioen van België en een ouderdomspensioen van Frankrijk. In geval van betaling van pensioenen door twee lidstaten, waarvan één door het woonland, voorziet artikel 23 van Verordening (EG) nr. 883/2004 dat het woonland bevoegd is. Aangezien deze bepaling geen onderscheid maakt tussen een overlevingspensioen en een ouderdomspensioen, dient rekening te worden gehouden met het in België betaalde overlevingspensioen. Aangezien dit overlevingspensioen in België echter geen recht op geneeskundige verzorging opent, kan België alleen bevoegd zijn voor de geneeskundige verzorging als de begunstigde zich kan beroepen op een hoedanigheid zoals bedoeld in de Belgische wetgeving (bv., de hoedanigheid van weduwnaar). Aangezien Frankrijk ook een ouderdomspensioen betaalt, kan in deze situatie geen beroep worden gedaan op de hoedanigheid van ingezetene zoals bedoeld in artikel 32, eerste alinea, 15°, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. België zal dus alleen bevoegd zijn voor de geneeskundige verzorging als de persoon zich kan beroepen op een andere hoedanigheid, waarin de Belgische wetgeving voorziet⁵.

3.1.2. SITUATIE ALS BEDOELD IN ARTIKEL 24 VAN VERORDENING (EG) NR. 883/2004

Artikel 24 van Verordening (EG) nr. 883/2004 heeft betrekking op de situatie van een persoon die een of meerdere pensioenen van een of meerdere lidstaten ontvangt en woont in een lidstaat die hem geen pensioen betaalt.

Eenzijds verwijst **artikel 24, lid 2, sub a** meer specifiek naar de situatie waarin een persoon een pensioen van één enkele lidstaat ontvangt en in een andere lidstaat woont. In dat geval zal de lidstaat die het pensioen betaalt, bevoegd zijn voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging, mits er krachtens de wetgeving van dat land recht op geneeskundige verzorging bestaat. Indien dit het geval is, dient de lidstaat die het pensioen betaalt een document S1/SED S072 af te geven om het recht op geneeskundige verzorging in het woonland te openen ten laste van het land dat het pensioen betaalt. Indien dit niet het geval is, is het woonland bevoegd voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging.

5. Omzendbrief V.I. nr. 2013/243 van 12.07.2013, titel III, hoofdstuk II, punt 8, blz. 24, bepaalt dat wanneer een persoon, die in België woont, zowel een overlevingspensioen van België als een ouderdomspensioen van Frankrijk ontvangt, België bevoegd is voor de geneeskundige verzorging. Dit beginsel geldt slechts indien de betrokkene recht heeft op geneeskundige verzorging in België op grond van een van de hoedanigheden vermeld in art. 32, eerste alinea van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 (zoals de hoedanigheid van weduwe/weduwnaar-status in 16°).



Voorbeeld: Dhr. X ontvangt een overlevingspensioen van België en woont in Frankrijk. Als de heer X van de Belgische verplichte ziekteverzekering geniet (bv., in de hoedanigheid van weduwnaar), is er een recht op geneeskundige verzorging volgens de wetgeving van het land dat het pensioen betaalt (België). Bijgevolg is dit land bevoegd voor de *tenlasteneming van de geneeskundige verzorging* en de afgifte van een document S1/SED S072 voor het openen van een recht op geneeskundige verzorging in het woonland (Frankrijk) overeenkomstig artikel 24, lid 2, onder a), van verordening (EG) nr. 883/2004. Als de heer X zich niet kan beroepen op een hoedanigheid zoals bedoeld in artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, dan is er geen recht op geneeskundige verzorging krachtens de wettelijke regeling van het land dat het pensioen betaalt (België) en is België bijgevolg niet bevoegd voor de tenlasteneming van de geneeskundige verzorging van deze persoon. Deze persoon zal ziektekostenverzekerd zijn ten laste van zijn woonland (Frankrijk).

Anderzijds, heeft **artikel 24, lid 2, sub b** betrekking op de situatie waarin een persoon pensioenen van twee of meerdere lidstaten ontvangt en in een andere lidstaat woont die hem geen pensioen betaalt. In dit geval is de geneeskundige verzorging ten laste van de lidstaat (die een pensioen betaalt) onder wiens wetgeving de betrokkene *“het langst heeft geressorteed”* of, indien van toepassing, waar hij *“laatstelijk onderworpen is geweest”*, mits er krachtens de wettelijke regeling van die staat een recht op geneeskundige verzorging bestaat.

Ten eerste, zoals hierboven vermeld, moet de gerechtigde zich kunnen beroepen op een recht op geneeskundige verzorging ten laste van het land dat hem/haar een pensioen betaalt opdat een pensioen in aanmerking wordt genoemd voor de toepassing van deze bepaling (ook al is dit recht niet gebaseerd op het pensioen, maar bijvoorbeeld op grond van een andere hoedanigheid waarin de wet voorziet, zoals de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe zoals bedoeld in art. 32, 1^{ste} al., 16°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

Ten tweede, als er een recht op geneeskundige verzorging bestaat in het (de) land(en) dat (die) een pensioen betaalt (betalen), komt de geneeskundige verzorging ten laste van de lidstaat waar de betrokkene het langst aan de wetgeving is onderworpen geweest (hierna: “langste loopbaan”), of indien de periode van onderwerping in deze landen gelijk is, ten laste van de lidstaat waar hij het laatst was onderworpen. De wettelijke regeling waaraan de gepensioneerde krachtens deze bepaling moet zijn onderworpen, is de wettelijke regeling inzake pensioenen (ouderdom) of renten (zie arrest van HvJEU van 10.10.2013, *F. van der Helder & D. Farrington/College voor zorgverzekeringen*, C-321/12, punt 49).

Hoewel Verordening (EG) nr. 883/2004 geen onderscheid maakt tussen ouderdomspensioenen en overlevingspensioenen, zal een overlevingspensioen niet in aanmerking worden genomen voor de toepassing van artikel 24, lid 2, onder b), van de verordening. Wat betreft een overlevingspensioen was het niet de ontvanger van het overlevingspensioen die onderworpen was aan de pensioenwetgeving (niet zijn/haar eigen loopbaan), maar de overleden echtgeno(o)t(e). De Europese rechtspraak verwijst evenwel naar de door de titularis vervulde verzekeringstijdvakken (zie arr. van het HvJEU van 10.10.2013, *F. van der Helder & D. Farrington tegen College voor zorgverzekeringen*, C-321/12). Alleen verzekeringstijdvakken die door de titularis van het (overlevings)pensioen zijn vervuld, moeten in aanmerking genomen worden. Voor de toepassing van artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) nr. 883/2004 moet de loopbaan van de overleden echtgeno(o)t(e) niet in aanmerking worden genomen.

 *Voorbeeld:* Dhr. X woont in Spanje en ontvangt een Belgisch overlevingspensioen (bedrag: 1 500 EUR) en een Frans ouderdomspensioen (bedrag: 500 EUR). Zelfs als dhr. X zich kan beroepen op een hoedanigheid in de zin van artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (bijv. de hoedanigheid van weduwnaar), zal geen rekening worden gehouden met het Belgische overlevingspensioen bij het vaststellen van de lidstaat waar hij het “langst” dan wel “laatstelijk” onderworpen was — ook al is het overlevingspensioen gebaseerd op een langere loopbaan of op de laatste loopbaan van de overleden echtgeno(ot)(e). Alleen de eigen loopbaan van de titularis van een overlevingspensioen wordt in aanmerking genomen voor de toepassing van artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) nr. 883/2004. In een dergelijk voorbeeld moet men er dus van uitgaan dat de heer X slechts één pensioen ontvangt dat recht geeft op geneeskundige verzorging, nl. Frankrijk, en dit land bijgevolg als enige bevoegd is om de kosten van de geneeskundige verzorging ten laste te nemen en een document S1/SED S072 uit te reiken (toepassing van art. 24, lid 2, onder a), van Verordening (EG) nr. 883/2004).

Het feit dat een overlevingspensioen niet in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) nr. 883/2004, betekent ook dat deze bepaling in beginsel geen oplossing biedt bij een samenloop van overlevingspensioenen die door verschillende lidstaten worden betaald, aangezien de loopbaan van de overleden echtgeno(ot)(e) niet in aanmerking zal worden genomen. Naar analogie met artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) 883/2004 worden de verzekeringsinstellingen aanbevolen na te gaan in welke staat de overleden echtgeno(ot)(e) “laatstelijk onderworpen” was en de titularis van het overlevingspensioen te verzoeken om bij dat land om de afgifte van een document opening recht te vragen voor het recht op geneeskundige verzorging in zijn woonstaat.

 *Voorbeeld:* Als Dhr. X in Spanje woont en een Belgisch overlevingspensioen en een Frans overlevingspensioen ontvangt, is er geen regel die het ene of het andere land bij voorrang aanwijst als het bevoegde land krachtens artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) nr. 883/2004.

Als een recht op geneeskundige verzorging slechts bestaat in een van de landen die een overlevingspensioen betalen (bijv. geen hoedanigheid krachtens de Belgische wetgeving, maar wel naar Frans recht), dan dient artikel 24, lid 2, onder a), van Verordening (EG) nr. 883/2004 te worden toegepast en van de veronderstelling uitgegaan dat de heer X pensioenen ontvangt waarvan er slechts één recht opent op geneeskundige verzorging ten laste van een land (Frankrijk), dat dus als enige bevoegd is om voor zijn geneeskundige verzorging in zijn woonland (Spanje) te zorgen.

Als er een recht op geneeskundige verzorging zou bestaan krachtens de wetgeving van elk van deze landen (in België, op basis van de hoedanigheid van weduwnaar of een andere hoedanigheid zoals bedoeld in art. 32, 1^{ste} al., van de gecoördineerde wet van 14.07.1994; in Frankrijk, op basis van het overlevingspensioen of op basis van een andere hoedanigheid waarin de Franse wetgeving voorziet), is het aangewezen dat de Belgische verzekeringsinstelling, die door de heer X wordt gecontacteerd, controleert of de overleden echtgeno(ot)(e) niet “laatstelijk” onderworpen was in Frankrijk, alvorens een document S1/SED S072 af te geven. Indien dit het geval is (“laatstelijk” onderworpen in Frankrijk), wordt aanbevolen dat de Belgische verzekeringsinstelling de heer X uitnodigt om contact op te nemen met Frankrijk voor de afgifte van een document S1/SED S072.

3.2. Bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid

In de door België gesloten bilaterale socialezekerheidsovereenkomsten die van toepassing zijn op de geneeskundige verzorging wordt ook geen onderscheid gemaakt tussen ouderdoms- en overlevingspensioenen, aangezien daarin soms uitdrukkelijk wordt verwezen naar het recht op geneeskundige verzorging in het woonland ten laste van het land dat een overlevingspensioen betaalt (zie bv., art. 17 van de Overeenkomst van 11.04.2004 tussen België en Turkije). Opdat het land dat een rust- of overlevingspensioen betaalt, bevoegd is om de geneeskundige verzorging ten laste te nemen, moet er een recht op geneeskundige verzorging zijn krachtens de wetgeving van dat land. In België betekent dit dat de betrokkene zich moet kunnen beroepen op een van de in artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 opgesomde hoedanigheden, zoals weduwnaar/weduwe. Als er geen recht ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering is, krachtens de Belgische wetgeving, mogen de Belgische verzekeringsinstellingen geen document opening recht uitreiken voor het openen van het recht op geneeskundige verzorging in het woonland, ten laste van België (formulier BE-XX.121).

4. Betaling van een overgangsuitkering

De tijdelijke overgangsuitkering (12 of 24 maanden), die aan een overlevende echtgenoot wordt betaald die niet voldoet aan de leeftijdsvereisten voor het recht op een overlevingspensioen, kan worden gelijkgesteld met een pensioen voor de toepassing van de Europese verordeningen betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels (zie art. 1, onder w), van Verordening (EG) nr. 883/2004), alsook voor de toepassing van de door België gesloten bilaterale socialezekerheidsovereenkomsten met inbegrip van de geneeskundige verzorging. Net als het overlevingspensioen geeft deze uitkering als zodanig geen recht ten laste van de Belgische, verplichte ziekteverzekering. Alleen een hoedanigheid in de zin van in artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 (zoals weduwnaar/weduwe) laat toe te genieten van een recht op geneeskundige verzorging krachtens de Belgische wetgeving.

Wat betreft de Europese reglementering, zal de betaling van een overgangsuitkering echter leiden tot de toepassing van de specifieke regels voor de bepaling van het land dat bevoegd is voor de geneeskundige verzorging overeenkomstig de artikelen 23 en volgende van Verordening (EG) nr. 883/2004 (*lex specialis* = bevoegdheid van het land dat het pensioen betaalt, indien er een recht op geneeskundige verzorging bestaat krachtens de wetgeving van dat land), in plaats van het algemene beginsel van artikel 11, lid 3, onder e), van Verordening (EG) nr. 883/2004 (*lex generalis* = bevoegdheid van het woonland).

In het kader van bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid zal een overgangsuitkering ook worden beschouwd als een overlevingspensioen, waardoor de bepalingen inzake geneeskundige verzorging van toepassing zijn op personen die een overlevingspensioen ontvangen. Zo kan een persoon die inactief is en uitsluitend een overgangsuitkering ontvangt, worden gelijkgesteld met een niet-actieve persoon die een overlevingspensioen ontvangt, met toepassing van de hierboven uiteengezette beginselen als gevolg.

5. Besluit

De Directie Internationale Relaties van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV heeft samen met de Directie Juridische Zaken en Toegankelijkheid van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV en de FOD Sociale Zekerheid, de afgifte van een document opening recht (S1/SED S072/BE-XX.121) geanalyseerd voor personen die de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe hebben en/of een overlevingspensioen van België ontvangen en in een andere staat wonen (de EU, de EEE, Zwitserland, het Verenigd Koninkrijk of een land waarmee België een bilaterale overeenkomst betreffende de sociale zekerheid die van toepassing is op de geneeskundige verzorging heeft gesloten).

Rekening houdend met de voorrang van internationale overeenkomsten (Europese verordeningen en bilaterale overeenkomsten) op de Belgische nationale wetgeving, maar het feit dat deze internationale overeenkomsten moeten worden toegepast met inachtneming van onze nationale wetgeving, kunnen in dit verband de volgende richtsnoeren worden geformuleerd:

A. Verordening (EG) nr. 883/2004 maakt geen onderscheid tussen ouderdoms- en overlevingspensioenen (of overgangsuitkeringen); dus, als een lidstaat aan een persoon een overlevingspensioen (of een overgangsuitkering of een gelijkwaardige uitkering) betaalt, dienen de artikelen 23 en volgende van Verordening (EG) nr. 883/2004 te worden toegepast om te bepalen welk land bevoegd is voor de geneeskundige verzorging.

Dit betekent dat het land dat een overlevingspensioen (of overgangsuitkering of gelijkwaardige uitkering) betaalt, op grond van de artikelen 23 en volgende van Verordening (EG) nr. 883/2004 als het bevoegde land voor de geneeskundige verzorging kan worden aangewezen, maar alleen als de ontvanger van het overlevingspensioen (of de overgangsuitkering) krachtens de wetgeving van dat land recht heeft op geneeskundige verzorging (ook al is het niet gebaseerd op het overlevingspensioen of de overgangsuitkering of daarmee gelijkgestelde uitkering).

De hoedanigheid van weduwnaar/weduwe die recht geeft op geneeskundige verzorging in België (zie art. 32, 1^{ste} al., 16°, van de gecoördineerde wet van 14.07.1994) volstaat echter niet om België bevoegd te maken voor de geneeskundige verzorging krachtens Europese verordeningen. Indien een persoon alleen de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe in België heeft, zonder een pensioen te ontvangen, is het immers een niet-actieve persoon die onderworpen moet zijn aan de wetgeving van zijn woonland op grond van artikel 11, lid 3, onder e), van Verordening (EG) nr. 883/2004 (omdat bij afwezigheid van een pensioen de art. 23 e.v. van Verordening (EG) nr. 883/2004 niet van toepassing zijn).

B. Een overlevingspensioen moet in aanmerking worden genomen voor de toepassing van artikel 23 en artikel 24, lid 2, onder a), van Verordening (EG) nr. 883/2004, maar niet voor de toepassing van artikel 24, lid 2, onder b), van Verordening (EG) nr. 883/2004.

Dit betekent dat België kan worden aangewezen voor de tenlasteneming van de kosten van de geneeskundige verzorging van een persoon die een overlevingspensioen (of overgangsuitkering) van België ontvangt en in een andere lidstaat woont (EU/EEA/CH/UK). In deze situatie zou België een document S1/SED S072 moeten afgeven om het recht op geneeskundige verzorging in het woonland te openen, mits de persoon die het overlevingspensioen (of de overgangsuitkering) ontvangt een hoedanigheid heeft die hem een recht geeft ten laste van de Belgische verplichte ziekteverzekering (weduwnaar/weduwe of een andere hoedanigheid als bedoeld in art. 32, 1^{ste} al., van de gecoördineerde wet van 14.07.1994), en op voorwaarde dat een bestaand recht ten laste van een andere lidstaat, die een pensioen betaalt, geen voorrang heeft krachtens de Europese reglementering (bijv. een andere lidstaat betaalt een ouderdomspensioen).

C. In het kader van Europese verordeningen of bilaterale socialezekerheids-overeenkomsten die van toepassing zijn op de geneeskundige verzorging, volstaat de hoedanigheid van weduwnaar/weduwe op zich niet om een document opening recht op geneeskundige verzorging in het woonland uit te reiken, maar wel de betaling van een overlevingspensioen mits de persoon een hoedanigheid heeft naar Belgisch recht (weduwnaar/weduwe of andere hoedanigheid).

Dit betekent dat de Belgische verzekeringsinstelling bij wonen in een ander land slechts een document opening recht op geneeskundige verzorging (document S1/SED S072 of BE XX.121) kan afgeven als de betrokkene, enerzijds, geniet van de Belgische verplichte ziekteverzekering in een van de in artikel 32, eerste alinea, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 vermelde hoedanigheden en, anderzijds, zich in een van de situaties bevindt die onder de Europese wetgeving of de betrokken bilaterale overeenkomst vallen (met name de betaling van een pensioen, een rente of een uitkering door België).

6. Slotbepalingen

Deze omzendbrief heft op en vervangt punt 8 van Titel III, Hoofdstuk II, van Omzendbrief V.I. nr. 2013/243 – 83/431 van 15 juli 2013.

Deze omzendbrief vult de verschillende Omzendbrieven V.I. aan die betrekking hebben op bilaterale overeenkomsten betreffende de sociale zekerheid, die van toepassing zijn op de geneeskundige verzorging en waarbij de situatie is voorzien van een persoon die een Belgisch overlevingspensioen ontvangt en zijn/haar woonplaats naar het andere overeenkomstsluitende land overbrengt.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/272 – 80/129 en 83/520 van 31 oktober 2023.

II. De Ostbelgien-regeling

Van toepassing vanaf 1 januari 2024 tot 31 december 2026.

1. Inleiding

Deze Omzendbrief heeft tot doel toelichtingen te verstrekken aangaande de uitvoering van de *Ostbelgien-regeling* (*Ostbelgien-Regelung*).

Het Verzekeringscomité heeft deze regeling op 19 juni 2017 goedgekeurd, alsook een aantal wijzigingen op 18 juni 2018. De geconsolideerde versie van de *Ostbelgien-regeling* gaat in Bijlage 1¹.

De *Ostbelgien-regeling* (hierna: OBR) beoogt een evenwicht tussen het

- versoepelen van het recht op (specialistische) grensoverschrijdende gezondheidszorg in een welomschreven geografische zone in Duitsland voor verzekerden woonachtig in de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt op basis van het Europese Unierecht en de Belgische reglementering, en
- het optimaal aanwenden van het medische aanbod in de Duitstalige Gemeenschap, onder meer in de twee algemene ziekenhuizen.

Vanaf 1 juli 2017 mogen de documenten E.112 IZOM EMR+ en de eIZOM-kaart niet meer gebruikt worden om in Duitsland geneeskundige zorg te krijgen ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

Deze bijwerking van de omzendbrief heeft tot doel de richtlijnen aan te passen naar aanleiding van de beslissing van het Verzekeringscomité op 11 december 2023 om de toepassing van de OBR te verlengen van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2026.

2. De *Ostbelgien-regeling* – algemeen

2.1. Personele werkingssfeer

De OBR is van toepassing op elke persoon die van de verstrekkingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan genieten, en zijn woonplaats heeft in de Oostkantons of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt.

2.2. Geografische werkingssfeer

De OBR voorziet in bijzondere bepalingen met betrekking tot de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg verleend door zorgverleners (artsen-specialisten en verplegingsinstellingen) werkzaam in de regio Aachen, en de arrondissementen Bitburg, Daun en Prüm (= hierna : “de Duitse grensstreek”).

1. Hier niet gepubliceerd.

2.3. Materiële werkingssfeer

De OBR heeft betrekking op de toegang tot en terugbetaling van specialistische geneeskundige zorg, in de Duitse grensstreek, mits deze zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt gedekt.

De OBR is niet van toepassing op de bijzondere regeling betreffende de toegang tot revalidatieverstrekingen in Duitsland voor rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die hun woonplaats in de Oostkantons, of de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt hebben (zie Omz. V.I. 2019/369 van 23.12.2019 of de Omz. V.I. die hiervoor in de plaats treedt).

3. De *Ostbelgien*-regeling – inhoud

3.1. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – algemeen

Het algemeen principe is dat er geen toestemming (document S2) wordt uitgereikt aan de verzekerde voor een ambulante behandeling door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek. De verzekerde moet de kosten eerst zelf betalen en kan achteraf terugbetaling vragen van zijn Belgische verzekeringsinstelling.

Er wordt voorzien in een bijzondere terugbetalingsregeling. De verzekeringsinstellingen mogen, bij ontvangst van de documenten betreffende ambulante geneeskundige verstrekkingen (bv. raadpleging) verleend door een arts-specialist in de Duitse grensstreek, met het oog op een toekenning van een tegemoetkoming in de kosten, op de volgende wijze handelen:

- (1) Indien het gefactureerd bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR niet overschrijdt, kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % waarbij:

- (i) geneeskundige verstrekkingen die niet in aanmerking komen voor terugbetaling

- door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging (zoals homeopathie, osteopathie, ...), of
- niet in aanmerking komen voor een vergoeding tegen gemiddeld vergoedingspercentage (zie verstrekkingen vermeld onder punt 4)

in mindering dienen te worden gebracht van het bedrag van de gemaakte kosten waarop het gemiddeld vergoedingspercentage mag worden toegepast, en

- (ii) de verzekeringsinstellingen moeten nagaan of de voorgelegde facturen wel degelijk betrekking hebben op geneeskundige verstrekkingen en niet op privé-uitgaven (bijv. voor taxi, restaurant, enz.).

 **Aandacht:** In het geval de arts-specialist in de Duitse grensstreek een verzamelfactuur maakt waarbij hij bijvoorbeeld 5 raadplegingen in één factuur samenbrengt waardoor het totaalbedrag van de verzamelfactuur de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dan mogen de verzekeringsinstellingen elke raadpleging apart beschouwen en vergoeden tegen het gemiddeld vergoedingspercentage.

(2) Indien het bedrag van de gemaakte kosten de tegenwaarde van 200,- EUR overschrijdt, dient de verzekeringsinstelling

(i) of een tegemoetkoming in de gemaakte kosten toe te kennen tegen de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging ;

(ii) of een aanvraag tot tarifiering naar de bevoegde instelling in Duitsland te sturen met het oog op de vergoeding van de kosten tegen het vergoedingstarief van de Duitse verplichte ziekteverzekering (*aandacht*: deze optie is enkel mogelijk in de situaties waarin een voorafgaande toestemming – document S2 – is afgegeven).



Aandacht: de verzekerde dient geïnformeerd te worden dat hij het recht heeft om de terugbetaling tegen een gemiddeld vergoedingspercentage te weigeren en hij de terugbetaling kan vragen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens artikel 294, §1, 13°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.



Voorbeeld 1

Ambulante specialistische geneeskundige zorg voor een kind tot en met 14 jaar verleend door arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleyberg (Plombières) en Welkenraedt

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, nl.

- *zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %*
- *zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.*



Voorbeeld 2

Geneeskundige verstrekkingen verleend door arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek zonder doorverwijzing van een arts-specialist, bijv. door een huisarts, werkzaam op het Belgisch grondgebied

=> vergoeding van de kosten volgens het algemeen principe, zie punt 3.1, nl.

- *zijn de kosten lager dan 200,- EUR, dan kan de vergoeding worden toegekend tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 %*
- *zijn de kosten hoger dan 200,- EUR, dan dient de vergoeding te worden vastgesteld op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.*

3.2. Ambulante specialistische geneeskundige zorg – uitzonderingen

In de situatie dat een verzekerde, die onder de OBR valt, **ambulante specialistische geneeskundige zorg**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen in afwijking van de algemene regeling voor ambulante specialistische geneeskundige zorg – zie punt 3.1 – een toestemming (document S2 OBR, zie punt 3.4) uitreiken onder de volgende voorwaarden :

- (i) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro)psychiatrie;
- (ii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder)psychiatrie;

- (iii) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (iv);
- (iv) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2 OBR) uitreiken voor medische beeldvorming – meer bepaald het gebruik van een CT-scanner, MRI, NMR of PET-scanner voor aandoeningen die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden vergoed – indien deze plaats vindt in het kader van een raadpleging van Duitse arts-specialist (*aandacht*: in dit geval kan een document S2 OBR *a posteriori* uitgereikt worden voor de regularisatie van de medische beeldvorming).

 *Aandacht* : er dient steeds een (medisch-)inhoudelijke controle plaats te vinden om na te gaan of de geneeskundige verstrekkingen waarvoor een document S2 OBR wordt afgeleverd door de federale verplichte verzekering voor geneeskundige zorg worden vergoed dan wel of de voorwaarden voor vergoeding vervuld zijn.

3.3. Geneeskundige zorg in een ziekenhuis

In het kader van de OBR dient onder “geneeskundige zorg in een ziekenhuis” te worden verstaan geneeskundige zorg:

- die een opname van minimum één nacht in een verplegingsinrichting vereist
- in het kader van een daghospitalisatie.

In de situatie dat een verzekerde, die onder de OBR valt, **geneeskundige zorg in een ziekenhuis**, die door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld, wenst te ontvangen **in de Duitse grensstreek**, mogen de verzekeringsinstellingen een toestemming (document S2 OBR) uitreiken wanneer de ziekenhuis-opname/daghospitalisatie plaats vindt

- (i) op doorverwijzing – al dan niet via een gespecialiseerde dienst “spoedgevallen” – van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt.

In het licht van de *continuïteit van de zorg* mogen de verzekeringsinstellingen eveneens een toestemming (document S2 OBR) uitreiken naar aanleiding van

- (ii) een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 OBR werd uitgereikt (zie pt 3.2);
- (iii) een raadpleging van een arts-specialist in de in punt 2.2 omschreven geografische zone in Duitsland, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).

De toestemming kan worden verleend op voorwaarde dat de geneeskundige zorg door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vergoed en waarvoor de voorwaarden voor vergoeding zijn vervuld. De voorwaarden dat

- de geneeskundige zorg binnen een medisch verantwoorde termijn in België kan plaatsvinden, of

- in een in België gelegen gelijkaardige verplegingsinrichting binnen een straal van maximum 25 kilometer van de hoofdverblijfplaats van de verzekerde,

zijn in dit geval niet van toepassing.

3.4. De afgifte van een toestemming (document S2 OBR)

De toestemming (document S2) die in toepassing van de OBR wordt uitgereikt, draagt de bijzondere aanmerking “OBR”, met andere woorden document S2 OBR). Het document S2 OBR dient de volgende gegevens te vermelden:

- de persoonlijke gegevens van de verzekerde
- een omschrijving van de behandeling met vermelding van het specialisme. In het geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg dient uitdrukkelijk vermeld te worden dat het document S2 niet kan gebruikt worden voor bijvoorbeeld de aankoop van geneesmiddelen of medische hulpmiddelen zelfs al worden deze voorgeschreven door een arts-specialist werkzaam in de Duitse grensstreek
- de naam van het ziekenhuis en/of de naam van de arts-specialist
- in geval van ambulante specialistische geneeskundige zorg (cf. punt 3.2) wordt de geldigheidsduur beperkt tot zes (6) maanden
- in geval van geneeskundige zorg in een ziekenhuis (cf. punt 3.3) de verwachte reële duur van de behandeling, met vermelding van begin- en einddatum.

Een verlenging van het document S2 OBR vereist een medisch verslag waarin het verzoek voor een verlenging grondig wordt gemotiveerd.

In Bijlage 2² gaat een checklist die de verzekeringsinstellingen kunnen gebruiken als hulpmiddel bij de evaluatie of een verzekerde al dan niet voldoet aan de voorwaarden om een document S2 OBR te ontvangen. Deze checklist, die nuttig kan zijn met het oog op het evaluatieverslag van de OBR, dient in het dossier van de verzekerde te worden bewaard.



Aandacht: In de hierboven onder 3.2 en 3.3 vermelde situaties dient de verzekerde – in principe – in het bezit te zijn van een toestemming (document S2 OBR) voordat de verzorging wordt verstrekt, opdat hij/zij zou kunnen genieten van de tarieven van de Duitse *Gesetzliche Krankenversicherung*, met uitzondering van de situatie vermeld onder punt 3.2.(iv).

3.5. Overbrenging naar de gespecialiseerde dienst “spoedgevallen” van de UNI-Klinik Aachen

De verzekeringsinstellingen mogen een document S2 OBR uitreiken wanneer een verzekerde, die onder de OBR valt, met de ziekenwagen naar de dienst “spoedgevallen” van de UNI-Klinik Aachen wordt overgebracht na een oproep via het eenvormig oproepstelsel op voorwaarde dat

- de UNI-Klinik Aachen dichterbij is dan Belgische ziekenhuizen met dezelfde uitrusting;
- het gaat om een medische transport in de zin van de *Wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening* (*Gesetz vom 8. Juli 1964 über die dringende medizinische Hilfe*) en het *Protocole CoAMU-Liège du 18 juin 2007 pour l'application de la Circulaire ICM/AMU/012 du 4 septembre 2006 relative aux transports urgents inter-hospitaliers*.

Dit is in overeenstemming met de Omzendbrief van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu van 13 maart 2013 gericht aan de ambulanciers, artsen en verplegers van de MUG, de diensten spoedgevallen en de huisartsen van de provincie Luik.

Er kan evenwel geen document S2 OBR worden uitgereikt wanneer een verzekerde, die onder de OBR valt, zich op eigen initiatief naar een gespecialiseerde dienst “spoedgevallen” in de Duitse grensstreek verplaatst.

4. Geneeskundige zorg waarop de *Ostbelgien*-regeling niet van toepassing is

Voor de geneeskundige zorg waarop de OBR niet van toepassing is, geldt de Belgische en Europese reglementering zoals die ook geldt voor de andere Belgische verzekerden.

Op een niet-uitputtende lijst met de geneeskundige zorg waarop de OBR niet van toepassing is, dienen vermeld te worden :

- geneeskundige verstrekkingen verleend door een andere zorgverlener dan een arts-specialist
- de in artikel 33, lid 1, van de nomenclatuur opgelijste genetische onderzoeken die voorbehouden zijn aan laboratoria die tot de erkende centra voor antropogenetica  (http://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/liijst_centra_antropogenetica.pdf) behoren
- de aankoop van geneesmiddelen
- de aankoop van medische hulpmiddelen
- esthetische chirurgie
- wanneer de verzekerde zich doelbewust naar de Duitse grensstreek begeeft voor prestaties medische beeldvorming
- geneeskundige verstrekkingen door een arts-specialist of verplegingsinstelling, buiten de Duitse grensstreek, zelfs op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het Belgisch grondgebied of werkzaam in de Duitse grensstreek
- andere geneeskundige verstrekkingen die niet expliciet onder het toepassingsgebied van de OBR vallen.

De OBR is, per 1 januari 2019, evenmin van toepassing op de prestaties op het gebied van de gezondheidszorg die in het kader van de Zesde Staatshervorming van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar de deeltentiteiten worden overgeheveld.

Toelichtingen betreffende de terugbetaling

In de situatie dat de verzekeringsinstellingen een vergoeding van de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, waarop de OBR niet van toepassing is, dienen toe te kennen op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de federale verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, dienen zij de richtlijnen – zoals uiteengezet in Titel III, Hoofdstuk IV, van Omzendbrief V.I. 2014/440, of de Omzendbrief die hiervoor in de plaats treedt – na te leven.

Een verzekerde kan in België, overeenkomstig het Europese Unierecht, een buitenlands voorschrift voor geneesmiddelen of medische hulpmiddelen gebruiken. Een aanvraag tot terugbetaling kan met andere woorden niet zomaar geweigerd worden op grond van het feit dat de buitenlandse voorschrijver niet het geëigende (Belgische) formulier heeft gebruikt. Indien het buitenlandse voorschrift (al dan niet in samenhang met een medisch verslag) voldoende duidelijke gegevens bevat die toelaten om na te gaan of de Belgische vergoedingsvoorwaarden vervuld zijn, dan kunnen deze gegevens in aanmerking worden genomen bij het vaststellen van de verzekeringstegemoetkoming.

Momenteel worden maatregelen genomen met het oog op een veralgemeend gebruik van het elektronische voorschrift in België. We moeten echter vaststellen dat het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift in een grensoverschrijdende context op dit moment nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen betreffende het grensoverschrijdend gebruik van een elektronisch voorschrift, heeft de verzekerde steeds de mogelijkheid om een papieren voorschrift te gebruiken.

Sommige geneesmiddelen worden slechts terugbetaald na akkoord van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling. Dit akkoord kan, en moet soms, langs elektronische weg aangevraagd worden. Maar net, zoals bij het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift, moeten we vaststellen dat het gebruik van de elektronische aanvraagprocedure in een grensoverschrijdende situatie vandaag nog geen werkelijkheid is. Aangezien er nog geen maatregelen zijn genomen voor het grensoverschrijdend gebruik van de elektronische aanvraag, kan een aanvraag ook nog steeds met een papieren document worden ingediend.

Indien er enige onduidelijkheid bestaat over het voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel, dan kan steeds contact opgenomen worden met de buitenlandse voorschrijver.

In het geval een voorgeschreven geneesmiddel of medisch hulpmiddel niet wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of indien de vergoedingsvoorwaarden niet vervuld zijn, dan blijven de kosten ten laste van de verzekerde, behoudens de uitzonderingsmaatregelen die desgevallend van toepassing kunnen zijn.

5. *ad hoc* College van adviserend artsen van de lokale verzekeringsinstellingen

Het *ad hoc* College van adviserend artsen van de lokale verzekeringsinstellingen (hierna: *ad hoc* College) is samengesteld uit een adviserend arts van elke verzekeringsinstelling (één per landsbond, één voor de Hulpkas voor Ziekte- of Invaliditeitsverzekering en één voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail), met kennis van de lokale problematiek.

Het *ad hoc* College heeft tot taak de verzekeringsinstellingen op verzoek advies te verlenen, en kan zodoende een bijdrage leveren tot een eenvormige toepassing van de OBR.

De verzekeringsinstelling die een dossier aan het *ad hoc* College wenst voor te leggen, stuurt dit dossier door op elektronische wijze naar de effectieve leden, en hun plaatsvervangers, met inbegrip van een voorstel tot beslissing. De leden van het *ad hoc* College bezorgen binnen de 10 werkdagen na ontvangst van het aanvraagdossier hun advies per e-mail aan de andere leden van het *ad hoc* College. Alleen de effectieve leden, of hun vervanger, kunnen een advies uitbrengen; het advies van de verwijzende verzekeringsinstelling van de rechthebbende wordt niet meegerekend.



De verzekeringsinstellingen delen de namen en de contactgegevens van hun adviserend arts en zijn/haar vervanger in dit *ad hoc* College, aan elkaar mee alsook aan het RIZIV (rir@riziv-inami.fgov.be), alsook eventuele wijzigingen.

6. Problemen betreffende de toepassing of interpretatie van de *Ostbelgien*-regeling



De moeilijkheden met betrekking tot de toepassing of interpretatie van de OBR worden door de verzekeringsinstellingen in overleg met het RIZIV beslecht. De verzekeringsinstellingen sturen voor het einde van een trimester een lijst met de eventuele problemen naar het RIZIV (rir@riziv-inami.fgov.be) met het oog op een overleg dat een eenvormige toepassing door alle verzekeringsinstellingen dient te garanderen.

7. Financiële bepalingen

Er dient informatie beschikbaar te zijn over de financiële verplichtingen voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging die voortvloeien uit de toepassing van de OBR. Het is daarom aangewezen om het “Het Boekhoudplan in de praktijk” aan te passen.

Deze aanpassing houdt in dat met het oog op de transparantie van de financiële dimensies van de OBR, enerzijds, en het boeken van de uitgaven op een eenvormige manier door de verzekeringsinstellingen, anderzijds, een aantal nieuwe codes KG2 wordt toegevoegd, nl.

Situatie	KG2
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van een gemiddelde vergoedingspercentage van 75%	838
uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen – waarvoor een toestemming (formulier S2) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126)	836
uitgaven ingevolge de terugbetaling op basis van de tarieven en vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging	853

Een verzekeringsinstelling die gedwongen wordt een beroep te doen op de toekenning van een vergoeding aan de tarieven en de vergoedingsvoorwaarden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging naar aanleiding van het ontbreken van het antwoord op een aanvraag tot tarifiering, vermeldt de uitgaven eveneens onder de CG2 853.

De tegemoetkomingen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen, die niet geïndexiseerd worden door de OBR, dienen overeenkomstig de huidige van toepassing zijnde boekhoudkundige instructies geboekt te worden.

De Duitse vorderingen worden geboekt op de bijlage T3.

Daarnaast dienen de verzekeringsinstellingen ook de nodige gegevens te verzamelen over de financiële verplichtingen verbonden aan de afgifte van een toestemming (document S2) op basis van volgende elementen, nl. de verzekerde, de woonplaats van de verzekerde, het document S2 en geldigheidsduur, en de plaats van zorgverlening in Duitsland.

De verzekeringsinstellingen dienen de tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen verleend tot en met 30 juni 2017 en die voortvloeien uit de toepassing van de IZOM-Samenwerkingsovereenkomst onder de daarvoor van toepassing zijnde code(s) KG2 te boeken.

8. Evaluatieregeling

De verzekeringsinstellingen verzamelen alle nuttige gegevens en registreren deze systematisch met het oog op een gecoördineerde evaluatie. De analyse heeft betrekking op:

(1) statistische gegevens inzake

- (i) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaalde bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend op basis van het gemiddeld vergoedingspercentage van 75% (= KG2 838), en de aard van de behandeling ;
- (ii) het aantal aanvragen tot terugbetaling, het door de verzekerde betaald bedrag, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen die werden toegekend met toepassing van artikel 294, §1, 13°, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 (= KG2 853);
- (iii) het aantal aanvragen en de uitgaven betreffende de terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen verleend in de Duitse grensstreek – waarvoor een toestemming (document S2 OBR) werd uitgereikt – als gevolg van een aanvraag tot tarifiering (formulier E.126) (= KG2 836) ;
- (iv) het aantal vorderingen E.125/S080, het aantal patiënten waarop deze betrekking hebben, alsook het totaal bedrag van de terugbetalingen verbonden aan de afgifte van een document S2 OBR opgesplitst in
 - a) medische hulp;
 - b) tandheelkundige hulp;
 - c) geneesmiddelen;
 - d) ziekenhuisverpleging;
 - e) andere verstrekkingen.

2) de afgifte van een document S2 OBR

- (i) het aantal uitgereikte documenten S2 OBR, alsook het aantal verzekerden;
- (ii) het aantal documenten S2 OBR voor een ambulante specialistische behandeling dan wel specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis;
- (iii) betreft het een eerste afgifte van een document S2 OBR of een verlenging;
- (iv) de aard van de behandeling (bijv. het specialisme) / dienst in het ziekenhuis, alsook het ziekenhuis waar de geneeskundige zorg wordt verleend;
- (v) wat betreft de ambulante specialistische zorg:
 - (a) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (neuro) psychiatrie;
 - (b) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist in de (kinder) psychiatrie;
 - (c) geneeskundige verstrekkingen verleend door een Duitse arts-specialist op doorverwijzing van een arts-specialist die op het Belgisch grondgebied werkzaam is met uitzondering van de geneeskundige verstrekkingen vermeld onder punt (d);
 - (d) geneeskundige verstrekkingen voor een kind tot en met 14 jaar verleend door een Duitse arts-specialist in de kindergeneeskunde op doorverwijzing van een arts-specialist in de kindergeneeskunde werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt;
 - (e) medische beeldvorming.

(vi) wat betreft de specialistische geneeskundige zorg in een ziekenhuis:

- (a) op doorverwijzing van een arts-specialist werkzaam op het grondgebied van de Oostkantons, en de gemeenten Baelen, Bleiberg (Plombières) en Welkenraedt.
- (b) naar aanleiding van een raadpleging waarvoor aan de verzekerde een document S2 OBR werd uitgereikt ;
- (c) naar aanleiding van een raadpleging van een arts-specialist in de Duitse grensstreek, die aan de verzekerde werd vergoed tegen een gemiddeld vergoedingspercentage van 75 % (of, op verzoek van de verzekerde, aan het tarief van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging).



De verzekeringsinstellingen sturen jaarlijks, uiterlijk op 30 juni, een grondig evaluatieverslag op over de uitvoering van de OBR in het vorige kalenderjaar (indien x het betrokken jaar is, moet het evaluatieverslag tegen juni van het jaar x+1 worden bezorgd). De statistische gegevens dienen opgeleverd te worden middels de *.xlsx template in Bijlage 3. Zij sturen het evaluatieverslag en de statistische gegevens naar het RIZIV (rir@riziv-inami.fgov.be).

De verzekeringsinstellingen worden uitgenodigd om alle andere nuttige en bijkomende gegevens te verzamelen en in deze grondige evaluatie mee te nemen.

De verzamelde informatie dient bij te dragen tot

- een betere kennis van omvang van de patiëntenmobiliteit in deze grensstreek en de aard van de medisch-specialistische gezondheidszorg waarvoor men zich naar de Duitse grensstreek begeeft;
- het medisch aanbod, zowel ambulant als in de ziekenhuizen, in Oost-België in kaart te brengen;
- de medische noden in Oost-België in kaart te brengen.

9. Duur van de *Ostbelgien* regeling

De OBR is op 1 juli 2017 in werking getreden tot en met 30 juni 2018, en werd een eerste keer verlengd van 1 juli 2018 tot en met 31 december 2019. Een tweede verlenging werd toegekend voor de periode van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020. Een derde verlenging werd toegekend voor de periode van 1 januari 2021 tot en met 31 december 2023.

De OBR wordt opnieuw verlengd van 1 januari 2024 tot en met 31 december 2026.

Vervangt omzendbrief 2020/334 van 24 december 2020.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/413 – 80/131, 825/11 en 83/524 van 21 december 2023.

III. De vergoeding van het geboorteverlof in het stelsel van de werknemers

De **wet van 10 augustus 2001** betreffende de verzoening van werkgelegenheid en kwaliteit van het leven (gepubliceerd in het B.S. van 15.09.2001) heeft een vaderschapsverlof ingevoerd voor de werknemers verbonden door een arbeidsovereenkomst (art. 30 § 2 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

Deze bepalingen zijn in werking getreden op 1 juli 2002.

De **wet van 13 april 2011** tot wijziging, wat betreft de meedouders, van de wetgeving inzake het geboorteverlof (gepubliceerd in het B.S. van 10.05.2011) heeft vanaf 20 mei 2011 het recht op 'vaderschapsverlof' onder bepaalde voorwaarden uitgebreid tot een recht voor de meedouder ('geboorteverlof').

De **programmawet van 20 december 2020** (gepubliceerd in het B.S. van 30.12.2020) heeft het recht op vaderschaps- of geboorteverlof van tien dagen opgetrokken tot:

- vijftien dagen voor de geboortes die plaatsvinden vanaf 1 januari 2021
- twintig dagen voor de geboortes die plaatsvinden vanaf 1 januari 2023.

Het **koninklijk besluit van 10 januari 2021** tot wijziging van artikel 223*bis* 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 (gepubliceerd in het B.S. van 18.01.2021) brengt in dit kader de nodige aanpassingen in artikel 223*bis* van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996 aan.

De **verordening van 20 januari 2021** tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gepubliceerd in het B.S. van 24.02.2021) past de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 naar aanleiding van de voormelde wijzigingen aan.

De **wet van 7 oktober 2022** (gepubliceerd in het B.S. van 31.10.2022) vervangt de begrippen vaderschaps- en geboorteverlof door de enkele notie geboorteverlof en heeft enkele bijkomende aanpassingen aangebracht aan de tekst van artikel 30 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten met betrekking tot de door de werknemer aan zijn werkgever te verstrekken informatie en de (niet-) hernieuwing van een arbeidsovereenkomst voor het verrichten van tijdelijke arbeid of een arbeidsovereenkomst voor bepaalde duur.

Het **koninklijk besluit van 23 september 2022** 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 (gepubliceerd in het B.S. op 30.09.2022) bepaalt in het bijzonder, in het kader van de omzetting van de Europese richtlijn (EU) 2019/1158 (*richtlijn betreffende het evenwicht tussen werk en privéleven*), dat seizoenarbeiders, arbeiders bij tussenpozen en deeltijdse werknemers hun wachttijd doorlopen als ze 133 arbeidsuren of gelijkgestelde uren hebben gewerkt tijdens een periode van zes maanden, op voorwaarde dat ze zich in de onmogelijkheid bevinden om 400 arbeidsuren tijdens deze zes maanden wegens hun arbeidsregeling te bewijzen.

Deze omzendbrief licht het geboorteverlof voor de werknemers toe en verduidelijkt de uitvoeringsmaatregelen in het kader van de sector van de uitkeringen.

De toelichting betreft in de eerste plaats het recht op geboorteverlof bedoeld in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten, dus het recht op geboorteverlof voor de werknemers verbonden door een arbeidsovereenkomst. Zij heeft evenwel ook betrekking op de niet door een arbeidsovereenkomst verbonden gerechtigden in de uitkerings- en moederschapsverzekering die werken in gelijkaardige omstandigheden en op basis van de op hen van toepassing zijnde arbeidsreglementering kunnen genieten van een dergelijk verlof *onder dezelfde voorwaarden* als de verzekerden verbonden door een arbeidsovereenkomst in de zin van de voormelde wet van 3 juli 1978.

I. Geboorteverlof – Arbeidsrechtelijk kader

I.1. Duur van de periode van geboorteverlof

De duur van het geboorteverlof bedraagt maximaal **twintig dagen** voor de geboortes die plaatsvinden sinds 1 januari 2023.

De betrokkene kan slechts dagen geboorteverlof opnemen voor de dagen waarop hij normaal zou hebben gewerkt volgens zijn arbeidsregeling (*cf. infra*, I.2).

Een deeltijds werknemer (uniform begrip) kan tevens aanspraak maken op twintig dagen geboorteverlof. Het gemiddelde aantal arbeidsuren per week van de werknemer (factor Q – uniform begrip) heeft in dit kader met andere woorden geen impact.

Het gemiddelde aantal arbeidsdagen per week (arbeidsregeling – uniform begrip) heeft in dit kader daarentegen wel een impact.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, bijzondere modaliteiten vastleggen inzake het recht op geboorteverlof ten aanzien van bepaalde werknemers die niet tewerkgesteld worden in een arbeidsregeling gespreid over vijf dagen per week (vgl. art. 30, § 3 van de voormelde wet van 03.07.1978).¹ Deze bepaling is nog niet verder uitgevoerd.

Bij verandering van werkgever tijdens de periode van vier maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling, heeft de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg ons meegedeeld dat de werknemer bij zijn nieuwe werkgever geen aanspraak zal kunnen maken op de dagen geboorteverlof die hij al bij zijn vorige werkgever heeft opgenomen, maar dat hij echter nog het saldo aan dagen van geboorteverlof zal kunnen uitputten waarop hij recht heeft bij zijn nieuwe werkgever (twintig dagen te verdelen over de tewerkstellingen **achtereenvolgend** uitgeoefend bij A en vervolgens bij B). De toekenning van het recht op geboorteverlof is gekoppeld aan een eenmalige gebeurtenis, namelijk de geboorte van een kind, en dit recht op verlof wordt slechts één maal toegekend.

In geval van een **gelijktijdige** (deeltijdse) tewerkstelling bij twee verschillende werkgevers heeft de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg ons meegedeeld dat de werknemer echter wegens de algemene formulering van artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten in beginsel ten aanzien van elke werkgever een recht op twintig dagen geboorteverlof zal kunnen invoeren twintig dagen opgenomen in het kader van de deeltijdse tewerkstelling uitgeoefend bij A en (twintig dagen opgenomen in het kader van de deeltijdse tewerkstelling uitgeoefend bij B).

I.2. Termijn waarbinnen het geboorteverlof dient te worden opgenomen

Het geboorteverlof moet worden opgenomen **binnen vier maanden te rekenen vanaf de dag van de bevalling**. De dag van de bevalling is begrepen in de periode van vier maanden. De werknemer die wenst gebruik te maken van het recht op geboorteverlof moet zijn werkgever voorafgaandelijk informeren.² De twintig dagen mogen in één keer worden opgenomen of gespreid worden opgenomen.

1. De programmawet van 02.08.2002 heeft in dit opzicht de bepalingen van art. 30, § 3 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten gewijzigd.

2. Het is voortaan expliciet bepaald in art. 30, § 3/1 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten.

De dagen van geboorteverlof kunnen slechts worden opgenomen op dagen waarop de betrokkene normaal zou hebben gewerkt volgens zijn arbeidsregeling.

Wanneer de uitvoering van de arbeidsovereenkomst reeds geschorst is wegens een bepaalde reden, andere dan geboorteverlof, kan de betrokkene voor die periode van schorsing geen aanspraak maken op geboorteverlof.



Voorbeeld :

Een voltijdse bediende (werkt van maandag tot vrijdag) is arbeidsongeschikt erkend vanaf 1 januari 2023 tot en met 31 augustus 2023. Zijn echtgenote is bevallen op 15 maart 2023. Aan gezien het tijdvak van vier maanden, te rekenen vanaf de dag van de bevalling, volledig valt in een tijdvak waarin de uitvoering van de arbeidsovereenkomst reeds geschorst was (wegens arbeidsongeschiktheid), kan de betrokkene geen geboorteverlof opnemen en bijgevolg geen aanspraak maken op uitkeringen wegens geboorteverlof..

1.3. Rechthebbenden op geboorteverlof

Er geldt een **rangorderegeling** inzake het opnemen van de twintig dagen verlof naar aanleiding van de geboorte van een kind.

Principieel kan *slechts één werknemer* het geboorteverlof voor eenzelfde kind in de volgende rangorde opnemen:

1. *de werknemer langs wiens zijde de afstamming vaststaat*

Wanneer de afstamming langs vaderszijde of meemoederszijde vaststaat, kan uitsluitend deze werkne(e)m(st)er aanspraak maken op geboorteverlof.

Het is niet van belang of de vader of de meemoeder de twintig dagen geboorteverlof al dan niet opneemt.

Het al dan niet bestaan van een afstammingsband langs vaderszijde of meemoederszijde moet worden beoordeeld op het ogenblik dat de meemoeder het geboorteverlof wenst op te nemen (dit is op het ogenblik waarop de aanvraag wordt ingediend). Indien op dat ogenblik alle toekenningsvoorwaarden in hoofde van de meemoeder vervuld zijn, kan deze aanspraak maken op geboorteverlof, zelfs indien de biologische vader nadien alsnog het kindje zou erkennen, behoudens in geval van kwade trouw in hoofde van de moeder of de meemoeder (bijvoorbeeld wanneer kan worden aangetoond dat de moeder of meemoeder wist dat de afstammingsband langs vaderszijde nog zou worden vastgesteld via erkenning).

Bij ontstentenis van een afstammingsband langs vaderszijde of meemoederszijde, komt het recht op geboorteverlof achtereenvolgens toe aan:

2. *de werknemer die wettelijk samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor de Koning geen ontheffing kan verlenen.*

3. *de werknemer die sedert een onafgebroken periode van drie jaar voorafgaand aan de geboorte op permanente en affectieve wijze samenwoont met de moeder, bij wie het kind zijn hoofdverblijfplaats heeft en die niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor de Koning geen ontheffing kan verlenen.*

Het gaat om een periode van samenwoning van ten minste drie jaar *voorafgaand aan de geboorte*, dit wil zeggen minstens drie jaren berekend van datum tot datum en dus niet drie kalenderjaren, bijvoorbeeld de moeder en de meemoeder van een kind, geboren op 15 maart 2021, dienen minstens permanent te hebben samengewoond sinds 15 maart 2018.



Opmerking: de voorwaarde van 2) en 3) over de hoofdverblijfplaats van het kind is niet van toepassing als het kind doodgeboren is.

I.4. Vergoeding van het geboorteverlof

Voor de eerste drie dagen afwezigheid ontvangt de werknemer zijn normale loon (*vgl.* art. 30, § 2 van de wet van 03.07.1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten).

Voor de volgende dagen heeft de betrokkene recht op een uitkering die betaald wordt door zijn ziekenfonds (*vgl.* art. 223*bis* van het K.B. van 03.07.1996): maximum **zeventien dagen** voor de geboortes sinds 1 januari 2023.

I.5. Geboorteverlof opgenomen door een weekendwerker

Voor de weekendwerkers (arbeidsregime van twee dagen per week – 24u / 24u) tewerkgesteld in uitvoering van een collectieve arbeidsovereenkomst gesloten op basis van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 42, gesloten in de Nationale Arbeidsraad op 2 juni 1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de ondernemingen, heeft de Federale Overheidsdienst Werk, Arbeid en Sociaal Overleg ons bevestigd dat zij ook recht hebben op twintig dagen geboorteverlof (voor de geboortes sinds 01.01.2023). Het is daarom niet langer nodig om een specifieke vergoedingsregeling op hen toe te passen.

De totale vergoeding die zij zouden kunnen ontvangen, wordt echter beperkt in functie van het maximale totaalbedrag van de daguitkeringen (17 uitkeringen) waarop een werknemer die (gemiddeld) vijf dagen per week is tewerkgesteld, zou kunnen aanspraak maken (*cf. infra*, II.3).

De wet van 17 maart 1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de onderneming³ (art. 4, § 2), bepaalt bovendien dat de werknemer die afwezig is, met name ter gelegenheid van de geboorte van een kind van wie de afstamming ten aanzien van hem vaststaat, recht heeft op een dagloon dat gelijk is aan 1/5 of 1/6 van het loon van de gemiddelde wekelijkse arbeidsduur van de betrokken werknemer, afhankelijk of de arbeidsregeling van de andere werknemers in de onderneming 5 of 6 dagen per week omvat.

I.6. Geboorteverlof en de geboorte van een meerling

In geval van de geboorte van een meerling worden de dagen geboorteverlof slechts één maal toegekend.

I.7. Geboorteverlof in geval van een levenloos geboren kind

Het geboorteverlof kan slechts door een gerechtigde worden opgenomen op voorwaarde dat de moeder “bevallen” is. Er is sprake van een bevalling, zodra er een kind levend (leefbaar) op de wereld komt, ongeacht de duur van de zwangerschap.

Als het kind daarentegen doodgeboren is, is het recht op geboorteverlof en de toekenning van de uitkeringen wegens geboorteverlof slechts mogelijk in geval van een zwangerschapsduur van ten minste 180 dagen.⁴

Ter herinnering (*cf. supra*, I.3), de voorwaarde met betrekking tot de hoofdverblijfplaats van het kind is niet van toepassing wanneer het kind doodgeboren is.

3. Deze regeling heeft tot doel de ondernemingen toe te laten om, onder bepaalde voorwaarden, nieuwe arbeidsregelingen in te voeren die het mogelijk moeten maken de werktijd van de onderneming te verlengen of aan te passen met het oog op de bevordering van de werkgelegenheid (wet van 17.03.1987 betreffende de invoering van nieuwe arbeidsregelingen in de ondernemingen, art. 1 en de CAO nr. 42 afgesloten op 02.06.1987 in de NAR, art. 6).

4. *Vgl.* de toepassing naar analogie van de regeling die geldt in geval van moederschapsrust: art. 39, tweede lid van de arbeidswet van 16.03.1971 (“Wanneer de werknemster bevalt van een levenloos kind, wordt de arbeidsonderbreking toegekend op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.”) en art. 114, vierde lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 (“Wanneer de gerechtigde bevalt van een levenloos kind, zijn het eerste tot het derde lid van toepassing, op voorwaarde dat de zwangerschap minimaal honderdtachtig dagen heeft geduurd te rekenen van de verwekking.”).

I.8. Cumulatieverbod met andere risico's

I.8.1. MOEDERSCHAPSRUST EN GEBORTEVERLOF

Er is uitdrukkelijk bepaald dat *het recht op moederschapsverlof voor eenzelfde ouder het recht op geboorteverlof uitsluit*.

Een moeder die moederschapsrust opneemt, kan nooit als 'meemoeder' een geboorteverlof voor hetzelfde kind opnemen.

I.8.2. OMGEZET MOEDERSCHAPSVERLOF EN GEBORTEVERLOF

De werknemer die in toepassing van artikel 39, zesde lid van de arbeidswet van 16 maart 1971 het omgezet moederschapsverlof opneemt, kan niet langer aanspraak maken op het geboorteverlof.

Indien de betrokkene echter al voorheen dagen van geboorteverlof zou hebben opgenomen, blijven deze opgenomen dagen van geboorteverlof behouden.

I.8.3. ADOPTIEVERLOF EN GEBORTEVERLOF

Er is uitdrukkelijk bepaald dat *het recht op geboorteverlof in mindering wordt gebracht van het recht op adoptieverlof*.

Het adoptieverlof primeert dus op het geboorteverlof.

Dit betekent *in concreto* dat een meeouder die geopteerd heeft voor het adopteren van het kindje van de partner en in dit kader het recht op adoptieverlof uitoefent, nadien het recht op geboorteverlof niet langer kan uitoefenen.

Indien de betrokkene de dagen geboorteverlof al dan niet volledig heeft opgenomen en vervolgens adoptieverlof wenst op te nemen, zal de periode van adoptieverlof worden verminderd met de opgenomen dagen van geboorteverlof.

Vermits het adoptieverlof enkel kan worden opgenomen per week of per veelvoud van weken (het moet gaan om een ononderbroken periode) en het geboorteverlof gespreid kan worden opgenomen in één of meerdere dagen, moet het adoptieverlof worden verminderd:

- met één week voor een meeouder die reeds één tot vijf dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met twee weken voor een meeouder die reeds zes tot tien dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met drie weken voor een meeouder die reeds elf tot vijftien dagen geboorteverlof heeft opgenomen
- met vier weken voor een meeouder die reeds zestien tot twintig dagen geboorteverlof heeft opgenomen.

II. Geboorteverlof en sector van de uitkeringen

II.1. Voorwaarden betreffende de hoedanigheid van gerechtigde en verzekeraarvoorwaarden

II.1.1. BEGRIP WERKNEMER

- a) De betrokkene kan enkel aanspraak maken op de uitkeringen voor geboorteverlof op voorwaarde dat hij nog steeds verbonden is door een arbeidsovereenkomst (of werkt in gelijkaardige omstandigheden).

De werknemer die een vergoeding wegens de verbreking van de arbeidsovereenkomst ontvangt, kan echter geen aanspraak maken op de uitkeringen.

Het moet bijgevolg gaan om een gerechtigde bedoeld in artikel 86, § 1, 1^o, a), van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, met uitzondering van de werknemer die een vergoeding geniet wegens verbreking van de arbeidsovereenkomst bedoeld in voormeld artikel.

Een gecontroleerd werkloze kan dus principieel geen aanspraak maken op uitkeringen voor geboorteverlof.

i Uitzondering: de vrijwillig deeltijds werknemer en de deeltijds werknemer met behoud van rechten zoals bedoeld in de werkloosheidsreglementering (het gaat ook om gecontroleerd werklozen) kunnen daarentegen geboorteverlof opnemen aangezien zij door een arbeidsovereenkomst zijn verbonden.

b) Ook een contractueel personeelslid in overheidsdienst kan aanspraak maken op het geboorteverlof. Indien dit personeelslid, ingevolge de verlofregeling die op hem van toepassing is, recht heeft op het loon voor meer dan drie dagen, heeft hij enkel recht op de uitkeringen voor geboorteverlof voor het saldo van het verlof (met toepassing van art. 103, § 1, 1^o van de gecoördineerde wet van 14.07.1994).

II.1.2. VERZEKERBAARHEIDSVORWAARDEN

Het is niet voldoende dat de sociaal verzekerde verbonden is door een arbeidsovereenkomst (of werkt in gelijkaardige omstandigheden). De betrokkene moet tevens voldoen aan de verzekerbare voorwaarde die gelden in het kader van de moederschapsverzekering.

Wat in het bijzonder de *wachttijd* betreft, dient hij dus een wachttijd van **zes** maanden te vervullen waarin hij 120 arbeidsdagen of gelijkgestelde dagen (voltijds werknemer) of 400 arbeidsuren of gelijkgestelde uren (deeltijds werknemer) moet bewijzen, en er moet voldaan zijn aan de voorwaarden inzake het aan te tonen bedrag aan loon.

Seizoenarbeiders, arbeiders met tussenpozen en deeltijdse werknemers vervullen echter ook⁵ hun wachttijd als ze tijdens een periode van zes maanden 133 arbeidsuren of gelijkgestelde uren kunnen aantonen, op voorwaarde dat ze, wegens hun arbeidsregeling, niet in staat zijn om 400 arbeidsuren te vervullen gedurende deze periode van zes maanden.

! Opmerking: de dagen gedekt door een uitkering toegekend tijdens het geboorteverlof, worden gelijkgesteld met arbeidsdagen in het kader van het onderzoek van de verzekerbare voorwaarde.

II.2. Procedure voor het verkrijgen van de uitkeringen voor geboorteverlof (art. 10 en art. 52^{sexies}, § 1 van de verordening van 16.04.1997 tot uitvoering van art. 80, § 1, 5^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.07.1994)

De betrokkene moet een aanvraag indienen bij zijn ziekenfonds. Hier gelden geen specifieke vormvereisten.

Bij deze aanvraag moeten de volgende bewijsstukken gevoegd:

Bewijsstuk toe te voegen door de werknemer langs wiens zijde de afstamming vaststaat:

een uittreksel van de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er een wettelijke afstammingsband met de vader of de meemoeder bestaat).

5. Wegens de implementatie van de Europese richtlijn (EU) 2019/1158 *evenwicht tussen werk en privéleven* (cf. *supra*).

Bewijsstukken bij te brengen door de meemouder die wettelijk samenwoont met de moeder van het kindje:

- een uittreksel uit de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er geen wettelijke afstammingsband met een vader of een meemoeder bestaat)
- een door de verzekerde ondertekende verklaring op erewoord waarbij wordt bevestigd dat de betrokkene de voorwaarden van de voorrangsorte omschreven in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten vervult om aanspraak te maken op dit verlof en dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend.

Het ziekenfonds kan via een raadpleging van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen de overige voorwaarden controleren:

- of de moeder en de meemouder effectief wettelijk samenwonen
- of het kindje is ingeschreven op hetzelfde adres als de moeder en de meemouder.

Bewijsstukken bij te brengen door de meemouder die feitelijk samenwoont met de moeder van het kindje:

- een uittreksel uit de geboorteakte (dit laat het ziekenfonds in het bijzonder toe om te controleren of er geen wettelijke afstammingsband met een vader of meemoeder bestaat)
- een door de verzekerde ondertekende verklaring op erewoord waarbij wordt bevestigd dat de betrokkene de voorwaarden van de voorrangsorte omschreven in artikel 30, § 2 van de wet van 3 juli 1978 betreffende de arbeidsovereenkomsten vervult om aanspraak te maken op dit verlof en dat hij met de moeder niet verbonden is door een band van bloedverwantschap die leidt tot een huwelijksverbod waarvoor geen ontheffing door de Koning kan worden verleend.

Het ziekenfonds kan via een raadpleging van de gegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen de overige voorwaarden controleren:

- of de moeder en de meemouder effectief gedurende een ononderbroken periode van ten minste drie jaar voorafgaand aan de geboorte samenwonen (het affectieve karakter van deze samenwoning kan enkel via de verklaring op erewoord worden aangetoond)
- of het kindje is ingeschreven op hetzelfde adres als de moeder en de meemouder.



Opmerking : in geval van een **levenloos geboren kind** moet de betrokkene aan het ziekenfonds een akte van een levenloos kind bezorgen.

Een akte van een levenloos kind kan op verzoek ook bij minder dan 180 dagen zwangerschap worden opgesteld, meer bepaald als de zwangerschap een duur van 140 tot 179 dagen heeft (vgl. art. 58, § 2 van het B.W.). Het ziekenfonds dient dus steeds over te gaan tot een verificatie van de duur van de zwangerschap vermeld op de akte van een levenloos kind (verplichte vermelding) alvorens uitkeringen toe te kennen. Bij een zwangerschapsduur van 140 tot 179 dagen opent de betrokkene immers geen recht op uitkeringen wegens geboorteverlof.

Na ontvangst van de aanvraag bezorgt het ziekenfonds de betrokkene het inlichtingenblad (*luik in te vullen door de gerechtigde*). Hij dient dit in te vullen en ondertekend terug te sturen naar zijn ziekenfonds.

De werkgever (of zijn mandataris) moet het nodige doen wat het *luik in te vullen door de werkgever* betreft dat is vervangen door de ZIMA 001 (cf. *infra*, II.4).

II.3. Berekening van het bedrag van de uitkering voor geboorteverlof (art. 223bis van het K.B. van 03.07.1996)

De uitkering voor geboorteverlof bedraagt 82 % van het gederfd loon van de betrokkene. De maximumloongrens is van toepassing (art. 87, eerste lid van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 212 van het K.B. van 03.07.1996).

Artikel 52^{quinquies} van de verordening op de uitkeringen van 16 april 1997 bepaalt dat het gederfde loon vastgesteld wordt in toepassing van de artikelen 23 tot 28 van dezelfde verordening.

De artikelen 23 tot 28 van de voormelde verordening moeten worden verbonden met de regels omschreven in artikel 2 en artikel 3 van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 tot vaststelling van het uniform begrip “gemiddeld dagloon”.

Met toepassing van artikel 2 van het voormelde koninklijk besluit van 10 juni 2001 wordt als gemiddeld dagloon in aanmerking genomen wanneer de werknemer het geboorteverlof (gespreid) opneemt, het gemiddeld dagloon:

- *waarop de werknemer aanspraak kan maken op het tijdstip waarop het risico, dat aanleiding geeft tot de toekenning van de uitkering, zich voordoet* (meer bepaald de eerste dag van het geboorteverlof) als de betrokkene **geen stabiele tewerkstelling** heeft
- *waarop de werknemer heeft kunnen aanspraak maken op de laatste dag van het tweede kwartaal voorafgaandelijk het kwartaal waarin het risico, dat aanleiding geeft tot de toekenning van de uitkering, zich voordoet* in geval van een **stabiele tewerkstelling** (de desbetreffende tewerkstelling is stabiel gebleven vanaf deze laatste dag van het voormelde tweede kwartaal tot en met de aanvangsdatum van het geboorteverlof).



Opmerkingen:

- 1) Voor de uitzendkracht en de seizoenarbeider wordt het gederfde loon vastgesteld overeenkomstig artikel 27 van de verordening, *zonder dat op dit loon de op grond van die bepaling vastgestelde reductiecoëfficiënt wordt toegepast.*
- 2) Als de werknemer – in geval van een verandering van werkgever – het saldo aan geboorteverlof verder opneemt in het kader van de tewerkstelling bij die andere werkgever, wordt voor de berekening van de uitkeringen geen rekening gehouden met het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de tewerkstelling bij die andere werkgever. Rekening houdend met de bepalingen van het koninklijk besluit van 10 juni 2001 tot vaststelling van het uniform begrip “gemiddeld dagloon” is voor de berekening van de uitkering wegens geboorteverlof immers enkel het gemiddeld dagloon relevant dat voortvloeit uit de arbeidsovereenkomst waarmee de betrokkene *bij de aanvang van het geboorteverlof* is verbonden.

Om het gemiddeld dagloon vast te stellen, wordt echter geen rekening gehouden met het aantal werkdagen (zesdagenweek) dat de periode van geboorteverlof telt, maar wel met het gemiddeld aantal dagen tijdens dewelke de betrokkene normaal gewerkt zou hebben bij het begin van het verlof (arbeidsregime).

=> Begrenzing van de dagelijkse vergoeding in functie van de dagelijkse loongrens

Aangezien de dagloongrens van toepassing is, moet het bedrag van de daguitkering in voorkomend geval beperkt worden tot het bedrag van de maximumdaguitkering.

Het maximale bedrag van de daguitkering bedraagt 82 % van de dagloongrens. Die wordt uitgedrukt in een stelsel van zes dagen per week (176,0204 EUR vanaf 01.01.2024). Hij moet, indien nodig, worden omgezet in functie van het arbeidsregime van de betrokkene bij het begin van het geboorteverlof (x zes dagen / gemiddeld aantal arbeidsdagen van het arbeidsstelsel van de betrokkene):

- in functie van een week van zes arbeidsdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 144,3368 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.01.2024)
- in functie van een week van vijf arbeidsdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 173,2042 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.01.2024)
- in functie van een week van twee arbeidsdagen, bedraagt het maximumbedrag van de daguitkering wegens geboorteverlof 433,0104 EUR (geboorteverlof dat aanvat vanaf 01.01.2024)
- ... (cf. *infra*, II.3.1).

=> Begrenzing van de totale vergoeding in functie van een stelsel van 5 arbeidsdagen per week

Het totaalbedrag van de uitkeringen dat wordt toegekend voor het geboorteverlof, mag niet hoger zijn dan het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens het geboorteverlof waarop een werknemer aanspraak kan maken in een arbeidsstelsel van vijf dagen per week, namelijk het maximale totaalbedrag van zeventien uitkeringen (in geval van een geboorte sinds 01.01.2023).



Voorbeelden:

Voor de geboorteverloven die aanvatten vanaf 1 januari 2024, bedraagt het maximale bedrag van de daguitkering voor geboorteverlof, in functie van een week van vijf dagen, 173,2042 EUR. Bij een geboorte in januari 2024, mag het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens geboorteverlof niet hoger zijn dan 2.944,40 EUR (17 dagen x 173,20 EUR per dag).

Deze beperking kan aanzienlijke gevolgen hebben voor de weekendwerkers, met name voor diegenen die voltijds werken en de volledige 20 dagen geboorteverlof opnemen waarop zij aanspraak kunnen maken (cf. *supra*, I.5). Om het gemiddelde dagloon te verkrijgen dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van het bedrag van hun daguitkering wegens geboorteverlof, is het nodig om hun voltijds (wekelijks) loon te delen door twee (gemiddelde) arbeidsdagen per week (zie het voorbeeld, onder II.3.1.2, met twee arbeidsdagen per week).

II.3.1. ALGEMENE SITUATIES

II.3.1.1. Forfaitair per maand betaalde bediende

- De betrokkene werkt voltijds (5 dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 3.500 EUR:

$$\text{Gederfd loon: } \frac{3.500 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 161,5385 \text{ EUR}$$

$$\text{Bedrag van de uitkering: } 161,5385 \text{ EUR} \times 82 \% = 132,4616 \text{ EUR} = 132,46 \text{ EUR}$$

$$\text{Bedrag lager dan de maximumuitkering: } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 132,4616 \text{ EUR}$$

- De betrokkene werkt voltijds (5 dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 5.000 EUR:

$$\text{Gederfd loon: } \frac{5.000 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 230,7692 \text{ EUR}$$

Bedrag van de uitkering: $230,7692 \text{ EUR} \times 82 \% = 189,2307 \text{ EUR}$ **te beperken tot 173,2042 EUR**

II.3.1.2. Arbeider met een wekelijks arbeidsregime

- De betrokkene werkt voltijds (vijfdagenweek) en heeft een bruto weekloon van 500 EUR:

$$\text{Gederfd loon: } (500 \text{ EUR} / 5) = 100 \text{ EUR}$$

$$\text{Bedrag van de uitkering: } 100 \text{ EUR} \times 82 \% = 82 \text{ EUR}$$

$$\text{Bedrag lager dan de maximumuitkering: } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 5) = 173,2042 \text{ EUR} > 82 \text{ EUR}$$

- De betrokkene werkt twee dagen per week en heeft een bruto weekloon van 1.200 EUR:

$$\text{Gederfd loon: } (1.200 \text{ EUR} / 2) = 600 \text{ EUR}$$

$$\text{Bedrag van de uitkering: } 600 \text{ EUR} \times 82 \% = 492 \text{ EUR}$$

$$\text{Maar te beperken tot: } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 2) = 433,0104 \text{ EUR}$$

Als het gaat om een weekendwerker die slechts enkele dagen geboorteverlof opneemt (bijvoorbeeld 7 dagen), overschrijdt het totaalbedrag van de uitkeringen (bijvoorbeeld 4 daguitkeringen) het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen van het geboorteverlof niet waarop een werknemer aanspraak kan maken voor een geboorteverlof in een arbeidsregime van vijf dagen per week:

$$433,01 \text{ EUR per dag} \times 4 \text{ dagen} < 17 \text{ dagen} \times 173,20 \text{ EUR per dag}$$

(geen begrenzing toe te passen)

Als een weekendwerker daarentegen meer dagen (bijvoorbeeld 10 dagen) geboorteverlof opneemt, overschrijdt het totaalbedrag van de uitkeringen (bijvoorbeeld 7 daguitkeringen) het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen waarop een werknemer aanspraak kan maken voor een geboorteverlof in een arbeidsregime van vijf dagen per week:

$$433,01 \text{ EUR per dag} \times 7 \text{ dagen} > 17 \text{ dagen} \times 173,20 \text{ EUR per dag}$$

(begrenzing toe te passen)

II.3.1.3. Werknemer met een vast jaarloon

De betrokkene is een werknemer met een jaarloon van 28.800 EUR. De betrokkene werkt 4 dagen per week:

$$\text{Gederfd loon: } \frac{28.800 \text{ EUR}}{(52 \times 4)} = 138,4615 \text{ EUR}$$

$$\text{Uitkering: } 138,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 113,5384 \text{ EUR} = 113,54 \text{ EUR}$$

$$\text{Uitkering lager dan het maximumbedrag: } 144,3368 \text{ EUR} \times (6 / 4) = 216,5052 \text{ EUR} > 113,5384 \text{ EUR}$$

II.3.1.4. Werknemer met twee tewerkstellingen

- De betrokkene werkt bij *werkgever A* deeltijds (5 halve dagen per week) en verdient een forfaitair maandloon van 1.541,30 EUR:

Gederfd loon: $\frac{1.541,30 \text{ EUR} \times 12}{(52 \times 5)} = 71,1369 \text{ EUR}$

Uitkering: $71,1369 \text{ EUR} \times 82 \% = 58,3323 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering: $144,3368 \text{ EUR} \times (6/5) = 173,2042 \text{ EUR} > 58,33 \text{ EUR}$

- De betrokkene werkt bij *werkgever B* deeltijds (19 u per week – 5 halve dagen per week) en heeft een uurloon van 14,50 EUR:

Gederfd loon: $(14,50 \text{ EUR} \times 19)/5 = 55,1000 \text{ EUR}$

Uitkering: $55,1000 \text{ EUR} \times 82 \% = 45,1820 \text{ EUR}$

Bedrag lager dan de maximumuitkering: $144,3368 \text{ EUR} \times (6/5) = 173,2042 \text{ EUR} > 45,182 \text{ EUR}$

In geval van een opname van 20 dagen geboorteverlof in het kader van elke tewerkstelling heeft de betrokkene dus recht op 1.759,67 EUR aan uitkeringen (103,51 EUR per dag x 17 dagen). Dit totaalbedrag is lager dan het maximale totaalbedrag van alle daguitkeringen wegens het geboorteverlof waarop een werknemer aanspraak kan maken in een arbeidsstelsel van vijf dagen per week (173,20 EUR x 17 dagen).

II.3.2. BIJZONDERE SITUATIES

II.3.2.1. Werknemer die met de toestemming van de adviserend arts een activiteit als werknemer heeft hervat (art. 100, §2 van de gecoördineerde wet van 14.07.1994 en art. 230 van het K.B. van 03.07.1996)

De betrokkene is verbonden door een arbeidsovereenkomst die de voorwaarden en het volume van de activiteit bepaalt. In functie hiervan heeft de betrokkene recht op drie dagen geboorteverlof, betaald door de werkgever, en op zeventien dagen ten laste van het ziekenfonds.

De uitkeringen wegens geboorteverlof worden berekend op het loon uit de toegelaten activiteit. Het bedrag van de uitkeringen wegens geboorteverlof moet eveneens als een “beroepsinkomen” in aanmerking genomen worden voor de toepassing van artikel 230, § 1 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996. In dit kader dient er namelijk onder “beroepsinkomen” te worden verstaan, elk inkomen als bedoeld in artikel 17, § 1, 5^o of artikel 23, § 1, 4^o, 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*.



Voorbeeld

De betrokkene is arbeidsongeschikt erkend vanaf 2 december 2022 en kan aanspraak maken op een arbeidsongeschiktheidsuitkering die **78,46 EUR** bedraagt.

Vgl. het bedrag van het forfaitaire maandloon voor een normale maand van voltijdse tewerkstelling (38 uur per week (factor S)): 3.400 EUR

Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering: $(3.400 \text{ EUR}/26) = 130,7692 \text{ EUR} \times 60 \% = 78,4615 \text{ EUR}$

Hij heeft een toegelaten activiteit hervat als halftijds bediende op 1 februari 2023 (19 uur per week (factor Q) – 5 halve dagen per week). Het forfaitair maandloon voor een normale maand van deeltijdse tewerkstelling bedraagt 1.700 EUR. Zijn echtgenote is bevallen op vrijdag 3 maart 2023. De betrokkene neemt de 20 dagen geboorteverlof op vanaf maandag 6 maart 2023 tot en met vrijdag 10 maart 2023 (vijf dagen), vanaf maandag 13 maart 2023 tot en met vrijdag 17 maart 2023 (vijf dagen), vanaf maandag 20 maart 2023 tot en met vrijdag 24 maart 2023 (vijf dagen) en vanaf maandag 27 maart 2023 tot en met vrijdag 31 maart 2023 (vijf dagen). De eerste drie dagen vanaf maandag 6 maart 2023 tot en met woensdag 8 maart 2023 worden betaald door de werkgever.

Bedrag van de uitkering voor geboorteverlof:

$$\frac{1.700 \text{ EUR} \times 12}{52 \times 5} = 78,4615 \text{ EUR} \times 82 \% = 64,3384 \text{ EUR} = 64,34 \text{ EUR}$$

Bedrag van de arbeidsongeschiktheidsuitkering tijdens het geboorteverlof:

Alle in het kader van de toegelaten activiteit opgenomen uren van geboorteverlof (aangegeven onder de indicatieve prestatiecode “52”) vormen gelijkgestelde uren voor de bepaling van de tewerkstellingsbreuk (toepassing van de cumulatierегeling bedoeld in art. 230, § 1 van het K.B. van 03.07.1996). Zij moeten dus als in het kader van de toegelaten activiteit gepresteerde arbeidsuren in aanmerking worden genomen.

Vermits hij het werk halftijds (of 50 %) heeft hervat, worden zijn uitkeringen met 30 % verminderd (= het gedeelte van de tewerkstellingsbreuk dat 1/5^{de} of 20 % overschrijdt), $78,4615 \text{ EUR} \times 0,7 = 54,9231 \text{ EUR} = \textbf{54,92 EUR}$.

Voor de in het kader van de uitoefening van de toegelaten activiteit opgenomen dagen van geboorteverlof kan hij de uitkeringen voor geboorteverlof cumuleren met de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (bijvoorbeeld: voor donderdag 09.03.2023 ontvangt hij een arbeidsongeschiktheidsuitkering van 54,92 EUR **en** een uitkering voor geboorteverlof van 64,34 EUR).

II.3.2.2. Vrijwillig deeltijds werknemer en deeltijds werknemer met behoud van rechten die aanspraak hebben op de inkomensgarantie-uitkering

Voor de dagen van geboorteverlof, waarover de betrokkene het recht behoudt op de inkomensgarantie-uitkering, kan hij enkel aanspraak maken op de uitkering voor geboorteverlof, berekend op het loon voortvloeiend uit zijn activiteit (vgl. art. 242, § 2 van het K.B. van 03.07.1996).

II.3.2.3. Werknemer die zijn beroepsloopbaan gedeeltelijk heeft onderbroken of onderbreekt

Als de werknemer bij de aanvang van het geboorteverlof in gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking is, wordt de uitkering berekend op basis van het gemiddeld dagloon dat voortvloeit uit de tewerkstelling verricht tijdens de gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking (door middel van een vermindering van de arbeidsprestaties). Indien de betrokkene nog dagen geboorteverlof zou opnemen na het einde van de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking, dient rekening te worden gehouden met het gemiddeld dagloon dat in aanmerking zou zijn genomen als hij zijn arbeidsprestaties niet had verminderd (vgl. de toepassing van art. 35 van de verordening op de uitkeringen van 16.04.1997).

Indien de periode van gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking pas zou aanvatten na de aanvang van het geboorteverlof, dient de uitkering die betrekking heeft op de dagen geboorteverlof opgenomen tijdens deze gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking, te worden verminderd met het in werkdagen omgezette bedrag van de onderbrekingsuitkering (toepassing van de artn. 232 en 236 van het K.B. van 03.07.1996).

II.3.2.4. Werknemer die ook zelfstandige in bijberoep is

Als de werknemer ook een activiteit als zelfstandige in bijberoep uitoefent, bestaat er geen formeel verbod om op de dagen geboorteverlof de zelfstandige nevenactiviteit verder uit te oefenen. Het mag echter niet de bedoeling van de betrokkene zijn om het geboorteverlof aan te wenden om het volume van zijn activiteit als zelfstandige tijdens die periode in belangrijke mate op te drijven (geen uitoefening van het bijberoep tijdens de uren van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst wegens geboorteverlof).

II.4. Inlichtingenblad uitkeringen – luik werkgever (referteperiode)

De werkgever dient (in voorkomend geval na een uitdrukkelijke vraag van het ziekenfonds) het luik werkgever van het inlichtingenblad uitkeringen (vervangen door de ZIMA 001) in te vullen.

In de **elektronische versie van het inlichtingenblad uitkeringen (ZIMA 001** – veralgemeend gebruik van de elektronische versie sinds 01.07.2019) stemt de referteperiode overeen met de volledige periode gedekt door het geboorteverlof (dus zowel de periode betaald door de werkgever als deze ten laste van het ziekenfonds).

In deze referteperiode moeten alle opgenomen dagen van geboorteverlof worden aangeduid door de toepasselijke code aard van de dag:

- de code aard van de dag 1 voor de eerste drie dagen die worden vergoed door de werkgever
- de code aard van de dag 6.10 voor de (maximum) zeventien dagen die door het ziekenfonds worden betaald.

De vereiste gegevens moeten worden overgemaakt bij het einde van het geboorteverlof.

II.5. Mutatie

In geval van mutatie betaalt het ziekenfonds waarbij de betrokkene is aangesloten op de laatste dag van het geboorteverlof (mutatie) de uitkeringen voor de *volledige* periode van geboorteverlof.

III. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 1 januari 2024.

IV. Opheffing

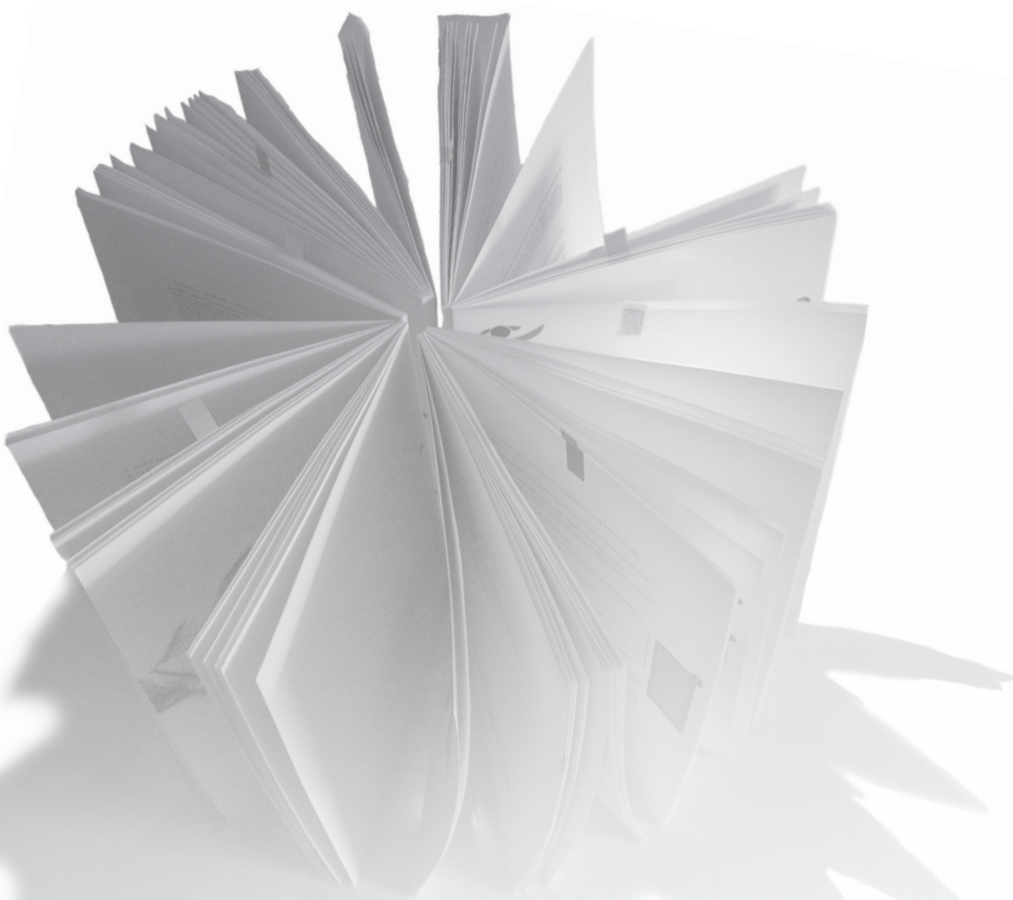
De omzendbrief V.I. nr. 2021/99 van 22 maart 2021 wordt opgeheven.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/404 – 47bis/16 van 18 december 2023.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (art. 37, § 19) vanaf 1 november 2023

Van toepassing vanaf 1 november 2023.

Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 17.291,03 en 3.201,04 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, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Op 1 november 2023:

Grensbedrag van het jaarlijks inkomensbedrag van de rechthebbenden	
Gerechtigden	Personen ten laste
26.313,70 EUR	4.871,39 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2023/274 – 3991/379 van 31 oktober 2023.

II. Personen ten laste - Trimestrieel grensbedrag van de inkomens

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

Het bedrag per kalenderkwartaal wordt op basis van het bedrag 1.762,82 EUR aan de spilindex 103,14 (basis 1996) berekend. Het wordt aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de prijzen als bepaald in de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid van de arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

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

1 mei 2011 indexering

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

1 februari 2012 indexering

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

1 december 2012 indexering

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

1 juli 2015 indexering

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

1 juni 2016 indexering

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

1 juni 2017 indexering

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

1 september 2018 indexering

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

1 maart 2020 indexering

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

1 september 2021 indexering

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

1 januari 2022 indexering

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

1 maart 2022 indexering

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

1 mei 2022 indexering

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

1 augustus 2022 indexering

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

1 november 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 25 = 2.892,09 EUR

1 december 2022 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 26 = 2.949,93 EUR

1 november 2023 indexering

1.762,82 EUR (basis 103,14) vermenigvuldigd met 1,02 exponent 27 = 3.008,93 EUR

Waarde per trimester		
1 ^{ste} trimester 2008	$2.065,42 \cdot 3/3$	2.065,42 EUR
2 ^{de} trimester 2008	$2.065,42 \cdot 1/3 + 2.106,73 \cdot 2/3$	2.092,96 EUR
3 ^{de} trimester 2008	$2.106,73 \cdot 2/3 + 2.148,87 \cdot 1/3$	2.120,78 EUR
4 ^{de} trimester 2008	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
1 ^{ste} trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
4 ^{de} trimester 2009	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
1 ^{ste} trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
2 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \cdot 3/3$	2.148,87 EUR
3 ^{de} trimester 2010	$2.148,87 \cdot 2/3 + 2.191,85 \cdot 1/3$	2.163,20 EUR
4 ^{de} trimester 2010	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85 EUR
1 ^{ste} trimester 2011	$2.191,85 \cdot 3/3$	2.191,85 EUR
2 ^{de} trimester 2011	$2.191,85 \cdot 1/3 + 2.235,68 \cdot 2/3$	2.221,07 EUR
3 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68 EUR
4 ^{de} trimester 2011	$2.235,68 \cdot 3/3$	2.235,68 EUR
1 ^{ste} trimester 2012	$2.235,68 \cdot 1/3 + 2.280,40 \cdot 2/3$	2.265,49 EUR
2 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40 EUR
3 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \cdot 3/3$	2.280,40 EUR
4 ^{de} trimester 2012	$2.280,40 \cdot 2/3 + 2.326,00 \cdot 1/3$	2.295,60 EUR
1 ^{ste} trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2013	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
4 ^{de} trimester 2014	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
1 ^{ste} trimester 2015	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
2 ^{de} trimester 2015	$2.326,00 \cdot 3/3$	2.326,00 EUR
3 ^{de} trimester 2015	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
4 ^{de} trimester 2015	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
1 ^{ste} trimester 2016	$2.372,52 \cdot 3/3$	2.372,52 EUR
2 ^{de} trimester 2016	$2.372,52 \cdot 2/3 + 2.419,97 \cdot 1/3$	2.388,34 EUR
3 ^{de} trimester 2016	$2.419,97 \cdot 3/3$	2.419,97 EUR
4 ^{de} trimester 2016	$2.419,97 \cdot 3/3$	2.419,97 EUR

1 ^{ste} trimester 2017	$2.419,97 \times 3/3$	2.419,97 EUR
2 ^{de} trimester 2017	$2.419,97 \times 2/3 + 2.468,37 \times 1/3$	2.436,10 EUR
3 ^{de} trimester 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
4 ^{de} trimester 2017	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
1 ^{ste} trimester 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
2 ^{de} trimester 2018	$2.468,37 \times 3/3$	2.468,37 EUR
3 ^{de} trimester 2018	$2.468,37 \times 2/3 + 2.517,74 \times 1/3$	2.484,83 EUR
4 ^{de} trimester 2018	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
2 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
3 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
4 ^{de} trimester 2019	$2.517,74 \times 3/3$	2.517,74 EUR
1 ^{ste} trimester 2020	$2.517,74 \times 2/3 + 2.568,10 \times 1/3$	2.534,53 EUR
2 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
4 ^{de} trimester 2020	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
1 ^{ste} trimester 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
2 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \times 3/3$	2.568,10 EUR
3 ^{de} trimester 2021	$2.568,10 \times 2/3 + 2.619,46 \times 1/3$	2.585,22 EUR
4 ^{de} trimester 2021	$2.619,46 \times 3/3$	2.619,46 EUR
1 ^{ste} trimester 2022	$2.671,85 \times 2/3 + 2.725,28 \times 1/3$	2.689,66 EUR
2 ^{de} trimester 2022	$2.725,28 \times 1/3 + 2.779,79 \times 2/3$	2.761,62 EUR
3 ^{de} trimester 2022	$2.779,79 \times 1/3 + 2.835,39 \times 2/3$	2.816,86 EUR
4 ^{de} trimester 2022	$2.835,39 \times 1/3 + 2.892,09 \times 1/3 + 2.949,93 \times 1/3$	2.892,47 EUR
1 ^{ste} trimester 2023	$2.949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR
2^{de} trimester 2023	$2.949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR
3^{de} trimester 2023	$2.949,93 \times 3/3$	2.949,93 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2023/275 – 248/86 van 31 oktober 2023.

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 november 2023.

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

Indexering van de grensbedragen

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

Vanaf 1 januari 2022	38.324,69	4.131,28
Vanaf 1 maart 2022	39.090,83	4.213,90
Vanaf 1 mei 2022	39.872,14	4.298,25
Vanaf 1 augustus 2022	40.668,62	4.383,98
Vanaf 1 november 2022	41.482,80	4.471,78
Vanaf 1 december 2022	42.312,15	4.561,31
Vanaf 1 januari 2023	42.312,15	4.682,19
Vanaf 1 juli 2023 (welvaart)	42.312,15	4.775,84
Vanaf 1 november 2023	43.159,21	4.871,39

Jaarlijkse gemiddelde (bedragen in EUR)		
	Residenten	Personen ten laste
2000	25.453,71 (PM)	2.192,15
2001	26.091,74 (PM)	2.247,06
2002	26.788,76	2.307,14
2003	27.145,29	2.337,88
2004	27.505,18	2.368,85
2005	28.147,63	2.424,18
2006	28.616,46	2.464,56
2007	29.045,04	2.507,30
2008	30.219,96	2.654,70
2009	30.820,06	2.735,85
2010	31.025,71	2.807,26
2011	31.856,74	2.889,22
2012	32.709,91	3.018,84
2013	33.363,74	3.099,72
2014	33.363,74	3.140,77
2015	33.697,51	3.179,56
2016	34.428,04	3.305,54
2017	35.115,58	3.394,38
2018	35.640,25	3.490,68
2019	36.112,24	3.579,60
2020	36.714,87	3.682,55
2021	37.080,66	3.756,71
2022	40.020,69	4.314,18



Omzendbrief V.I. nr. 2023/276 – 270/96, 273/97, 274/98, 276/147, 2790/99, 2791/96, 2792/95, 3910/2107 en 83/521 van 31 oktober 2023.

IV. Persoonlijk aandeel van de patiënt in de ligdagprijs in geval van opneming in een ziekenhuis - Bedragen vanaf 1 januari 2024

Van toepassing vanaf 1 januari 2024.

Hieronder vindt u de bedragen van de persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs die in toepassing van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 en in toepassing van artikel 37*bis*, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen worden aangerekend aan de patiënten met ingang van **1 januari 2024**.

1. De dag van opneming:

De dag van opneming in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming: met 6,90 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging (exclusief de kinderen bedoeld onder a)) : met 34,17 EUR;
- c) de gerechtigden die voor het toepassen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging gecontroleerde werklozen zijn die sedert ten minste twaalf maanden de hoedanigheid hebben van volledig werkloze (met de hoedanigheid van werknemer met gezinslast of van alleenstaande, d.w.z. dat ondermeer samenwonenden hiertoe niet behoren), met inbegrip van de personen ten laste: met 34,17 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 46,69 EUR.

2. Vanaf de tweede dag:

Vanaf de tweede dag in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis of in een revalidatie- of in een vakherenscholingscentrum wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,90 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,90 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 19,42 EUR.

3. Vanaf de 91^{ste} dag opneming (exclusief revalidatie- of vakherscholingscentrum):

Vanaf de 91ste dag opneming in een algemeen ziekenhuis of in een psychiatrisch ziekenhuis wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en de daarmee gelijkgestelde werklozen (inclusief hun personen ten laste): met 6,90 EUR;
- b) de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging: met 6,90 EUR;
- c) de gerechtigden die hetzij personen ten laste hebben in de verzekering voor geneeskundige verzorging, hetzij bij gerechtelijke beslissing of notariële akte gehouden zijn alimentatiegeld te betalen, alsook voor de personen te hunnen laste: met 6,90 EUR;
- d) de andere rechthebbenden: met 19,42 EUR.

4. Indien de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar

Van zodra de opneming in een psychiatrisch ziekenhuis langer duurt dan vijf jaar wordt de verzekeringstegemoetkoming verminderd voor:

- a) de gerechtigde met personen ten laste, de gerechtigde op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en gelijkgestelde werklozen) met personen ten laste en diegenen die gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte, alsook voor hun personen ten laste: met 6,90 EUR;
- b) de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming (en de daarmee gelijkgestelde werklozen) die geen personen ten laste hebben in de verzekering van geneeskundige verzorging, of die niet gehouden zijn alimentatiegeld te betalen hetzij bij gerechtelijke beslissing of bij notariële akte: met 19,42 EUR;
- c) de andere rechthebbenden: met 32,36 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/341 – 170/1122, 176/538 en 175/596 van 13 december 2023.

V. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming - Gemiddeld inkomensbedrag van het jaar 2023

Van toepassing vanaf 1 januari 2024.

Ingevolge het koninklijk besluit van 15 maart 2022 (B.S. van 13.04.2022) tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, mogen de inkomensbedragen van de rechthebbenden voor de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, de grensbedragen van 17.291,03 en 3.201,04 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, op dezelfde manier als voor de pensioenen.

Gemiddeld inkomensbedrag - Vorige dienstjaar (2023)	
Gerechtigden	Personen ten laste
25.630,67 EUR	4.744,94 EUR



Omzendbrief V.I. nr. 2023/351 - 3991/381 van 4 december 2023.

VI. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2024 - Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij koninklijk besluit van 29 juli 1988.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan viermaal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon drie vierden van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving, of op het ogenblik van zijn herinschrijving in de situatie van de vervulling van de Wachtijd voor het recht op geneeskundige verstrekkingen zoals beschreven in artikel 130 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 november 2023, en sedertdien 1.994,18 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2024 als volgt worden vastgesteld:

- 21 jaar en ouder: $1.994,18 \text{ EUR} \times 4 = 7.976,72 \text{ EUR}$
- minder dan 21 jaar: $7.976,72 \text{ EUR} \times 3/4 = 5.982,54 \text{ EUR}$

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet-betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.

Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

- A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken;
- B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;

- C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere **euro** te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8, artikel 149-167 (B.S. van 31.12.2002, pag. 58716 – 58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.

Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2017 geldende percentages van de socialezekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We merken hierbij op, dat voor het statutair overheidspersoneel enkel het percentage voor de sector geneeskundige verzorging wordt weergegeven, aangezien deze niet onderworpen zijn aan de sector uitkeringen.

Categorieën	Totale bijdrage	Aandeel van de werkgever	Aandeel van de werknemer
Arbeiders en bedienden	10,85 %	6,15 %	4,70 %
Mijnwerkers	8,85 %	5,15 %	3,70 %
Overheidsdiensten	7,35 %	3,80 %	3,55 %

Artikel 286, 3^{de} alinea, van het voormelde koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de mindervaliden die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80.400 BEF of 1.993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64.800 BEF of 1.606,37 EUR (voor de 19- en 20-jarigen, 48.000 BEF of 1.189,90 EUR (voor de 17- en 18-jarigen) en 40.800 BEF of 1.011,42 EUR (voor de min 17-jarigen).

Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

In bijlage¹ gaan de tabellen die een overzicht van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR geven.



Omzendbrief V.I. nr. 2023/337 – 271/78 van 8 december 2023.

1. Hier niet gepubliceerd.

Redactiecomité

Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Charlotte Lefebvre
De h. P.-A. Briffeuil
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Marleen Stevens
Mevr. Esperance Nahimana
Mevr. Céline Faufeder
Mevr. Zoé De Clippel
Mevr. Lieselot Bolle
Mevr. Evelyne Christophe

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726