

1^e Deel

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



4^e trimester 2019

1. Wet		
Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.12.2019 – Editie 2	20.12.2019	Wet tot heffingen op het zakencijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en een bijdrage op marketing voor het jaar 2020

Samenvatting van de wijzigingen

De wet heeft tot doel om de heffing vast te stellen op het omzetcijfer van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en een bijdrage op marketing voor het jaar 2020. Het gaat om een verlenging van de bestaande heffingen.

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
09.10.2019	19.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst bijgevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in hoofdstuk 1 van deel 1
- in hoofdstuk 3, afdeling 1, B, van deel 1
- in hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 3 van deel 1.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2019	29.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2019 tot uitvoering van artikel 37, § 16 ^{bis} , eerste lid, 3 ^o , en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- bijlage 1 wordt aangevuld

- in bijlage 3, II, a) worden de woorden “Ulcère diabétique” ingevoegd tussen de woorden “Ulcère veineux” en de woorden “Ulcère de pression de stade II, III ou IV”
- in bijlage 4 worden de woorden “Ulcère diabétique” ingevoegd tussen de woorden “Ulcère veineux” en de woorden “Ulcère de pression de stade II, III ou IV”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
06.11.2019	17.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- een tweede lid is in artikel 15 ingevoegd
- punt 4 van artikel 27, vierde lid wordt vervangen
- een punt 7 word toegevoegd in artikel 27, vierde lid
- in artikel 36, worden de woorden “31 december van datzelfde jaar” vervangen door de woorden “1 januari van het jaar dat volgt”
- in artikel 37, § 1, worden de woorden van 1 april vervangen door de woorden “16 april”
- artikel 38, § 4 wordt vervangen
- in artikel 39, worden de woorden van “1 april” vervangen door de woorden van “1 mei”
- in artikel 42, worden de volgende wijzigingen aangebracht :
 - => tussen de woorden “de vroedvrouwen,” en de woorden “de kinesitherapeuten,” worden de woorden “de verpleegkundigen” ingevoegd ;
 - => de woorden “artikel 49, § 5, derde lid” worden vervangen door de woorden “artikel 49, § 7, tweede lid”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.11.2019	03.11.2019	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

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- het eerste lid van artikel 6 wordt aangevuld met een punt d)
- dat artikel wordt aangevuld met een nieuw lid luidende: “In de gevallen bedoeld in het eerste lid, d) is de tandheekkundige ertoe gehouden geen honorarium aan te rekenen waarvan het bedrag hoger ligt dan de tarieven zoals die zijn vastgesteld krachtens de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.12.2019	03.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 29 april 1996 tot vaststelling van de vermindering van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de honoraria en prijzen vastgesteld in sommige overeenkomsten met de revalidatie-instellingen, bedoeld in artikel 22, 6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- artikel 2 wordt aangevuld met een lid luidende: “Voor de rechthebbenden op een behandeling van slaapapneu met een mandibulair repositieapparaat (MRA), wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de prijzen en honoraria voor de verstrekking bedoeld in artikel 34, eerste lid, 7°, van de voornoemde gecoördineerde wet, verminderd met 0,50 EUR per verstrekking als voor de verstrekking een MRA-startforfait verschuldigd is.”

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

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2019 – Editie 2	29.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 18, § 2, B., e) en 24, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 18, § 2, B., e), van de bijlage wordt in de rubriek 1/CHEMIE, onder de hoofding 1/Bloed, de volgende verstrekking 433392-433403 ingevoegd vóór de verstrekking 433252-433263
- in artikel 24, § 1 van de bijlage worden de volgende wijzigingen aangebracht in de rubriek 1/CHEMIE onder de hoofding 1/Bloed :
 - => de verstrekking 542953-542964 wordt ingevoegd vóór de verstrekking 541973-541984 ;
 - => cumulatierregel 78 wordt vervangen;
 - => diagnoseregels 71 wordt vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2019 – Editie 2	02.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 12, § 1, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 12, § 1, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- de omschrijving van de verstrekking 201095-201106 wordt vervangen door “Algemene anesthesie bij de verstrekkingen 532733-532744, 532873-532884 of 532895-532906”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.10.2019 – Editie 2	10.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 9, § 5, a) van de bijlage bij het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- het lid na de verstrekking 428632 wordt vervangen door “De verstrekkingen 422435, 428492, 428514, 422811, 428536, 428551, 422833, 428573, 428595, 422855, 428610 en 428632 kunnen pas vanaf de zesde dag van het *postpartum* worden verleend, met een gezamenlijk maximum van 6 keer per verlossing”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.10.2019	29.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 8 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- een paragraaf *1bis* wordt ingevoegd, luidende: “§ *1bis* De verstrekkingen van § 1, 1^o of 2^o zijn van toepassing indien de verzorging niet wordt verleend in de plaatsen van verstrekking zoals bedoeld in § 1, 3^o, 3^{o bis} en 4^o en indien ze wordt verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende, in crèches, scholen en recreatieve stages en kampen, in buitenschoolse opvang, op de werkplek, in een vakantieverblijf en een verblijf bij familie of een mantelzorger.”
- een paragraaf *3bis* wordt ingevoegd, luidende: “De verzekeringstegemoetkoming is onderworpen aan de volgende voorwaarden :
 - op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van loontrekkende mag per kalenderjaar een maximum van 22.000 W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden
 - op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van zelfstandige mag per kalenderjaar een maximum van 40.000 W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden

- o op naam van 1 individuele zorgverlener, verpleegkundige of zorgkundige, met het statuut van loontrekkende en het statuut van zelfstandige, mag per kalenderjaar een maximum van 40.000 W-waarden aan verstrekkingen aangerekend worden.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.11.2019	10.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 34, § 1, a) 2., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt de volgende wijziging aangebracht:

- o artikel 34, § 1, a), 2. van de bijlage wordt vervangen door: “2. Voorwaarden betreffende de vergoedingsmodaliteiten:

De resultaten van de medische beeldvorming die gediend hebben om de indicatie vast te stellen evenals de follow-up documenten moeten in het medisch dossier van de rechthebbende aanwezig zijn.

De verstrekkingen die worden beoogd in dit punt a) mogen niet worden gecumuleerd met de angiografieën voor diagnose of de onderzoeken zonder contrastmiddel tijdens dezelfde vacatie, exclusief de verrichte angiocardiografieën.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2019	17.08.2019	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

In artikel 5 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o in § 1 wordt een nieuwe rubriek “Tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie” ingevoegd na de rubriek “uitneembare tandprothesen, inclusief raadplegingen”
- o in § 2 wordt na de rubriek “orale implantaten, inclusief raadplegingen” een nieuwe rubriek ingevoegd, luidende “Tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie”.

In artikel 6 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- o § 5*bis*, eerste lid, 3) wordt vervangen als volgt: “3) de implantaten moeten een minimumdiameter van 2,9 mm en minimumlengte van 4 mm hebben op het osteogeïntegreerd deel;”
- o naar aanleiding van § 5*bis*, wordt een nieuwe § 5*ter* ingevoegd, luidende: “De tegemoetkomingregels voor de verstrekkingen uit de rubriek “tandzorg bij kankerpatiënten of bij anodontie”
- o in § 18, tweede lid, worden volgende verstrekkingen ingevoegd “309573-309584 en 309595-309606” volgend op de verstrekking 389653-389664.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2019	29.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, h), 2°, en 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen
27.01.2020	29.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, h), 2°, en 25, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen - Corrigendum

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 14, h), § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking 248511-248522: “De verstrekking 248511-248522 mag enkel worden aangerekend bij patiënten met nachtblindheid en/of fotofobie en met een gestoorde elektroretinografie.”
- de volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking 248975-248986: “De verstrekking 248975-248986 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 248356-248360, 248371-248382, 248393-248404, 248430-248441 en 248452-248463.”
- de betrekkelijke waarde van de verstrekking 249270-249281 wordt vervangen door “N 210”
- de volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de verstrekking 249270-249281: “de verstrekking 249270-249281 mag maximaal 3 maal per kalenderjaar worden aangerekend per patiënt”
- de betrekkelijke waarde van de verstrekking 248953-248964 wordt vervangen door “N 62”
- de verstrekkingen en toepassingsregels 248356-248360; 248371-248382; 248393-248404; 248430-248441 en 248452-248463 worden ingevoegd na de verstrekking 248953-248964.

In artikel 25, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- De volgende toepassingsregel wordt ingevoegd na de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 599480: “De verstrekking 599480 mag niet gecumuleerd worden met verstrekkingen uit artikel 14, h).”
- in de limitatieve lijst die volgt op de verstrekking 597800, worden de rangnummers 246551, 246573, 246212, 246654, 246772, 246595, 246676, 247575, 247590, 247612, 247634, 247656, 247553, 246912 en 246934 opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2019	29.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, §§ 1, a) en d), 2, 4 en 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

Samenvatting van de wijzigingen

In paragraaf 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in paragraaf 1, a)
=> worden de verstrekkingen 470400 en 470422 en de toepassingsregel die erop volgt opgeheven;

=> worden de verstrekkingen 470433-470444 en 470374-470385 en de toepassingsregel die erop volgt, opgeheven;

=> worden de verstrekking 470455-470466 en de toepassingsregel die erop volgt, opgeheven;

=> worden de verstrekking 470470-470481 en de toepassingsregel die erop volgt, opgeheven;

=> worden de woorden “470470-470481, 474331-474342 en 474714-474725” in de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 470956-470960, vervangen door de woorden “474331-474342”;

- in paragraaf 1, d):

=> wordt de verstrekking 474714-474725 opgeheven;

- in paragraaf 2:

=> wordt het 1^e lid als volgt vervangen: “§ 2. De volgende connexiteitsregels zijn van toepassing:”;

- paragrafen 4 en 5 worden opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
30.12.2019	09.12.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 22, II, b), en 23, § 8, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in artikel 22, II., b), worden de verstrekkingen 558810-558821, 558014-558025, 558832-558843 en 558994 vervangen
- in artikel 23, § 8 worden, tussen het eerste en het tweede lid, twee leden ingevoegd, luidende:

“De reeks van verstrekkingen 558994 is slechts eenmaal per verzekerde aanrekenbaar. Hierbij geldt een maximum van 36 verstrekkingen gedurende een periode van 180 dagen. Die verstrekkingen zijn slechts aanrekenbaar voor de volgende indicaties:

1° aspecifieke mechanische cervicalgieën of dorsolumbalgieën opgetreden sedert meer dan 45 dagen;

2° minder dan 90 dagen na een corrigerende wervelzuilchirurgie.

Die reeks mag alleen een tweede keer worden aangerekend:

1° hetzij in geval van een nieuwe heelkundige ingreep op de wervelkolom;

2° hetzij met akkoord van de adviserend arts van het ziekenfonds voor een wervelzuilpathologie in het raam van een socioprofessionele re-integratie.”.

4. Andere koninklijke besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.10.2019	24.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 juli 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van pilootprojecten voor geïntegreerde zorg

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt een artikel 26/1 ingevoegd, luidende:

“Art. 26/1. In afwijking van de bepalingen van de hoofdstukken 6, 7 en 8, wordt de efficiëntiewinst die betrekking heeft op het kalenderjaar 2017 vervangen door een vast eenmalig bedrag van 208.333 EUR dat door het RIZIV wordt gestort aan elk pilootproject.

Dit bedrag kan door het pilootproject enkel aangewend worden voor de lijst van kosten die is opgenomen in bijlage 7 bij de overeenkomst die het pilootproject, in toepassing van artikel 2 heeft gesloten met het Verzekeringscomité.

Dit bedrag wordt door het RIZIV gestort aan het pilootproject van zodra de lijst van deze kosten is opgenomen in de bijlage 7 van de overeenkomst.

Deze uitgaven worden door het RIZIV geboekt in de begroting van de geneeskundige verzorging van 2019 - rubriek 36.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.10.2019	19.09.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers in 2018

Samenvatting van de wijzigingen

Tandartsen kunnen nu een premie krijgen voor het gebruik van telematica. Het heeft tot doel, het gebruik van e-services te ondersteunen. Het koninklijk besluit bepaalt de voorwaarden voor het verkrijgen van deze premie, die 800 EUR bedraagt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.10.2019	29.09.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling voor het kalenderjaar 2019 van de bedragen van de vergoedingen voor de maatregelen die zijn voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die op 1 maart 2000, 28 november 2000, 26 april 2005, 18 juli 2005, 4 februari 2011, 25 februari 2011 en 24 oktober 2012 door de federale regering werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en van de maatregelen die zijn voorzien in het attractiviteitsplan voor het verpleegkundig beroep voorzien in de akkoorden van 4 maart 2010 en 17 maart 2010, voor zover zij betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld in de sector van de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag wordt voor 2019 vastgesteld op 108.340.143 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.10.2019	29.09.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van het bedrag ter betaling van de vergoedingen voorzien in het sociaal akkoord dat betrekking heeft op de gezondheidssector en dat in 2005 door de federale regering werd gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers, voor zover het betrekking heeft op peterschap en op de maatregel van bijkomend verlof vanaf het kalenderjaar 2019

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag wordt voor 2019 vastgesteld op 19.332.838 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
15.10.2019 – Editie 2	02.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 juni 1994 tot vaststelling van het model van voorschrijfdocument betreffende de verstrekkingen van farmaceutische producten ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt bijlage I vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
16.10.2019	24.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst, gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden bepalingen ingevoegd in hoofdstuk 1, § 10000, § 30000 en § 140000.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.10.2019	19.09.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 1, § 4 wordt aangevuld met een lid, luidende: “De berekening van de minimumdrempel geschiedt uitsluitend op basis van de verstrekkingen die op de persoonlijke naam van de arts werden geboekt, aangevuld met de verstrekkingen welke individueel door de arts werden gepresteerd, maar legaal werden geboekt op naam van een derde, mits schriftelijk bewijs van deze constructie en een verklaring op eer van de verantwoordelijke derde welk aandeel verstrekkingen voor het gehele referentiejaar aan de individuele arts dient te worden toegekend. Voor artsen tijdens het referentiejaar werkzaam in het buitenland volstaat een verklaring op eer hiervan als bewijs van het behalen van de minimumdrempel.”
- paragrafen 5/1 tot 5/4 worden ingevoegd in artikel 1.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.10.2019	24.09.2019	Koninklijk besluit tot instelling van een regeling van voordelen aan zorgverleners die geacht worden te zijn toetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten na opname van het wettelijk rustpensioen

Samenvatting van de wijzigingen

De zorgverleners die het wettelijk rustpensioen sinds 1 januari 2016 hebben opgenomen, maar die een activiteit als geconventioneerd zorgverlener blijven uitoefenen, hebben geen recht meer op het sociaal statuut. Het koninklijk besluit voorziet in een premie die vergelijkbaar is met het sociaal statuut voor de zorgverleners die hun wettelijk rustpensioen hebben opgenomen en geconventioneerd zijn, mits ze aan de geldende voorwaarden voldoen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.10.2019 – Editie 2	10.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in bijlage I, tweede deel, sondes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
23.10.2019	03.10.2018	Koninklijk besluit tot wijziging van de bedragen van het koninklijk besluit van 15 januari 2019 tot vaststelling van de bedragen voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging door het stelsel van het globaal beheer van de werknemers en door het stelsel van het globaal beheer van de zelfstandigen voor het jaar 2019

Samenvatting van de wijzigingen

Artikel 1 van het koninklijk besluit van 15 januari 2019 wordt als volgt vervangen:

“Voor het jaar 2019 belopen de bedragen, bedoeld in artikel 17 en 19 van de wet van 18 april 2017 houdende hervorming van de financiering van de sociale zekerheid, bestemd voor de alternatieve financiering van de bijkomende geldmiddelen toegekend voor de financiering van de geneeskundige verzorging, 4.466.005 duizend EUR voor het RSZ-globaal beheer en 446.879 duizend EUR voor het Fonds voor het financieel evenwicht in het sociaal statuut van de zelfstandigen.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
28.10.2019 – Editie 2	10.10.2019	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

Met het koninklijk besluit worden de voorwaarden en de modaliteiten bepaald voor de toekenning van de financiële tegemoetkoming. De premie bedraagt 800 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
31.10.2019	26.10.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wachthonoraria en beschikbaarheidshonoraria betaalt aan de apothekers-titularissen van een apotheek open voor het publiek die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten

Samenvatting van de wijzigingen

Dit koninklijk besluit:

- bepaalt de toekenningsvoorwaarden van het beschikbaarheidshonorarium (waarvan het bedrag wordt vastgesteld op 65 EUR btw inbegrepen)
- bevestigt de wachthonoraria die nog aan het RIZIV mogen worden aangerekend wanneer “het voorschrift wordt voorgelegd en uitgevoerd buiten de normale openingsuren van de apotheek, en uitsluitend hetzij tussen 19u ‘s avonds en 8u ‘s ochtends, hetzij op een zondag of op een wettelijke feestdag.”
- preciseert dat voortaan “geen enkel wachthonorarium noch bijkomende kosten gelinkt aan de wachtdienst ten laste mogen worden gelegd van de patiënten die zich met een voorschrift voor menselijk gebruik aandienen bij een apotheek tijdens de wachtdienst”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.11.2019	17.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen I en II bij het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten
22.11.2019	17.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlagen I en II bij het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in artikel 19, § 1 in a) van de punten 1^o, 2^o en 3^o worden de woorden “het werkzaam bestanddeel van deze farmaceutische specialiteit is niet ingeschreven op de lijst” vervangen door de woorden “er is geen enkel werkzaam bestanddeel van deze farmaceutische specialiteit ingeschreven op de lijst.”
- in het eerste deel van bijlage I worden vermeldingen ingevoegd
- in het tweede deel van bijlage I:
 - => wordt een vermelding in hoofdstuk IV ingevoegd;
 - => wordt een vermelding in hoofdstuk V vervangen;
- in hoofdstuk I van bijlage II wordt de vermelding “Natriumdiwaterstoffosfaat dihydraat [Enkel voor inwendig gebruik en op voorwaarde dat het het enig werkzaam bestanddeel is]” vervangen door de vermelding: “Natriumdiwaterstoffosfaat dihydraat [Enkel voor inwendig gebruik]

- in hoofdstuk IV van bijlage II worden de volgende wijzigingen aangebracht:
 - => in § 28 wordt b) vervangen;
 - => § 28 waarvan de huidige tekst het punt A zal vormen, wordt aangevuld met een punt B;
 - => er wordt een nieuwe § 29 toegevoegd.
- in hoofdstuk V van bijlage II wordt het woord “koelzalf” vervangen door de woorden “lipo crème”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.11.2019 – Editie 1	03.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in bijlage I, 1^e deel, a) sondes toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.11.2019 – Editie 1	03.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde ten huize

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit wordt artikel 2/2, § 1 vervangen.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2019	17.08.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 28 juni 2016 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor tandheelkundige verstrekkingen

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden in het eerste lid van artikel 5 de volgende verstrekkingen ingevoegd: “379536-379540, 379551-379562, 309536-309540, 309551-309562, 309610-309621, 309632-309643, 309654-309665, 309676-309680, 309691-309702, 309713-309724, 309735-309746, 309750-309761, 309573-309584, 309595-309606;”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2019	18.11.2019	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

Artikel 1, § 3 van het koninklijk besluit wordt als volgt gewijzigd: “Voor het tijdvak van 1 januari 2020 tot en met 31 december 2020 is de in § 1 bedoelde verpleegdagprijs vastgesteld op 541,99 EUR.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2019	10.10.2019	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

In artikel 2, § 1 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het punt a) worden de bedragen “18,31 EUR”, “29,69 EUR”, “33,65 EUR” en “35,65 EUR” vervangen door respectievelijk “18,16 EUR”, “29,44 EUR”, “33,37 EUR” en “35,36 EUR”
- in het punt b) worden de bedragen “19,07 EUR”, “30,87 EUR”, “34,96 EUR” en “37,01 EUR” vervangen door respectievelijk “18,92 EUR”, “30,62 EUR”, “34,67 EUR” en “36,71 EUR”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2019	10.10.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 februari 2011 tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen forfaitaire honoraria betaalt aan de artsen-specialisten in de pediatrie die een aanwezigheid in het ziekenhuis verzekeren

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 5 van het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in het eerste lid worden de woorden “Het forfaitair aanwezigheidshonorarium bedraagt, vanaf 1 juli 2010, 240,00 EUR per werkdag” vervangen door de woorden “Het forfaitair aanwezigheidshonorarium bedraagt, vanaf 1 januari 2017, 266,36 EUR per werkdag”
- in het derde lid worden de woorden “1 juli” vervangen door de woorden “1 januari”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
29.11.2019	07.11.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten

Samenvatting van de wijzigingen

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

Voor het jaar 2019, wordt het basisbedrag bedoeld in § 1, 1^o, vastgesteld op 101.131,01 EUR per representatieve beroepsorganisatie en het aanvullende bedrag zoals bepaald in § 1, 2^o wordt vastgesteld op 29,71 EUR.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.12.2019	18.11.2019	Koninklijk besluit houdende vaststelling van de datum waarop de kiezerslijst voor de verkiezingen van vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten in 2020 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 artsen in 2020 wordt vastgesteld door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, wordt bepaald op 17 februari 2020.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
02.12.2019	24.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 mei 2015 betreffende de bewijskracht van de gegevens die door de ziekenhuizen worden opgeslagen, verwerkt of meegedeeld door middel van een optische en fotografische techniek, evenals hun weergave op papier of op elke andere leesbare drager, voor de toepassing in de gezondheidszorg

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de woorden “en de andere actoren in de gezondheidszorg” worden ingevoegd tussen de woorden “door de ziekenhuizen” en de woorden “evenals hun weergave op papier” in het opschrift van het koninklijk besluit van 10 mei 2015
- het vierde lid van artikel 5 wordt opgeheven
- er wordt een artikel 11/1 ingevoegd, luidende: “Art. 11/1 De Koning kan, op vraag van de vertegenwoordigers in het Beheerscomité van het eHealth-platform van een categorie van actoren in de gezondheidszorg, in de zin van artikel 4 van de wet van 21 augustus 2008 houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen, op voorstel van dit Beheerscomité, het toepassingsgebied van dit besluit tot die categorie uitbreiden.”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
03.12.2019	24.11.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van het globaal budget in 2019 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

Samenvatting van de wijzigingen

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5^o, b), c) en e), van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, beloopt 4.460.585 duizend EUR voor het jaar 2019.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.12.2019	24.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stage-meesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2, § 1, 3^o van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 wordt het tweede lid aangevuld met de woorden “evenals over een diploma dat machtigt om de geneeskunde uit te oefenen zoals voorzien in artikel 3 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, afgeleverd door een Belgische universiteit of een universiteit van een andere lidstaat van de EU, van de EER of van een gelijkgestelde staat
- in artikel 4 wordt het woord “volledige” vervangen door het woord “begonnen”
- het tweede lid van artikel 4 wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor het referentiejaar 2018 bedraagt de tegemoetkoming 2.407,21 EUR per kalendermaand.”
- artikel 5 wordt aangevuld met een lid, luidende: “In uitzondering op het eerste lid, wordt de vervaltermijn waarbinnen de tegemoetkoming kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2018 vastgelegd op 90 dagen na de bekendmaking in het Belgisch Staatsblad van het koninklijk besluit van 24 november 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 11 juni 2018 tot vaststelling van het bedrag en de betalingsmodaliteiten van de vergoeding voor de stagemeesters in de geneeskunde van kandidaat-specialisten”.
- in artikel 6 worden de woorden “of de door hem gemandateerde persoon” ingevoegd tussen de woorden “van het RIZIV” en de woorden “voor welk bedrag” en in de Nederlandse tekst wordt het woord “hij” ingevoegd tussen de woorden “deelt” en “deze beslissing”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.12.2019	24.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 2 worden een 14^o en 15^o ingevoegd
- in artikel 5 worden de §§ 2/2, 2/3, 3/2 en 4 ingevoegd
- in artikel 6 :
 - => wordt § 1 met de volgende zin aangevuld: “Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 3.500 EUR” ;
 - => wordt § 2 met de volgende zin aangevuld: “Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 3.500 EUR” ;
 - => wordt een paragraaf 3/2 ingevoegd.

- artikel 7 wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1.000 EUR”
- in artikel 8 worden de woorden “en 2017” vervangen door de woorden “, 2017, 2018 en 2019”
- artikel 9 wordt aangevuld met de volgende zin: “Voor 2018 en 2019 bedraagt de jaarlijkse tegemoetkoming 1.000 EUR”
- artikel 11 wordt aangevuld met een lid, luidende: “In uitzondering op het eerste lid, wordt de vervalttermijn waarbinnen de tegemoetkoming kan worden aangevraagd voor referentiejaar 2018 vastgelegd op 90 dagen na de bekendmaking van het koninklijk besluit van 24 november 2019 tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 juni 2017 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de huisartsen voor gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers”
- in artikel 13, worden de woorden “en in § 3/1” vervangen door de woorden “§ 3/1 en § 3/2”
- in artikel 15 worden de woorden “of zijn gemachtigde” ingevoegd tussen de woorden “van het RIZIV” en de woorden “voor welk bedrag”.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
10.12.2019	24.11.2019	Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 november 1996 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van enterale voeding via sonde ten huize

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- artikel 2/2 wordt aangevuld met een paragraaf 3, luidende: “§ 3. De voorziene vergoeding voor het gebruik van de pomp blijft steeds aan de rechthebbende verschuldigd, ook als de rechthebbende voor wie reeds een programma van enterale sondevoeding thuis is aangevat, tijdelijk gehospitaliseerd zou moeten worden voor een periode van minder dan of gelijk aan 30 opeenvolgende dagen.”
- in artikel 4 wordt de bepaling onder E. opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
24.12.2019	09.12.2019	Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheelkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers in 2019

Samenvatting van de wijzigingen

In het koninklijk besluit worden de voorwaarden en de modaliteiten bepaald voor de toekenning van de tegemoetkoming. Die bedraagt 800 EUR voor het jaar 2019.

5. Ministeriële besluiten

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
11.10.2019	13.09.2019	Ministerieel besluit tot uitvoering 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, inzake de accreditering van artsen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- het stelt de activiteitsdrempel per specialisme vast
- de conformiteit aan de voorwaarden wordt geverifieerd door een verklaring op erewoord
- de accrediteringsaanvraag wordt via de webapplicatie ingediend
- sommige situaties (ziekte, een arbeidsongeval, een beroepsziekte of zwangerschapsrust) schorsen voor het accrediteringsjaar waarin die risico's plaatsvinden de voorwaarden van artikel 122^{octies}/4 en de activiteitsdrempel die overeenkomstig artikel 122^{octies}/1 wordt opgelegd voor het daaropvolgende accrediteringsjaar, met verval van het accrediteringsforfait voor de arts die zich op deze eventualiteit beroept.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
21.10.2019	16.09.2019	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

In bijlagen I en II van de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2019	13.11.2019	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

In bijlagen I, II en IV van de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
27.11.2019	19.11.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit wordt paragraaf 8460000 uit hoofdstuk IV van bijlage I geschrapt.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.12.2019	12.12.2019	5 ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst die als bijlage gaat bij het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

Samenvatting van de wijzigingen

In bijlagen I, II en IV van de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.11.2019	14.10.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde G-§ 04:

- "4.1. Eerste implantatie" wordt vervangen als volgt : "4.1. Eerste implantatie
De resultaten van medische beeldvorming die gediend hebben om de indicatie vast te stellen evenals de follow-up documenten moeten in het medisch dossier van de rechthebbende aanwezig zijn."
- "6. Resultaten en statistieken" wordt vervangen als volgt: "6. Resultaten en statistieken
Niet van toepassing."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.11.2019	14.10.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- volgende opschrift, verstrekkingen en vergoedingsmodaliteiten worden toegevoegd:
 "G.15 Extractie van een intravasculair of intracardiaal vrijzittend vreemd lichaam
 174333-174344 Eén of meerdere extractiekatheter(s) met een distale buitendiameter groter dan of gelijk aan 4 French gebruikt naar aanleiding van de verstrekking 589816-589820 van de nomenclatuur
 174355-174366 Eén of meerdere extractiekatheter(s) met een distale buitendiameter kleiner dan 4 French gebruikt naar aanleiding van de verstrekking 589816-589820 van de nomenclatuur
- de vergoedingsvoorwaarde G- § 11 wordt ingevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2019 – Editie 2	02.12.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit wordt de volgende wijziging aangebracht in de vergoedingsvoorwaarde G-§ 05 :

- in "3.1. Definitie" wordt het 4^e lid vervangen als volgt: "In de omschrijving van de verstrekking 174171-174182 dient men onder "detachable coil" te verstaan een coil die in de katheter kan teruggetrokken en geherpositioneerd worden tijdens de procedure en die op gecontroleerde wijze van de duwdraad dient losgekoppeld te worden voor implantatie."

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.11.2019	25.10.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "C. Oto-rino-laryngologie" 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
12.12.2019 – Editie 2	25.10.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "C. Oto-rino-laryngologie" 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. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "C." Oto-rino-laryngologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- "C.1.1.1. Bilaterale doofheid" wordt vervangen
- "C.1.1.2. Bilaterale doofheid met dreigende bilaterale ossificatie" wordt vervangen
- de titel van het punt C.1.1.3. wijzigt als volgt: "C.1.1.3. Cochleair implantaat bij auditieve neuropathie"
- voor de verstrekkingen 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 en 180714-180725 van het punt C.1.1.3. is de plafond-/maximumprijs "15.983,84 EUR"
- voor de verstrekkingen 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 en 153075-153086 van het punt C.1.1.4 is de plafond-/maximumprijs "5.138,38 EUR"
- voor de verstrekkingen 153090-153101 en 153112-153123 van het punt C.1.1.4. is de plafond-/maximumprijs "10.845,46 EUR"
- "2.2. Indicaties" van de vergoedingsvoorwaarde C- § 01 wordt vervangen.

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in de nominatieve lijsten van de cochleaire implantaten en van de contralaterale cochleaire implantaten in de lijsten die als bijlage 2 zijn gevoegd:

- worden vervangen:
 - => de omschrijving van de verstrekking 152935-152946 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 152950-152961 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 152972-152983 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 152994-153005 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 180574-180585 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 180596-180600 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 180611-180622 en haar vergoedingsmodaliteiten;
 - => de omschrijving van de verstrekking 180633-180644 en haar vergoedingsmodaliteiten.
- de plafond-/maximumprijs van de verstrekkingen 170811-170822 en 170833-170844 wordt vervangen door: "15.983,84 EUR"
- de plafond-/maximumprijs van de verstrekkingen 180655-180666, 180670-180681, 180692-180703 en 180714-180725 wordt vervangen door: "15.983,84 EUR"
- de plafond-/maximumprijs van de verstrekkingen 153016-153020, 153031-153042, 153053-153064 en 153075-153086 wordt vervangen door: "5.138,38 EUR";
- de plafond-/maximumprijs van de verstrekkingen 153090-153101 en 153112-153123 wordt vervangen door: "10.845,46 EUR".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
14.11.2019	06.11.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en de nominatieve lijsten, die als bijlagen 1 en 2 gaan bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, wordt aangevuld met een hoofdstuk "M. Andere"
- in de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 worden nieuwe nominatieve lijsten toegevoegd voor verstrekkingen betreffende de implanteerbare sensoren voor de continue meting van het glucoseniveau in het interstitieel vocht, behorende bij de verstrekkingen 174370-174381, 174392-174403, 174414-174425, 174436-174440, 174451-174462, 174473-174484, 174495-174506 en 174510-174521.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.11.2019	13.11.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst en de nominatieve lijsten die als bijlagen 1 en 2 gaan 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 de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "B. Neurochirurgie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- in de vergoedingsvoorwaarde B- § 02, wordt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" aangevuld met een lid
- in de vergoedingsvoorwaarde B- § 10, wordt "5.1. Cumul- en non-cumulregels" aangevuld met een lid
- het opschrift "B.2.7 Neurostimulatoren van de dorsale wortel ganglion en toebehoren in geval van Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) van de onderste ledematen" wordt toegevoegd alsook de verstrekkingen en de vergoedingsmodaliteiten die daarbij horen
- de vergoedingsvoorwaarde B- § 13 wordt ingevoegd.

In het ministerieel besluit worden aan de nominatieve lijsten, gevoegd als bijlage 2 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014, nieuwe nominatieve lijsten toegevoegd voor verstrekkingen betreffende de neurostimulatoren voor de dorsale wortel ganglion stimulatie, behorende bij de verstrekkingen 174532-174543, 174554-174565, 174576-174580, 174591-174602, 174613-174624, 174635-174646 en 174650-174661.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
20.11.2019	13.11.2019	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
06.01.2020	13.11.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 22 mei 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van radiofarmaceutische producten. - Erratum
20.11.2019	13.11.2019	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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
09.12.2019	02.12.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van het hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de lijst die als bijlage 1 gaat bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in hoofdstuk "H. Gynaecologie" van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- het opschrift "H.4 Netjes voor herstel van prolaps" wordt met de volgende verstreking en haar vergoedingsmodaliteiten aangevuld: "180751-180762 Geheel van netjes voor herstel van prolaps, voor plaatsing langs vaginale weg, plaatsing- en verankeringsysteem inbegrepen, indien niet voldaan is aan de voorwaarden voor de verstreking 182070-182081
- de vergoedingsvoorwaarde H- § 04 wordt gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2019 – Editie 2	02.12.2019	Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” van de lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

Met het ministerieel besluit worden de volgende wijzigingen aangebracht in het opschrift “E.12. Allerlei” van het hoofdstuk “E. Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel” van de Lijst, gevoegd als bijlage 1 bij het koninklijk besluit van 25 juni 2014:

- de omschrijving van de verstrekking 158211-158222 wordt als volgt vervangen: “Lus voor het endoscopisch verwijderen van poliepen of nodulaire letsels in de gastro-intestinale tractus, gebruikt tijdens één van de verstrekkingen 473955-473966 of 473211-473222 van de nomenclatuur”
- de omschrijving van de verstrekking 158233-158244 wordt als volgt vervangen: “Tang voor het endoscopisch nemen van een biopsie in de gastro-intestinale tractus gebruikt tijdens één van de verstrekkingen 472356 - 472360, 472452 - 472463, 473056 - 473060, 473093 - 473104, 473174 - 473185, 473211 - 473222 of 473432 - 473443 van de nomenclatuur”
- de omschrijving van de verstrekking 158255-158266 wordt als volgt vervangen: “Naald voor het injecteren van scleroserende agentia gebruikt tijdens één van de verstrekkingen 473211 - 473222, 473270 - 473281, 473675 - 473686 of 473771 - 473782 van de nomenclatuur”.

6. Verordeningen

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.10.2019 – Editie 1	09.09.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 19 december 2016 betreffende het elektronisch voorschrift

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening van 4 oktober 2019 vervangt het model van het bewijs van elektronisch voorschrift.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
04.10.2019 – Editie 1	30.09.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o 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 artikel 6, § 4 en bijlage 29 opgeheven.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
22.11.2019	15.07.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994
20.01.2020	15.07.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering, gecoördineerd op 14 juli 1994. - Erratum

Samenvatting van de wijzigingen

Met de verordening wordt een § 6 aan artikel 23 toegevoegd en worden bijlagen 90 en 91 toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2019 – Editie 2	18.11.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11 ^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening vervangt bijlage 5b.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
07.11.2019	15.07.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

De verordening schrapt de formulieren G-Form-I-02 en G-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde".

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.11.2019	01.07.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 juni 2014 tot vastlegging van de formulieren met betrekking tot de aanvraagprocedures inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, opgenomen in de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Samenvatting van de wijzigingen

De Verordening van 16 juni 2014 wordt aangevuld met een artikel 10, dat als volgt luidt:

“Art. 10. § 1. De formulieren M-Form-I-01, M-Form-I-02 en M-Form-I-03 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “M. Andere” van de lijst, worden opgenomen in bijlage XIV bij deze verordening.

§ 2. Het formulier M-Form-II-01, met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “M. Andere” van de lijst, wordt opgenomen in bijlage XV bij deze verordening.”

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
13.11.2019	30.09.2019	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 bijlage III van de Verordening van 16 juni 2014 worden de formulieren C-Form-I-01, C-Form-I-02, C-Form-I-03 en C-Form-I-10 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rino-laryngologie”, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
19.11.2019	09.09.2019	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

- in bijlage I worden de formulieren B-Form-I-17, B-Form-I-18 met betrekking tot de aanvraagprocedure en het formulier B-Form-I-19 met betrekking tot de follow-up, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst, toegevoegd
- in bijlage II van dezelfde verordening wordt het formulier B-Form-II-05 met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichting, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “B. Neurochirurgie” van de lijst, toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
12.12.2019 – Editie 2	30.09.2019	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 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- formulier H-Form-I-01 met betrekking tot de follow-up, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “H. Gynaecologie” van de lijst, wordt gewijzigd
- formulieren H-Form-I-02 en H-Form-I-03, waarnaar wordt verwezen in ditzelfde hoofdstuk, worden toegevoegd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
18.12.2019	16.12.2019	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 bijlage III van de verordening van 16 juni 2014 wordt het formulier C-Form-I-06 met betrekking tot de aanvraagprocedure, waarnaar wordt verwezen in hoofdstuk “C. Oto-rino-laryngologie” van de lijst, gewijzigd.

Belgisch Staatsblad	Datum	Titel
17.12.2019	18.09.2019	Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, § 1, 5 ^o , van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening worden de volgende wijzigingen aangebracht:

- in artikel 10:
 - => in paragraaf 1, laatste lid, worden de woorden “Indien de werkgever voor de elektronische drager heeft gekozen, wordt de aanvraag hem op dezelfde wijze bezorgd. Zo niet wordt de aanvraag hem met de post toegestuurd.” vervangen door de woorden “De aanvraag wordt naar de werkgever elektronisch verstuurd. De verzekeringsinstelling verstuurt of herinnert, indien nodig, aan de werkgever de aanvraag, via de post of elk ander geschikt middel.”;
 - => in paragraaf 3 worden de woorden “alsook een bewijs van arbeidshervatting” vervangen door de woorden “alsook een aangifte van werkhervatting of bewijs van hervatting van gecontroleerde werkloosheid”.

- o In artikel 18:

=> worden het eerste en het derde lid vervangen;

=> in het tweede lid worden de woorden “De werkgever kan de verzekeringsinstelling binnen dezelfde termijn de gegevens die vermeld staan op het bewijs van arbeidshervatting, elektronisch doorsturen” vervangen door de woorden “De werkgever deelt ook elektronisch deze datum van werkhervatting aan de verzekeringsinstelling mee”;

=> in het vierde lid worden de woorden “verstuurt de werkgever ook een bewijs van arbeidshervatting op papieren of elektronische drager, als antwoord op een aanvraag voor een inlichtingsblad uitgaande van de verzekeringsinstelling of de gerechtigde. “ vervangen door de woorden “kan de werkgever ook deze datum van werkhervatting meedelen als antwoord op een aanvraag voor een elektronisch bericht bedoeld in artikel 10, § 1, uitgaande van de verzekeringsinstelling of de gerechtigde, binnen de termijnen bedoeld in dit artikel.”;

=> in het zevende lid worden de woorden “Het eerste lid” vervangen door de woorden “Het eerste tot derde lid”.

- o bijlage VIII wordt vervangen

- o in het opschrift van afdeling VII van hoofdstuk II van dezelfde verordening worden de woorden “artikel 116*bis*” vervangen door de woorden “artikel 116/5”.

7. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad – Editie 2

03.10.2019

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 27, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

Interpretatieregel 9 wordt vervangen door de volgende bepalingen:

INTERPRETATIETREGEL 9

“Voor individueel vervaardigde armkousen en handschoenen wegens lymfoedeem moet het akkoord van de adviserend arts voorafgaand aan de uitbetaling zijn, maar niet voorafgaand aan de aflevering.”

Die interpretatieregel heeft uitwerking vanaf 13 maart 2000.

Belgisch Staatsblad

07.10.2019

Interpretatieregel betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

INTERPRETATIETREGEL 33

Hoe wordt een central pen (“glenoid post” of “peg”), gebruikt bij het plaatsen van het glenoïdaal gedeelte van een schouderprothese, gefactureerd?

Verstrekking 164651-164662 moet worden geattesteerd.

164651-164662

Schroef gebruikt bij het plaatsen van het glenoïdaal gedeelte van een schouderprothese - maximum vier stuks, per stuk

Interpretatieregel 33 treedt in werking op de eerste dag van de maand volgend op de maand waarin die in het Belgisch Staatsblad is bekendgemaakt.

Belgisch Staatsblad

22.11.2019

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 5 en 6 van de nomenclatuur :

TANDZORG BIJ KANKERPATIENTEN OF BIJ ANODONTIE

VRAAG 01

Wat wordt in de rubriek kanker verstaan onder “steeg tussen 2 osteogeïntegreerde implantaten, eerste verbinding” en “steeg tussen 2 osteogeïntegreerde implantaten, bijkomende verbinding”?

ANTWOORD

Een steeg is een vaste metalen verbinding tussen 2 of meer abutments. De verbinding van de eerste 2 abutments is de “eerste verbinding”. Elke verdere metalen verbinding met een bijkomend abutment is een “bijkomende verbinding”. Vrij-eindigende extensies van stegen verbinden geen abutments en komen dus per definitie niet in aanmerking voor een “bijkomende verbinding”.

Interpretatieregel 01 heeft uitwerking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

Belgisch Staatsblad

28.11.2019

Interpretatieregel betreffende de verstrekkingen van artikel 25, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

Interpretatieregel 22 wordt opgeheven.

Die opheffing treedt in werking op 1 november 2011.

Belgisch Staatsblad

06.12.2019

Interpretatieregel betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen:

INTERPRETATIEREGEL 34

VRAAG

Kunnen de verstrekkingen opgenomen onder hoofdstuk H. Gynaecologie van de Lijst geattesteerd worden bij elke patiënt, ongeacht het geslacht van de patiënt?

ANTWOORD

Ja, het geslacht is geen beperkende factor voor de mogelijkheid tot attesteren van een verstrekking. Er dient wel steeds voldaan te zijn aan de omschrijving van de verstrekking en eventuele vergoedingsvoorwaarden.

Interpretatieregel 34 heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2014.

Belgisch Staatsblad

18.12.2019

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 17^{quater} (Echografieën) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 04

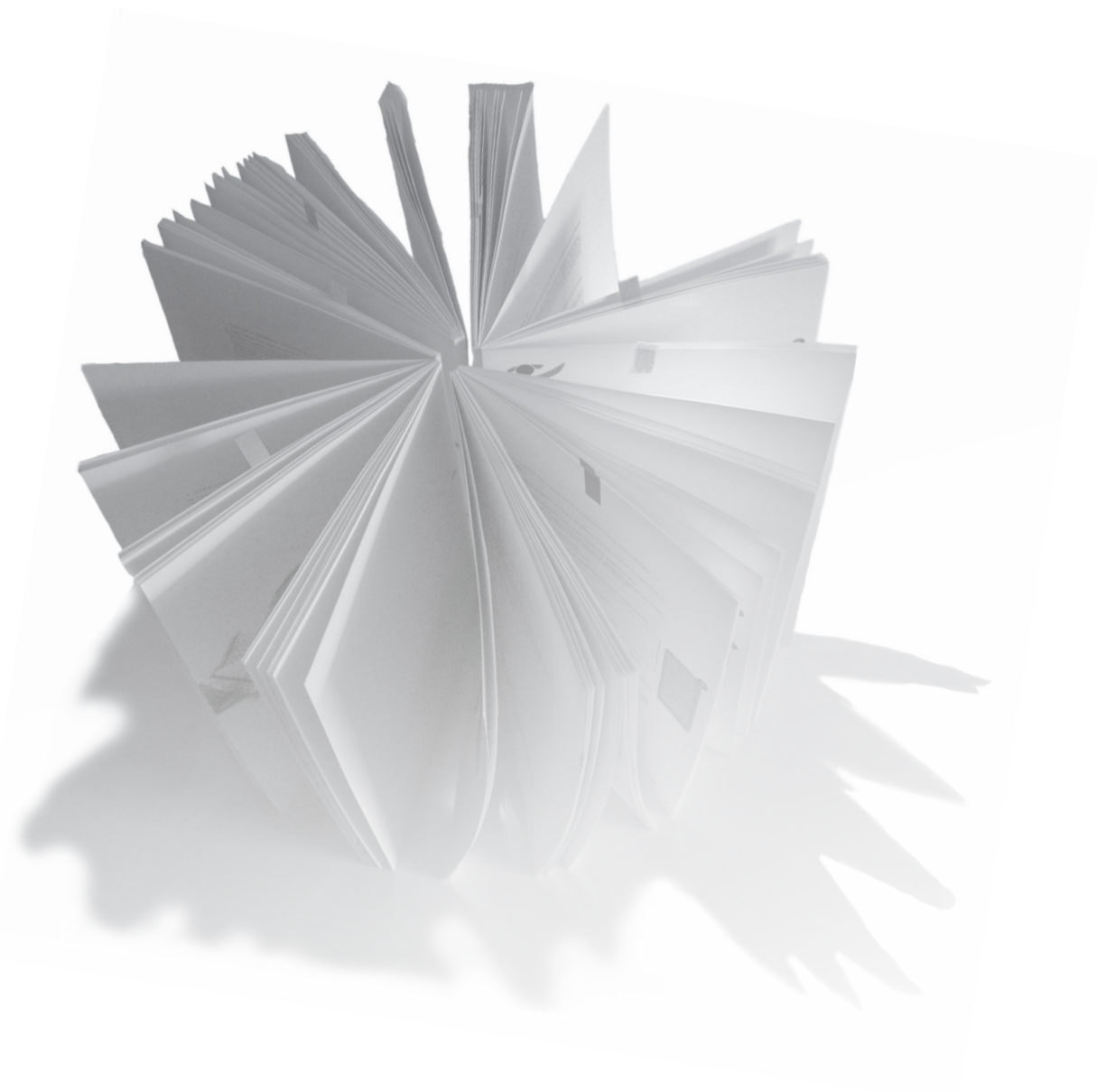
VRAAG

Kan de verstrekking 469335-469346 Bidimensionele echografie met geschreven protocol en iconografische drager die ontstaat na digitale beeldverwerking van de gegevens ongeacht het aantal echogrammen van één of beide ogen aangerekend worden bij de uitvoering van een onderzoek bidimensionele tomografie door optische coherentie (OCT)?

ANTWOORD

Neen, de verstrekking 469335-469346, Bidimensionele echografie van één of beide ogen, kan niet worden aangerekend bij de uitvoering van een OCT-onderzoek.

2^e Deel
Rechtspraak



I. Arbeidsrechtbank Luik, afdeling Aarlen, 12 november 2019

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 - Artikel 6 - Tandverzorging, toepassingsregels

De heer X. dient bij de adviserend arts van zijn verzekeringsinstelling een aanvraag tot vergoeding in voor de orthodontiekosten van zijn dochter die 16,5 jaar oud is, terwijl de leeftijdsgrens 15 jaar bedraagt.

De betwiste beslissing was genomen door de adviserend arts van het ziekenfonds. Het RIZIV wordt buiten de zaak gesteld en de aanvraag is ongegrond omdat het niet kennen van de wet niet als een geval van overmacht wordt gezien.

A.R. 19/5/A
... t./V.I. en RIZIV

...

1. Objet

... conteste la décision du 11 octobre 2018 du médecin conseil de la défenderesse lui notifiant son refus d'accorder une intervention dans le traitement orthodontique de sa fille au motif qu'elle a plus de 15 ans lors de la réception de la demande. Il sollicite l'annulation de la décision.

Le 9 octobre 2018, ... a introduit une demande d'intervention dans les frais d'un appareillage d'orthodontie pour sa fille ..., âgée de 16,5 ans.

Il indique qu'il n'était pas au courant qu'il existait un âge maximum pour introduire la demande.

2. Recevabilité

La demande est recevable à l'égard de la défenderesse pour être introduite devant le tribunal compétent dans les forme et délai légaux eu égard à l'article 704, § 2, du code judiciaire et à l'article 23 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la charte de l'assuré social.

La mutualité pose la question de l'intérêt existant dans le chef de ... étant à charge de sa mère.

Le tribunal estime que l'intérêt est réel dès lors que le père est censé partager avec la mère la prise en charge des frais de soins de santé.

Quant à l'INAMI, il peut être mis hors cause, n'ayant pas pris la décision litigieuse.

3. Discussion

L'article 6, § 6, de la nomenclature dispose :

"2.1. L'intervention de l'assurance pour les prestations de l'article 5, § 3, n'est plus due à partir du 15^e anniversaire de l'assuré sauf autres dispositions de la nomenclature.

2.2. L'intervention de l'assurance peut se prolonger au-delà de la date du 15^e anniversaire

- pendant toute la période de validité d'une notification, au médecin conseil, de démarrage d'un traitement orthodontique régulier*
- lors d'un traitement orthodontique régulier en cours pour lequel le patient continue à bénéficier d'une intervention de l'assurance, et durant la phase de contrôle de contention qui y est attachée*
- lorsque le Conseil technique dentaire a marqué son accord pour une dérogation à la limite d'âge. Sauf pour les cas mentionnés dans le point 4.4.1.1., l'intervention de l'assurance prend fin à la date du 22^e anniversaire de l'assuré."*

Il existe des possibilités de dérogation. Le tribunal a accordé une remise de la cause pour que le demandeur puisse consulter son dentiste afin de vérifier si sa fille pouvait entrer dans les possibilités de dérogation.

En l'espèce, il n'est pas contesté que la demande est parvenue après le 15^e anniversaire de la fille du demandeur de sorte que la demande d'intervention est tardive.

À l'audience du 8 octobre 2019, ... a précisé que sa fille n'entrait pas dans les hypothèses de dérogation.

Le fait d'ignorer la loi ne constitue pas un cas de force majeure. Le dentiste de ... aurait dû informer les parents sur les délais. Dans la mesure où il n'est pas à la cause, le tribunal ne peut examiner une éventuelle responsabilité dans son chef.

PAR CES MOTIFS,

Le tribunal statuant par défaut du défendeur INAMI, contradictoirement pour le surplus, et en premier ressort.

Entendu Monsieur ... Substitut de l'Auditeur du travail, en son avis conforme donné à l'audience publique du 8 octobre 2019.

Met hors cause l'INAMI.

Dit la demande recevable et non fondée.

Dit que les dépens auxquels la défenderesse ... pourrait se voir condamner sont d'un montant nul, le demandeur ayant comparu en personne.

Condamne toutefois la partie défenderesse à la contribution au Fonds budgétaire relatif à l'aide juridique de deuxième ligne liquidée à la somme de 20 EUR (art. 4 et 5 de la loi du 19.03.2017).

Dit le jugement exécutoire par provision nonobstant appel et sans garantie en vertu de l'article 1397 du code judiciaire.

...

II. Arbeidsrechtbank Gent, afdeling Gent, 27 februari 2020

Gedragen naar de wijsheid van de rechtbank

Het zich gedragen naar de wijsheid, maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt, betwist dus niettemin de vordering (Cass. 07.01.1983, krr. Cass. 1982-1983, 587). Deze formule, zonder enig voorbehoud gehanteerd, houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt, en dat men de rechter vrijlaat te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht (zie S. STJUNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding. Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering", RW 1989-1990, 1014).

A.R. 18/817/A

... t./RIZIV

...

1. Voorgaanden

Met een **verzoekschrift**, ter griffie neergelegd op 27 augustus 2018, tekende ... beroep aan tegen de beslissing van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna aangeduid als "RIZIV") van 29 mei 2018.

Op 29 mei 2018 besliste de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV dat ... vanaf 16 juli 2018 niet langer arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna aangehaald als "Ziektewet"). De reden daarvoor was dat ... al ziek was voor zij zich op de arbeidsmarkt begaf en dat zij daardoor tot op die datum nog geen verdienvermogen van minstens een derde had kunnen opbouwen.

De vordering van ... strekte ertoe de voornoemde beslissing te vernietigen en te zeggen voor recht dat zij aanspraak kan maken op de wettelijke vergoedingen wegens arbeidsongeschiktheid, meer de wettelijke en gerechtelijke interessen. Ondergeschikt vroeg zij alvorens recht te doen een arts-deskundige aan te stellen.

... staaft de vordering aan de hand van een medisch attest van dokter ... van 26 juni 2018, waarin hij de weerslag van haar psychische problemen op haar funtioneren beschrijft.

Tevens legt zij stukken neer die aantonen dat zij van september 2012 tot juni 2013 een stage deed bij een MPI en dat zij in 2014, 2015 en 2016 stages deed bij De Triangel.

In een **tussenvonnis** van 28 februari 2019 verklaarde de arbeidsrechtbank de vordering ontvankelijk. De arbeidsrechtbank stelde dokter ... als arts-deskundige aan. Hij kreeg als opdracht de rechtbank te adviseren over de vraag of ... bij het betreden van de arbeidsmarkt al dan niet arbeidsongeschikt was, met andere woorden de vraag te beantwoorden of er al dan niet sprake was van een voorafbestaande toestand.

De arts-deskundige heeft op 6 mei 2019 zijn voorlopig deskundig verslag aan alle betrokken partijen overgemaakt, met het verzoek hem hun eventuele opmerkingen vóór 15 juni 2019 te bezorgen. Middels een brief van 17 mei 2019 deelde dokter ...; directeur-generaal van het RIZIV, mee dat hij geen opmerkingen had bij het voorlopig verslag.

Op 20 juni 2019 heeft de arts-deskundige zijn **definitief en onder eed bevestigd verslag** ter griffie neergelegd.

In een conclusie, ter griffie neergelegd op 24 juni 2019, verklaarde ... zich naar de wijsheid van de rechtbank te gedragen. Zij vorderde het RIZIV te veroordelen tot de kosten van het geding.

In een conclusie, ter griffie neergelegd op 1 oktober 2019, vroeg het RIZIV de besluiten van de arts-deskundige te bevestigen en de vordering van ... ongegrond te verklaren.

De zaak wordt overeenkomstig de bepalingen van het artikel 747, § 2 van het Gerechtelijk Wetboek met het oog op behandeling vastgesteld op de **terrechtzitting** van 23 januari 2020. Het NVSM was op die zitting noch aanwezig, noch vertegenwoordigd. De andere partijen waren aanwezig en werden in hun argumenten en besluiten gehoord. ... gedroeg zich naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het deskundigenverslag.

De heer ..., substituut-arbeidsauditeur, gaf ter zitting dd. 23 januari 2020 mondeling advies. De aanwezige partijen hebben daarop niet gerepliceerd.

De zaak werd vervolgens in beraad genomen en voor uitspraak gesteld op heden.

De rechtbank neemt kennis van de stukken van het geding, gevoegd bij het dossier van de rechtspleging en vermeld op de inventaris ervan.

De rechtbank past de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken toe.

2. Beoordeling

2.1.

In zijn definitief medisch verslag komt de deskundige tot het besluit dat ... op 16 juli 2018 niet voldeed aan de voorwaarden van het artikel 100 van de Ziektewet, aangezien er sprake was van een voorafbestaande toestand. Hij motiveerde dat besluit als volgt:

“Eisende partij werd opgenomen voor psychiatrische behandeling bijna onmiddellijk in aansluiting op het beëindigen van haar studies in 2016. In feite geeft ze zelf aan dat ze jaren voordien, tijdens haar jeugd en studies, psychische problemen ervaarde, maar deze heeft kunnen min of meer onder controle houden tot na het behalen van haar eindtermen. Nadien volgden diverse langdurige psychiatrische opnamen tot eind 2018 en verder ambulante psychische opvolgingen tot op heden.

Op het ogenblik van het aanvragen van haar eerste arbeidsongeschiktheid om medische redenen op 16 juli 2017 had eisende partij nog nooit gedurende een duidelijke periode van enkele maanden het bewijs geleverd van over een normaal verdienvermogen te kunnen beschikken.

De aangegeven stageperiodes (enkele maanden per jaar van partiële onbezoldigde diensturen in de periode 2012-2016 en in het kader van een leerperiode), de enkele genoteerde onvolledige werkdagen in 2017, een zaterdagse begeleiding van een gehandicapte als persoonlijke assistente kunnen moeilijk gelden als het bewijs van een ‘normale tewerkstelling’. Bovendien is het evident en duidelijk dat eisende partij reeds lang (jaren) voor het aangeven van haar eerste periode van arbeidsongeschiktheid psychische problemen en disfuncties had zodat het op dat ogenblik niet gaat over een ‘nieuwe ziektoestand’ of ‘verergering van ziektoestand’, maar eerder het duidelijk worden van een reeds jaren bestaande problematiek (van in de jeugd)jaren).

Psychiatrische verslagen spreken van een ontwikkelingsproblematiek, verstikkend opvoedingsmilieu, separatieproblemen, emotionele regulatie moeilijkheden, zich nadien uitend in persoonlijkheidsproblemen met bordeline kenmerken, gemoedsschommelingen en angsten, eetproblemen,...
Het betreft bij eisende partij hier duidelijk een zuiver 'vooraf bestaande toestand'."

2.2.

... gedroeg zich op de openbare terechtzitting van 23 januari 2020 naar de wijsheid van de rechtbank. Het RIZIV vroeg de bevestiging van het besluit van de arts-deskundige.

Het zich gedragen naar de wijsheid, maakt geen berusting uit. De partij die zich naar de wijsheid van de rechter gedraagt, betwist dus niettemin de vordering (Cass. 07.01.1983, Arr. Cass. 1982-1983, 587).

Deze formule, zonder enig voorbehoud gehanteerd, houdt in dat men minstens de gestelde feiten niet expliciet noch met precisie betwist, maar ook niet beaamt, en dat men de rechter vrijlaat te oordelen of de aangevoerde feiten naar behoren bewezen zijn. De invloed op de bewijsvoering is dus dezelfde als wanneer een partij de vordering betwist en de gegrondheid van de eis moet worden onderzocht (zie S. STIJNS, "Gedrag en wangedrag der partijen in het burgerlijk geding, Spanningsverhoudingen met de bewijsvoering" RW 1989-1990, 1014).

De deskundige heeft zijn opdracht op een weloverwogen wijze uitgevoerd. Het voor- en eindverslag van de deskundige werden oordeelkundig en gemotiveerd opgesteld. Uit het deskundig verslag blijkt dat het gebaseerd is op een gedegen medisch onderzoek, op objectieve medische vaststellingen en op een grondige studie van het dossier.

De rechtbank neemt voornoemd advies over. Dit impliceert dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet.

De vordering van ... komt, in navolging van de bevindingen van de gerechtsdeskundige, ongegrond voor.

3. Beslissing

Gelet op voorgaande overwegingen beslist de rechtbank als volgt:

Rechtdoende **op tegenspraak**,

Na beraadslaging,

Alle andere en tegenstrijdige conclusies verwerpend,

Verklaart de vordering van ... **ongegrond**,

Bevestigt de bestreden beslissing van 29 mei 2018 van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit van het RIZIV en zegt voor recht dat ... vanaf 16 juli 2018 en verder niet arbeidsongeschikt was in de zin van het artikel 100 van de Ziektewet,

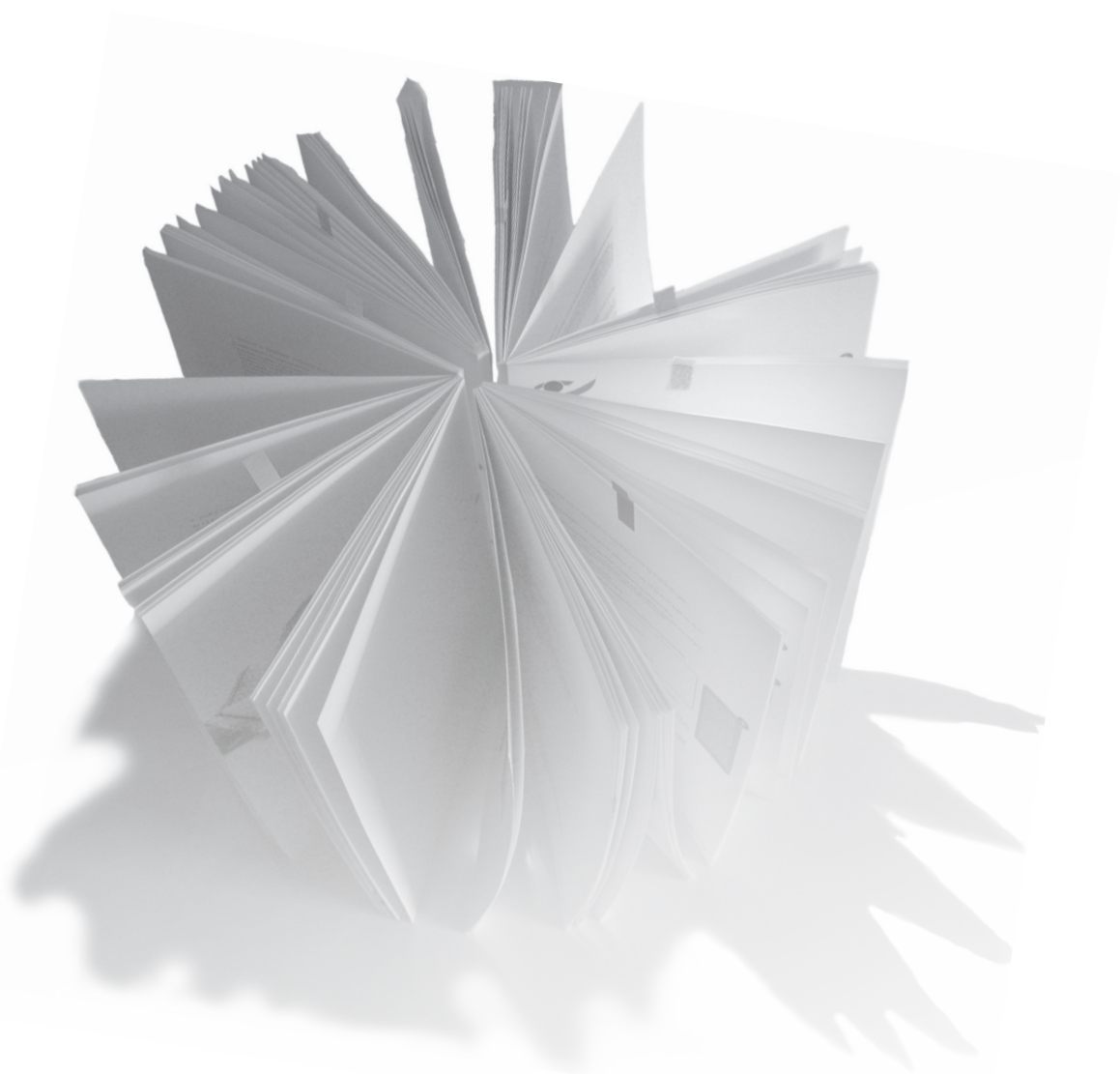
Verwijst het RIZIV, met toepassing van het artikel 1017, tweede lid Gerechtelijk Wetboek, in de kosten van het geding, en vereffent deze als volgt:

- kosten van het deskundigenonderzoek (zie staat van 17.06.2019): 609,68 EUR,

Verwijst het RIZIV tevens in de bijdrage aan het Begrotingsfonds voor de juridische tweedelijnsbijstand, begroot op 20,00 EUR;

...

3^e Deel
Parlementaire vragen en
antwoorden



I. Cijfers geboorteverlof

Aantal begunstigten – Aantal vergoede dagen en het gemiddeld aantal dagen per vaderschapsverlof of geboorteverlof voor de jaren 2015 tot 2018

Vraag nr. 147 gesteld op 7 november 2019 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door mevrouw WILLAERT, volksvertegenwoordiger¹

De regeling van het vaderschapsverlof werd ingevoerd in de zomer van 2002. Vaders en meemoeders kunnen tien dagen verlof nemen na de geboorte van een kind. De eerste drie dagen worden betaald door de werkgever. De volgende zeven geven geen recht meer op loon, maar worden gedekt door het ziekenfonds. Sinds kort spreken we over geboorteverlof.

Kunt u, voor de jaren 2015, 2016, 2017 en 2018, per jaar, en voor 2019 per maand meedelen:

- het aantal begunstigten
- het aantal dagen geboorteverlof in totaal opgenomen
- het aantal geboorten
- het gemiddeld aantal dagen dat per begunstigde wordt opgenomen
- het aandeel vaderschapsverlof op het totaal aantal geboorten?

Antwoord

U vindt hieronder een tabel terug die het aantal begunstigten, het aantal vergoede dagen en het gemiddeld aantal dagen per vaderschapsverlof of geboorteverlof voor de jaren 2015 tot 2018 bevat. De gegevens over het dienstjaar 2019 zullen niet beschikbaar zijn voor eind mei 2020.

	2015	2016	2017	2018
Aantal begunstigten	56.601	56.036	55.314	54.422
Aantal dagen	387.237	382.547	377.326	371.078
Gemiddeld aantal dagen	6,84	6,83	6,82	6,82

Het aantal begunstigten vermeld in deze tabel stemt overeen met het aantal personen die effectief een uitkering ontvangen hebben voor minstens één dag in de loop van het betreffende jaar. In het geval dat een vaderschapsverlof of geboorteverlof wordt ingediend over twee verschillende jaren, zal de persoon twee keer in rekening genomen worden (één keer in elk jaar).

Het aantal vermelde dagen stemt overeen met het aantal dagen die ten laste vallen van de uitkeringsverzekering. Het is mogelijk dat de dagen van een zelfde periode worden ingediend over meerdere jaren.

Aangezien deze tabel enkel de verlofdagen die effectief ten laste vallen van de uitkeringsverzekering in aanmerking neemt, bedraagt het maximaal aantal dagen per verlof zeven dagen. Met de drie dagen die ten laste vallen van de werkgever wordt er geen rekening gehouden in deze cijfers.

1. Kamer, 2^e sessie van de 55^{ste} legislatuur 2019-2020, p. 94.

Op basis van de gegevens die ik ter beschikking heb, ben ik niet in staat om het aantal geboortes die mogelijk leiden tot het recht op vaderschapsverlof of geboorteverlof in te schatten. Ik beschik enkel over het aantal periodes moederschapsrust die ten laste vallen van de ZIV-uitkeringsverzekering.

Ik heb echter geen zicht op de sociale stand van de vader. Deze komt immers vaak niet overeen met deze van de moeder waardoor het niet mogelijk is om te bepalen hoeveel geboortes recht geven op een vaderschaps- of geboorteverlof in het stelsel der loontrekkenden.

II. De inhaalpremie voor arbeidsongeschikte werknemers

Langdurig zieken – Cijfers voor de maanden mei 2017 en mei 2018 volgens de categorie van de premie en volgens de gewesten – Gegevens van 2019 nog niet beschikbaar

Vraag nr. 197 gesteld op 26 november 2019 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door de heer SPOOREN, volksvertegenwoordiger¹

In 2010 werd een inhaalpremie ingevoerd voor arbeidsongeschikte werknemers/langdurig zieken met als doel hun koopkracht te versterken. Deze inhaalpremie wordt toegekend aan de invalide gerechtigden, die, op 31 december van het jaar dat voorafgaat aan het jaar van de toekenning, minstens één jaar arbeidsongeschikt zijn erkend en in de maand mei van het jaar van de toekenning nog minstens één kalenderdag invalide zijn erkend. Het ziekenfonds van de betrokkene betaalt dan in mei de inhaalpremie automatisch uit, samen met de uitkeringen van de maand mei.

1. Aan hoeveel arbeidsongeschikte werknemers of invaliden werd deze inhaalpremie uitbetaald in de jaren 2017, 2018 en 2019?
 - a) Graag een opsplitsing in werknemers die een jaar arbeidsongeschikt zijn en werknemers die minstens twee jaar arbeidsongeschikt zijn?
 - b) Graag een opsplitsing per gewest?
2. Welk totaalbedrag aan inhaalpremies werd in de jaren 2017, 2018 en 2019 uitbetaald?
 - a) aan werknemers die een jaar arbeidsongeschikt waren? Graag een opsplitsing per gewest?
 - b) aan werknemers die minstens twee jaar arbeidsongeschikt waren? Graag een opsplitsing per gewest?

Antwoord

In de twee onderstaande tabellen vindt u, voor de loontrekkenden, het aantal gevallen waarbij er een inhaalpremie ontvangen is voor de maanden mei 2017 en mei 2018, met daarnaast de corresponderende bedragen. De rubrieken zijn opgesplitst volgens de categorie van de premie en volgens de gewesten.

1. Kamer, 2^{de} sessie van de 55^{ste} legislatuur 2019-2020, p. 101.

Dienstjaar 2017		Brussels Hoofdstedelijk gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Buitenland/ Onbekend	Totaal
1 jaar ongeschiktheid op 31.12.2016	Gevallen	4.214	23.993	16.473	878	45.558
	Bedragen (EUR)	1.324.255,79	7.540.114,50	5.176.646,54	277.383,84	14.318.400,67
Minstens 2 jaar ongeschiktheid op 31.12.2016	Gevallen	8.281	33.992	33.527	2.004	77.804
Gezinslast: met last	Bedragen (EUR)	4.409.522,80	18.100.202,78	17.851.398,96	1.070.186,60	41.431.311,14
Minstens 2 jaar ongeschiktheid op 31.12.2016	Gevallen	16.467	122.240	78.814	5.399	222.920
Gezinslast: zonder last	Bedragen (EUR)	8.291.113,82	61.543.861,27	39.679.196,67	2.719.570,75	112.233.742,51
Totaal	Gevallen	28.962	180.225	128.814	8.281	346.282
	Bedragen (EUR)	14.024.892,41	87.184.178,55	62.707.242,17	4.067.141,19	167.983.454,32

Dienstjaar 2018		Brussels Hoofdstedelijk gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Buitenland/ Onbekend	Totaal
1 jaar ongeschiktheid op 31.12.2017	Gevallen	4.565	23.130	17.324	707	45.726
	Bedragen (EUR)	1.463.265,10	7.415.271,32	5.553.034,96	226.942,32	14.658.513,70
Minstens 2 jaar ongeschiktheid op 31.12.2017	Gevallen	9.040	34.897	36.634	2.033	82.604
Gezinslast: met last	Bedragen (EUR)	5.416.768,00	20.910.881,60	21.951.092,80	1.219.780,75	49.498.523,15
Minstens 2 jaar ongeschiktheid op 31.12.2017	Gevallen	17.697	129.585	82.006	5.351	234.639
Gezinslast: zonder last	Bedragen (EUR)	9.557.627,92	69.981.695,44	44.287.600,48	2.893.659,70	126.720.583,54
Totaal	Gevallen	31.302	187.612	135.964	8.091	362.969
	Bedragen (EUR)	16.437.661,02	98.307.848,36	71.791.728,24	4.340.382,77	190.877.620,39

De volgende tabel vermeldt de corresponderende basisbedragen in elk van de verschillende categorieën van de inhaalpremie voor de maanden mei 2017 en mei 2018.

	Bedragen van de inhaalpremie (EUR)	
	Mei 2017	Mei 2018
1 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1/	314,25	320,54
Minstens 2 jaar ongeschiktheid op 31/12/N-1		
met gezinslast	532,46	599,2
zonder gezinslast	503,46	540,04

De gegevens van 2019 zijn nog niet beschikbaar.

III. Onterecht uitbetaalde uitkeringen en geneeskundige zorgen

Fout van de mutualiteiten – Responsabilisering ingevoerd voor de verzekeringsinstellingen – Onterechte betalingen bij de christelijke mutualiteiten – Sector van de kinesitherapie – Controle uitgevoerd

Vraag nr. 223 gesteld op 13 december 2019 aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en van Asiel en Migratie door mevrouw VAN PEEL, volksvertegenwoordiger¹

De verzekeringsinstellingen hebben de taak om onverschuldigd uitbetaalde bedragen in onze ziekteverzekering terug te vorderen. Bepaalde bedragen mogen zij echter niet terugvorderen. Artikel 17, tweede lid van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde bepaalt dat wanneer de verzekeringsinstellingen zelf een fout maken die leidt tot een onverschuldigde betaling, en de verzekerde te goeder trouw is, de verzekeringsinstellingen dit bedrag niet mogen terugvorderen bij de verzekerde.

In regel wordt dit niet-terugvorderbare bedrag ten laste genomen door het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering. Maar via de wet van 10 april 2014 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid werd in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 wel een financiële responsabilisering ingevoerd voor de verzekeringsinstellingen. Hierbij moeten de verzekeringsinstellingen op een progressieve manier, en in functie van de omvang van hun uitgaven aan ZIV-uitkeringen en terugbetalingen van geneeskundige zorgen, deze bedragen zelf ten laste nemen van hun werkingskosten.

Uit een vorige schriftelijke vraag blijkt dat jaarlijks 3 miljoen EUR verloren gaat in onze gezondheidszorg aan onterecht uitbetaalde en niet-terugvorderbare uitkeringen en geneeskundige zorgen ten gevolge van een fout van het ziekenfonds. Opmerkelijk is de stijging van de onterecht en niet-terugvorderbare bedragen in de geneeskundige verzorging die te wijten zijn aan een sterke stijging bij de christelijke landsbond. Bovendien blijkt het systeem van responsabilisering - dat op vraag van het Rekenhof werd ingevoerd - onvoldoende te responsabiliseren.

1. Hoe verklaart u de stijging van de onterecht uitbetaalde en niet-terugvorderbare bedragen in de geneeskundige verzorging? Ondervindt u of hebt u weet van interne problemen bij de christelijke landsbond?
2. Hoe evalueert u het bestaande systeem van responsabilisering?

1. Kamer, 2^{de} sessie van de 55^{ste} legislatuur 2019-2020, p. 199

Antwoord

De sterke stijging tussen 2017 en 2018 bij de christelijke mutualiteiten van de onterechte betalingen heeft te maken met een eenmalig fenomeen. In de periode januari tot april 2018 was er onduidelijkheid over het statuut van de kinesitherapeuten met betrekking tot de conventionering. Wegens die onduidelijkheid werden er foutieve terugbetalingen gerealiseerd door de christelijke mutualiteiten in de sector van de kinesitherapie. De sterke stijging van de onterechte betalingen in 2018 is dus een eenmalig fenomeen.

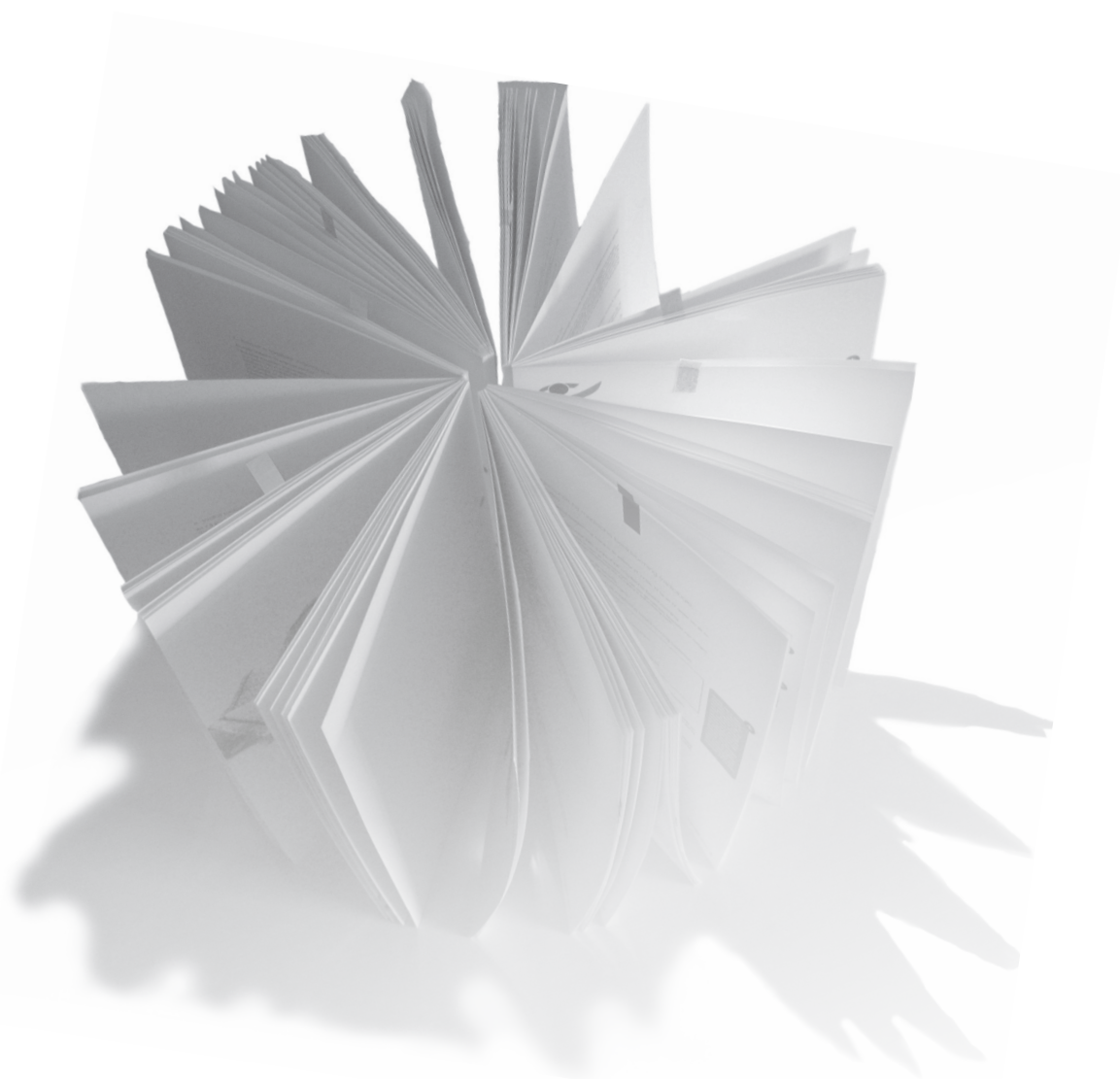
De verzekeringsinstellingen die inspanningen leveren om de onverschuldigde betalingen vast te stellen en terug te vorderen worden enerzijds beloond voor de effectief teruggevorderde bedragen in toepassing van artikel 195, § 2 van de ziekte- en invaliditeit (ZIV) wet. Het gaat dan om bedragen die ten onrechte werden verleend zonder dat er sprake is van een fout, vergissing of nalatigheid van het ziekenfonds. De verzekeringsinstellingen krijgen als incentive een bepaald percentage van de effectief teruggevorderde bedragen.

Anderzijds worden de verzekeringsinstellingen overeenkomstig artikel 194, § 3 van de ZIV-wet geresponsabiliseerd op het deel van de ten onrechte betaalde bedragen die niet kunnen worden teruggevorderd door de toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde. Het gaat dan om bedragen die ten onrechte werden verleend en waarbij er sprake is van een fout, vergissing of nalatigheid van het ziekenfonds.

Los van de twee bovenstaande principes worden de terugvorderingen door de verzekeringsinstellingen ook opgevolgd in het kader van de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen betreffende het variabel deel van de administratiekosten. Proces nr. 4 van de financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen beoogt immers de evaluatie van de verzekeringsinstellingen op het vlak van de detectie en terugvordering van de prestaties en terug te vorderen bedragen op basis van de artikelen 136, § 2 en 164 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1944. Elk jaar worden verschillende controles uitgevoerd om dit proces te evalueren, zowel door de Dienst voor Administratieve Controle (aan de hand van themacontroles) als door de andere diensten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en door de Controledienst voor de Ziekenfondsen.

Op deze manier worden de ziekenfondsen eveneens aangespoord om hun dossiers op een correcte manier te behandelen en worden de goed scorende ziekenfondsen beloond door een hoger aandeel in hun variabele administratiekosten. Ziekenfondsen die er een lakse houding op nahouden krijgen een lager aandeel in hun variabele administratiekosten. Het globaal aandeel van de variabele administratiekosten stijgt de komende jaren trapsgewijs tot 20 % van de totale administratiekosten en wordt dus een steeds belangrijker onderdeel van de werkingmiddelen van de ziekenfondsen.

4^{de} Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Het recht op geneeskundige verzorging van de studenten-zelfstandigen

Van toepassing vanaf 5 november 2019

Statuut van de studenten-zelfstandigen

De wet van 18 december 2016 tot vaststelling van het sociaal en fiscaal statuut van de student-zelfstandige, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad op 30 december 2016, voorziet in een specifiek statuut inzake sociale bijdragen voor de studenten die in België een zelfstandige activiteit uitoefenen.

De wet is in werking getreden op 1 januari 2017.

Wie wordt door het statuut beoogd?

De wet definieert de studenten die deze specifieke bijdragenregeling kunnen genieten: het gaat om personen van 18 tot 25 jaar die in hoofdzaak ingeschreven zijn om regelmatig lessen te volgen in een Belgische of buitenlandse onderwijsinstelling, met het oog op het behalen van een diploma dat erkend wordt door een bevoegde overheid in België en die, parallel ermee, een zelfstandige activiteit uitoefenen.¹

De student moet expliciet aan zijn sociale verzekeringsfonds vragen om te worden onderworpen als student-zelfstandige en een aanvraag daartoe indienen.

De meewerkende echtgenoten worden uitgesloten van het statuut.²

Het statuut van zelfstandige in bijberoep primeert op het statuut van student-zelfstandige.

Sociale bijdragen

De nieuwe bijdragenregeling voor deze studenten-zelfstandigen wordt voorzien in het artikel 12*bis* van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967:

- ofwel zijn de studenten-zelfstandigen geen enkele bijdrage verschuldigd omdat hun inkomen minder dan de helft van het minimuminkomen bedraagt op basis waarvan de zelfstandigen in hoofdberoep bijdragen betalen (13.847,39 EUR in 2019; de helft = 6.923,69 EUR)
- ofwel zijn de studenten-zelfstandigen een verminderde bijdrage verschuldigd omdat hun inkomen de helft van het minimuminkomen voor zelfstandigen in hoofdberoep bereikt of overschrijdt (6.923,69 EUR in 2019), maar lager is dan het bedrag van het minimuminkomen van een zelfstandige in hoofdberoep (13.847,39 EUR in 2019); de bijdrage wordt dan berekend op het gedeelte van de beroepsinkomsten vanaf de helft van het minimuminkomen waarop een zelfstandige in hoofdberoep betaalt
- ofwel zijn de studenten-zelfstandigen bijdragen verschuldigd in toepassing van artikel 12, § 1 koninklijk besluit nr. 38 (dus zoals een zelfstandige in hoofdberoep) omdat hun inkomen minstens even hoog is als het minimuminkomen voor zelfstandigen in hoofdberoep (13.847,39 EUR in 2019).

1. Art 5*quater* van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

2. Art. 5*quater*, § 5, van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967.

De wet voorziet ook in de mogelijkheid voor deze studenten, zoals voor alle andere zelfstandigen, om aan hun sociaal verzekeringsfonds een vermindering te vragen van hun bijdragen die voorlopig worden vastgesteld, vóór de mededeling van hun werkelijk ontvangen inkomsten door de FOD Financiën, wanneer ze aannemelijk kunnen maken op basis van objectieve elementen dat hun inkomen ofwel niet het bedrag zal bereiken om bijdragen verschuldigd te zijn (6.923,69 EUR voor 2019) ofwel bepaalde andere grenzen (in 2019 bedraagt het volgende drempels: 10.385,53 EUR – 13.847,39 EUR – 17.446,62 EUR – 21.981,36 EUR – 27.694,78 EUR – 39.166,34 EUR – 55.389,56 EUR) niet zal overschrijden.

Tijdens de periode van begin van activiteit zijn de studenten-zelfstandigen forfaitaire voorlopige bijdragen verschuldigd overeenkomstig artikel 13*bis*, § 2, 6^o, van het koninklijk besluit nr. 38. Betrokkene kan vragen om een nulbijdrage te betalen, wanneer hij aannemelijk kan maken op basis van objectieve elementen dat zijn inkomen onder een welbepaalde drempel (6.923,69 EUR voor 2019) zal vallen.

Fiscaal statuut van de studenten-zelfstandigen

Op fiscaal vlak worden de inkomsten van de studenten-zelfstandigen geïmmuniseerd: de eerste schijf van 1.500 EUR (te indexeren basisbedrag) van hun beroepsinkomsten wordt buiten beschouwing gelaten.³

Dit betekent dat met het bedrag van 1.500 EUR geen rekening gehouden dient te worden in het kader van het inkomensonderzoek voor de inschrijving als persoon ten laste en in het kader van het inkomensonderzoek voor de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming.

Recht op geneeskundige verzorging van de studenten-zelfstandigen

Onderwerping aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen

Om de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige artikel 32, eerste lid, 1^o*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te kunnen laten gelden, moeten de zelfstandigen onderworpen zijn aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging krachtens het sociaal statuut der zelfstandigen.

De studenten-zelfstandigen⁴ die in orde van bijdrageplicht zijn binnen het sociaal statuut, zijn onderworpen aan de ZIV en kunnen voor hun recht op geneeskundige verzorging de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige zoals bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1^o*bis* van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 laten gelden.

In welke gevallen hebben de studenten-zelfstandigen een recht op geneeskundige verzorging?

Het recht op geneeskundige verzorging hangt af van de categorie waartoe de student-zelfstandige behoort:

- de student-zelfstandige die *geen sociale bijdragen* betaalt (categorie 1), zal een recht op geneeskundige verzorging hebben door ofwel de aanvullende bijdrage te betalen (in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige) ofwel door de hoedanigheid van persoon ten laste te laten gelden ofwel een andere hoedanigheid (bv. resident of student). In de meeste gevallen zullen zij aangesloten blijven als persoon ten laste

3. Van toepassing vanaf aanslagjaar 2018 – Art. 143, 7^o WIB 92.

4. Art. 5*quater*, § 4, van het K.B. nr. 38 van 27.07.1967 voorziet dat de studenten-zelfstandigen die een bijdrage verschuldigd zijn in toepassing van art. 12*bis*, § 1, van het K.B. nr. 38 enkel onderworpen zijn aan de regeling voor ziekte- en invaliditeitsverzekering overeenkomstig de regels en voorwaarden vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit artikel (bedoeld om de categorie I2 eigen rechten te geven) werd evenwel tot op heden nooit uitgevoerd.

- de student-zelfstandige die een verminderde *sociale bijdrage* betaalt (categorie 2), zal een recht op geneeskundige verzorging hebben door ofwel de aanvullende bijdrage te betalen ofwel door de hoedanigheid van persoon ten laste te laten gelden ofwel een andere hoedanigheid (bv. resident of student). In de meeste gevallen zullen zij aangesloten blijven als persoon ten laste
- de student-zelfstandige die *sociale bijdragen betaalt zoals een zelfstandige in hoofdberoep* (categorie 3), zal een recht op geneeskundige verzorging hebben als gerechtigde zelfstandige overeenkomstig artikel 32, eerste lid, 1^obis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 omdat hij geniet van de gelijkstelling van artikel 290, A, 2., 12^o koninklijk besluit 3 juli 1996⁵.

De inschrijving als persoon ten laste is niet mogelijk overeenkomstig artikel 124, § 1, 2^o van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

De rechten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden gegeven op basis van de wettelijk verschuldigde voorlopige bijdragen in het jaar N. Een bijdragebon wordt in die zin ook verstuurd naar de V.I., op voorwaarde dat betrokkene in orde is met zijn bijdrageplicht. Zodra de fiscale administratie de definitieve inkomsten van de zelfstandige berekend heeft, bepaalt het sociale verzekeringsfonds het bedrag van de definitieve sociale bijdragen en bezorgt het fonds de afrekening aan de zelfstandige (= regularisatie): naargelang het geval vordert het fonds het te weinig betaalde (via regularisatiebijdragen) of kondigt het fonds de terugbetaling aan van wat teveel werd betaald. De bijdragebon zal dus ook in die zin geregulariseerd worden en de V.I. dient hiermee rekening te houden. Op het vlak van de verzekerbaarheid van de student-zelfstandige zullen regularisaties en recuperaties moeten gebeuren.

De startende studenten-zelfstandigen

De maatregel starters is van toepassing aangezien de studenten-zelfstandigen onder het artikel 13bis van het koninklijk besluit nr. 38 vallen: in geval van eerste onderwerping aan het sociaal statuut der zelfstandigen en een eerste inschrijving of een herinschrijving bij de V.I., zal het recht op geneeskundige verzorging slechts geopend kunnen worden als de eerste kwartaalbijdrage betaald of vrijgesteld is.

Elke student-zelfstandige is een forfaitaire voorlopige bijdrage van 78,51 EUR (geïndexeerd bedrag 2019) verschuldigd bij het begin van zijn activiteit. Hij heeft de mogelijkheid om een vermindering te vragen tot de nulbijdrage of vrijwillig een verhoging te betalen. Hier ook zullen bij de berekening van de definitieve sociale bijdragen regularisaties gebeuren waarmee de V.I. rekening moet houden.

Bewijsmodaliteiten

Bij het begin van een bezigheid als student-zelfstandige

De studenten-zelfstandigen die een activiteit starten, zijn steeds **een voorlopige bijdrage** verschuldigd van ± 75 EUR.

Zij zullen in de flux A301 altijd aangeduid worden als bijdragecategorie I1, wat overeenkomt met de categorie 1.

5. Gerechtigde zelfstandigen hebben slechts recht op geneeskundige verzorging in die hoedanigheid als zij, ofwel een sociale bijdrage hebben betaald die minstens gelijk is aan de minimumbijdrage van een zelfstandige in hoofdberoep (= 13.847,39 EUR voor 2019), ofwel de bijdragen betaald hebben die zijn verschuldigd voor de starters of voor de meewerkende echtgenoten maxi-statuut, ofwel tenslotte een vrijstelling van bijdragen hebben verkregen.

De student-zelfstandige kan bij het begin van zijn activiteit aangesloten blijven als persoon ten laste of kan een recht op geneeskundige verzorging openen in de hoedanigheid van gerechtigde (of kan ook een andere hoedanigheid laten gelden bijvoorbeeld resident of student, met opening van recht).

Er zijn 3 mogelijkheden:

1. Indien de betrokkene de forfaitaire bijdrage van ± 75 EUR betaalt: bijdragecode I1 en ZIV-code 07. Hij wordt voor zijn recht op geneeskundige verzorging aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige (of laat een andere hoedanigheid gelden).
2. Indien de betrokkene een vermindering vraagt tot de nulbijdrage en dit wordt toegestaan door het sociale verzekeringsfonds: bijdragecode I1 en ZIV-code 12. Hij wordt voor zijn recht op geneeskundige verzorging aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige (of laat een andere hoedanigheid gelden).
3. Indien betrokkene een verhoging vraagt of vrijwillig meer betaalt dan het forfait: bijdragecode I1 en ZIV-code 07 (vrijwillig betaalde hogere bijdragen worden immers niet in rekening gebracht). Hij wordt voor zijn recht op geneeskundige verzorging aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige (of laat een andere hoedanigheid gelden).

*Nadien zal hij **regularisatiebijdragen** moeten betalen in het kader van het sociaal statuut der zelfstandigen en in functie van deze regularisatie worden de volgende codes gestuurd naar de V.I. 's.:*

1. Indien achteraf blijkt dat betrokkene geen bijdragen verschuldigd is (categorie 1): bijdragecode I1. Er zal desgevallend een verbeterende bon met ZIV-code 12 verstuurd worden naar de V.I.. Betrokkene blijft aangesloten als persoon ten laste (of andere hoedanigheid, ook mogelijkheid om te regulariseren als gerechtigde zelfstandige mits betaling van de aanvullende bijdrage) voor zijn recht op geneeskundige verzorging.
2. Indien achteraf blijkt dat hij verminderde bijdragen verschuldigd is (categorie 2): bijdragecode I2. Indien er reeds een ZIV-code 07 was verstuurd (zie situatie 1 en 3 hierboven), dan blijft deze geldig. Indien er een ZIV-code 12 was verstuurd (situatie 2), dan zal er een verbeterende bon met ZIV-code 07 worden verstuurd. Betrokkene blijft aangesloten als persoon ten laste (of andere hoedanigheid, ook mogelijkheid om te regulariseren als gerechtigde zelfstandige met aanvullende bijdrage) voor zijn recht op geneeskundige verzorging. Wel nagaan of betrokkene het inkomensplafond voor de aansluiting als persoon ten laste niet overschrijdt.
3. Indien achteraf blijkt dat hij minstens de minimumbijdragen van een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is (categorie 3): bijdragecode I3. Bovendien zal er een annulatiebon worden verstuurd, en, na betaling van de verschuldigde bijdragen, een nieuwe bon met ZIV-code 01. Betrokkene moet zich voor het recht op geneeskundige verzorging regulariseren in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige. Een aansluiting als persoon ten laste is niet mogelijk (gezien ZIV-code 01).

Indien er geen nieuwe bon met ZIV-code 01 verstuurd wordt dan kan de betrokkene aangesloten blijven als persoon ten laste indien de maatregel starter van toepassing is (dit is het geval bij een eerste onderwerping sociaal statuut en een eerste inschrijving bij een V.I.).

Indien de maatregel starter niet van toepassing is (het betreft niet een eerste onderwerping sociaal statuut en eerste inschrijving bij een V.I.) dan is de aansluiting als ptl niet mogelijk (de V.I. heeft namelijk weet van een activiteit als zelfstandige in het refertejaar).

Buiten het begin van een bezigheid als student-zelfstandige

De studenten-zelfstandigen zijn **voorlopige bijdragen** verschuldigd op basis van N-3 of naar aanleiding van vermindering die werd toegestaan.

Er zijn 3 mogelijkheden:

1. Indien betrokkene geen bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I1 en ZIV-code 12. Voor zijn recht op geneeskundige verzorging is de betrokkene aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige mits betaling van de aanvullende bijdrage of in een andere hoedanigheid van gerechtigde.
2. Indien betrokkene een verminderde bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I2 en ZIV-code 07. Voor zijn recht op geneeskundige verzorging is de betrokkene aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige mits betaling van de aanvullende bijdrage of in een andere hoedanigheid van gerechtigde.
3. Indien betrokkene een bijdrage zoals een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is: bijdragecode I3 en ZIV-code 01. Betrokkene is aangesloten in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige en heeft recht op geneeskundige verzorging.

Nadien zal de betrokkene **regularisatiebijdragen** moeten betalen in het kader van het sociaal statuut der zelfstandigen en in functie daarvan wordt een nieuwe ZIV-code verstuurd naar de V.I.:

SITUATIE 1: VOORLOPIGE BIJDRAGEN = GEEN BIJDRAGEN (CATEGORIE 1)

- indien achteraf blijkt dat betrokkene effectief geen bijdragen verschuldigd is: bijdragecode I1 en ZIV-code 12 (geen verbeterende bon nodig). Er moet niet geregulariseerd worden op het vlak van geneeskundige verzorging; betrokkene blijft aangesloten als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige met betaling van de aanvullende bijdrage (of andere hoedanigheid)
- indien achteraf blijkt dat betrokkene de verminderde bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I2. Er moet een verbeterende bon met ZIV-code 07 verstuurd worden. Een annulatiebon is niet nodig in dit geval, omdat betrokkene persoon ten laste kan blijven. Geen regularisaties op het vlak van geneeskundige verzorging. Wel nagaan of betrokkene het inkomensplafond als persoon ten laste niet overschrijdt. De mogelijkheid bestaat ook om de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige te laten gelden met betaling van de aanvullende bijdrage
- indien achteraf blijkt dat betrokkene de bijdragen van een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is: bijdragecode I3. Er moet een annulatiebon verstuurd worden. Van zodra de verschuldigde bijdragen betaald zijn, moet een verbeterende bon met ZIV-code 01 worden verstuurd. De V.I. moet regulariseren voor het recht op geneeskundige verzorging bij het verkrijgen van de annulatiebon: geen aansluiting als persoon ten laste mogelijk!
 - indien een ZIV-code 01 verstuurd wordt: regulariseren als gerechtigde zelfstandige⁶
 - indien geen ZIV-code 01 verstuurd wordt: regulariseren in een andere hoedanigheid voor het recht op geneeskundige verzorging (bv. student, resident).⁷ De mogelijkheid bestaat ook voor de student-zelfstandige om een vrijstelling van bijdragen te bekomen bij het RSVZ.

6. Afhangend van de gekozen hoedanigheid bestaat de mogelijkheid dat de onterecht geworden aanvullende of persoonlijke bijdrage hem teruggestort moet worden binnen de reglementair welbepaalde verjaringstermijnen van het art. 174, 9^e van de gecoördineerde wet van 14.07.1994.

7. Het is niet mogelijk om de totale aanvullende bijdrage te betalen aangezien de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige niet bewezen is; er is namelijk geen bijdragebon.

SITUATIE 2: VOORLOPIGE BIJDRAGEN = VERMINDERDE BIJDRAGEN (CATEGORIE 2)

- indien achteraf blijkt dat betrokkene geen bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I1. Er moet een verbeterende bon met ZIV-code 12 worden verstuurd. Er moet niet geregulariseerd worden op het vlak van geneeskundige verzorging: betrokkene kan aangesloten blijven als persoon ten laste of als gerechtigde zelfstandige (met betaling van de aanvullende bijdrage)
- indien achteraf blijkt dat betrokkene effectief de verminderde bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I2 en ZIV-code 7 (geen verbeterende bon nodig). Er moet niets gebeuren op het vlak van het recht op geneeskundige verzorging
- indien achteraf blijkt dat betrokkene de bijdragen van een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is: bijdragecode I3. Er moet een annulatiebon verstuurd worden. Van zodra de verschuldigde bijdragen betaald zijn, moet een verbeterende bon met ZIV-code 1 worden verstuurd. De V.I. moet regulariseren voor het recht op geneeskundige verzorging bij het verkrijgen van de annulatiebon: geen aansluiting als persoon ten laste mogelijk!
 - indien een ZIV-code 01 verstuurd wordt: regulariseren als gerechtigde zelfstandige⁸
 - indien geen ZIV-code 01 verstuurd wordt: regulariseren in een andere hoedanigheid voor het recht op geneeskundige verzorging (bv. student, resident). De mogelijkheid bestaat ook voor de student-zelfstandige om een vrijstelling van bijdragen te bekomen bij het RSVZ.

SITUATIE 3: VOORLOPIGE BIJDRAGEN = BIJDRAGEN IN HOOFDBEROEP (CATEGORIE 3)

- indien achteraf blijkt dat betrokkene geen bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I1. Er moet een verbeterende bon met ZIV-code 12 worden verstuurd. Het recht op geneeskundige verzorging van betrokkene moet herbekeken worden; een aansluiting als gerechtigde zelfstandige is slechts mogelijk mits betaling van een aanvullende bijdrage. Het recht op geneeskundige verzorging kan ook geregulariseerd worden als persoon ten laste (of andere hoedanigheid: bv. student of resident)
- indien achteraf blijkt dat betrokkene de verminderde bijdrage verschuldigd is: bijdragecode I2. Er moet een verbeterende bon met ZIV-code 07 worden verstuurd. Het recht op geneeskundige verzorging van betrokkene moet herbekeken worden; een aansluiting als persoon ten laste is namelijk mogelijk of de betrokkene kan ook zijn recht regulariseren door de aanvullende bijdrage te betalen of door een andere hoedanigheid te laten gelden (bv. student, resident)
- indien achteraf blijkt dat betrokkene effectief de bijdragen van een zelfstandige in hoofdberoep verschuldigd is: bijdragecode I3 en ZIV-code 1 (geen verbeterende bon nodig). De situatie op het vlak van het recht op geneeskundige verzorging moet niet gewijzigd worden.

Regularisaties: voorbeelden

Gezien de huidige principes moet de V.I. de situatie altijd regulariseren bij het verkrijgen van een annulatiebon/verbeterde bijdragebon!

8. Afhangend van de gekozen hoedanigheid bestaat de mogelijkheid dat de onterecht geworden aanvullende of persoonlijke bijdragehem teruggestort moet worden binnen de reglementair welbepaalde verjaringstermijnen van het art. 174, 9^e van de gecoördineerde wet van 14.07.1994.

Let op! De situatie van de student-zelfstandige kan zodanig geëvolueerd zijn dat de voorbeeldsituaties niet meer kloppen; bijvoorbeeld wanneer de student-zelfstandige zijn zelfstandige activiteit stopzet of wanneer hij in het kader van het sociaal statuut der zelfstandigen van statuut verandert (hij wordt bv. een zelfstandige in hoofdberoep).

In de voorbeelden vertrekken we vanuit de hypothese dat de situatie van de zelfstandige niet wijzigt.

SITUATIE 1: STUDENT-ZELFSTANDIGE CATEGORIE 1 OF 2 (PTL) WORDT STUDENT-ZELFSTANDIGE CATEGORIE 3 (HOOFDBEROEPEER)

In 2017 is de student-zelfstandige (categorie 1 of 2) aangesloten als persoon ten laste. Zijn recht op geneeskundige verzorging voor 2019 wordt toegekend op basis van de hoedanigheid van persoon ten laste. De oorspronkelijk verkregen bijdragebon 2017 (bijdragecode I1⁹ of I2 in A301) wordt weerspiegeld in een bijdragebon met ZIV-code 07¹⁰ of 12¹¹.

Achteraf (2020) blijkt dat de student-zelfstandige zich in het kader van het sociaal statuut der zelfstandigen voor het jaar 2017 moet regulariseren als student-zelfstandige in hoofdberoep (categorie 3) gezien zijn hoge inkomsten voor dat jaar.

De V.I. krijgt bijgevolg in 2020 een annulatiebon van de code 07 of 12 met betrekking tot het jaar 2017 + een wijziging in de flux A301 naar bijdragecode I3 dat slaat op het referentiejaar 2017. Voor het jaar 2017 wordt – na betaling van de verschuldigde sociale zekerheidsbijdragen binnen het sociaal statuut van de zelfstandigen – een nieuwe bijdragebon uitgereikt. Die bijdragebon draagt code 01.

Hieronder een tijdschema dat de chronologie van de ontvangen informatie verduidelijkt:

1. 15 maart 2017: betrokkene meldt zich aan bij een sociaal verzekeringsfonds en vraagt de aansluiting als student-zelfstandige vanaf 1 april 2017
2. 27 maart 2017: het ziekenfonds ontvangt via de flux A301 een code I1 of I2, met ingangsdatum 1 april 2017
3. 15 februari 2018: het ziekenfonds ontvangt een bijdragebon code 07 of 12 met betrekking tot het jaar 2017 (vanaf T2)
4. 1 maart 2019: het ziekenfonds ontvangt een bijdragebon code 07 of 12 met betrekking tot het jaar 2018
5. 4 februari 2020: het ziekenfonds ontvangt een bijdragebon code 07 of 12 met betrekking tot het jaar 2019
6. 3 maart 2020: het sociaal verzekeringsfonds ontvangt van de fiscus informatie waaruit blijkt dat het inkomen in het jaar 2017 hoog genoeg was om in categorie I3 ondergebracht te worden. Het sociaal verzekeringsfonds betekent dit aan betrokkene en doet een bijvordering. De bijdragebon voor het jaar 2017 wordt geannuleerd. De annulatie gebeurt dus op het moment dat de hogere bijdrage is verschuldigd (ogenblik van de regularisatie)
7. 5 maart 2020: het ziekenfonds ontvangt een wijziging van de flux A301, waarin betrokkene met ingangsdatum 1 april 2017 en einddatum 31 december 2017 als een categorie I3 wordt weergegeven

9. Bij begin van bezigheid is er geen duidelijke onderscheiding tussen de 3 categorieën van studenten-zelfstandigen in de fluxen.

10. Indien het een student-zelfstandige van categorie 2 betreft.

11. Indien het een student-zelfstandige van categorie 1 betreft.

8. 26 mei 2020: betrokkene betaalde zijn sociale zekerheidsbijdrage voor het jaar 2017 op 02 mei 2020, en bijgevolg ontvangt het ziekenfonds een nieuwe bijdragebon met code 01 voor het jaar 2017.

GEVOLGEN?

◦ Quid bij een eerste inschrijving bij het ziekenfonds = opening van het recht?

- 1) Het betreft een eerste inschrijving bij de V.I. en een begin van activiteit als zelfstandige (eerste onderwerping binnen het sociaal statuut der zelfstandigen), bijgevolg is de maatregel starter van toepassing. De student-zelfstandige zal slechts zijn recht op geneeskundige verzorging kunnen openen als gerechtigde zelfstandige mits hij in orde is met zijn eerste kwartaalbijdrage.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen*. De V.I. ontvangt een ZIV-code 01 die slaat op het refertejaar 2017 (stap 8 hierboven):

Op basis van de verbeterde bijdragebon ZIV-code 01 moet de verzekeringsinstelling vanaf 1 april 2017 de hoedanigheid van persoon ten laste afsluiten (er is namelijk een persoonlijk recht zonder betaling van bijdragen), en de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige registreren nadat betrokkene het inschrijvingsformulier ondertekende. Het recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekking als gerechtigde wordt geopend vanaf 1 april 2017 tot en met 31 december 2018.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen niet*. De V.I. ontvangt geen nieuwe ZIV-code (stap 7 hierboven):

Dit betekent dat er geen bijdragebon code 01 bestaat voor het refertejaar 2017. Bijgevolg is niet voldaan aan de inschrijvingsvoorwaarde voor starters: de eerste bijdrage binnen het sociaal statuut voor zelfstandigen is niet betaald. *De facto* is er dus geen inschrijving als gerechtigde. De betrokkene kan persoon ten laste blijven in 2017, tenzij aan de inkomensvoorwaarde om persoon ten laste te zijn, niet voldaan is (niet van toepassing voor kinderen ten laste).

- 2) Het betreft een eerste inschrijving bij de V.I. maar men zit niet in een periode van begin van activiteit als zelfstandige (omdat de persoon bijvoorbeeld al langer dan 3 jaar onderworpen is aan het sociaal statuut der zelfstandigen als student-zelfstandige in categorie 1 of 2, en voor zijn recht op geneeskundige verzorging aangesloten is als persoon ten laste). De maatregel starter is dus niet van toepassing.

Stel dat een student-zelfstandige (categorie 1 of categorie 2) jarenlang aangesloten is als persoon ten laste voor zijn recht op geneeskundige verzorging en voor een bepaald activiteitsjaar (2023) volwaardige bijdragen dient te betalen als een student-zelfstandige (categorie 3). De V.I. ontvangt in 2025 een annulatiebon code 07 of 12 die slaat op het refertejaar 2023. Het jaar 2023 moet herzien worden. Betrokkene dient zich in te schrijven bij zijn ziekenfonds als gerechtigde zelfstandige. Gezien de volwaardige onderwerping is een hoedanigheid van persoon ten laste niet mogelijk voor het jaar 2023. Het betreft een eerste inschrijving als gerechtigde zelfstandige.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen*. De V.I. ontvangt een ZIV-code 01 die slaat op het refertejaar 2023:

Op basis van de verbeterde bijdragebon ZIV-code 01 moet de V.I. het rechtsjaar 2023 regulariseren als gerechtigde zelfstandige (alsook het jaar 2024 want opening als gerechtigde zelfstandige tot 31.12.2024). Een aansluiting als persoon ten laste is namelijk niet mogelijk voor 2023. De betrokkene moet zich inschrijven als gerechtigde zelfstandige; zijn recht wordt geopend tot 31 december 2024.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen niet*. De V.I. ontvangt geen nieuwe ZIV-code:

Dit betekent dat er geen bijdragebon bestaat voor het refertejaar 2023 (want annulatie van de bijdragebon code 07 of 12) en dat een inschrijving als gerechtigde zelfstandige eveneens niet mogelijk is. De betrokkene kan niet aangesloten blijven als persoon ten laste in 2023 (gelet op het art. 124, § 1, 2^o en 4^o K.B. 03.07.1996: de V.I. heeft namelijk weet van een activiteit als zelfstandige in het refertejaar en de betrokkene heeft een gratis recht als gerechtigde zelfstandige indien hij in orde van bijdragen zou zijn geweest).

De betrokkene dient zich in te schrijven als gerechtigde en zijn situatie te regulariseren in een andere hoedanigheid voor 2023 (bv. student of resident).

• **Quid bij een geldige inschrijving = verlenging van het recht?**

1) Een persoon oefent een activiteit in loondienst uit in 2015 en 2016. Hij start op 1 januari 2017 een zelfstandige activiteit en vraagt het statuut van student-zelfstandige aan. Hij zit in een periode van begin van activiteit als student-zelfstandige. Er is dus geen duidelijk onderscheid in de fluxen wat betreft de categorie van student-zelfstandige. Hij krijgt een categorie I1 in de flux A301.

In 2017 ontvangt de verzekeringsinstelling via de flux A301 een bijdragecode I1, en in 2018 een bijdragebon code 07 of 12 voor het refertejaar 2017. Men zit in een periode van geldige inschrijving. De maatregel starter is niet van toepassing. Het recht voor het jaar 2018 wordt toegekend op basis van de loontrekkende activiteit in 2016.

Voor het rechtsjaar 2019 moet een andere oplossing gevonden worden, bijvoorbeeld via afgeleide rechten in de hoedanigheid van persoon ten laste.

We gaan ervan uit dat betrokkene voor het jaar 2019 aangesloten is als persoon ten laste en afgeleide rechten gebruikt.

Een annulatiebon van de code 07 of 12 voor het refertejaar 2017 wordt in 2020 verstuurd, alsook een wijziging in de flux naar bijdragecode I3 (student-zelfstandige van categorie 3). Een onderwerping als I3 (categorie 3) is een volwaardige onderwerping, en bijgevolg is het niet mogelijk om in het jaar 2017 de hoedanigheid van persoon ten laste te gebruiken.

→ *De student-zelfstandige betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie I3 (bijdrage gelijkwaardig aan zelfstandige in hoofdberoep) en een bijdragebon met ZIV-code 01 wordt voor het refertejaar 2017 naar de V.I. verstuurd:*

De hoedanigheid van persoon ten laste mag voor het jaar 2017 niet gebruikt worden, omdat er een volwaardige onderwerping is als gerechtigde zelfstandige, waaruit een persoonlijk recht op terugbetaling van geneeskundige verstrekkingen vloeit.¹²

Het recht voor het jaar 2019 wordt toegekend op basis van het refertejaar 2017, waarvoor de minimumwaarde bewezen is via de bijdragebon code 01. Zijn recht wordt verlengd in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige.

12. Art.124, § 1, 2^o en 4^o K.B. 03.07.1996.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie 3 (zelfstandige in hoofdberoep) niet*. Het ziekenfonds is geïnformeerd over die gewijzigde onderwerping via de flux A301, en de bijdragebon code 7 of 12 voor het jaar 2017 wordt geannuleerd. De V.I. ontvangt geen nieuwe ZIV-code voor het refertejaar 2017, vermits betrokkene zijn sociale zekerheidsbijdrage niet betaalde:

De hoedanigheid van gerechtigde is niet vastgesteld en het is niet mogelijk om van het recht op geneeskundige verzorging te genieten als persoon ten laste in 2019 daar de V.I. weet dat de zelfstandige zijn activiteit niet heeft stopgezet en dat hij een recht op geneeskundige verzorging zonder betaling van een aanvullende bijdrage zou hebben indien hij in orde zou zijn geweest binnen het sociaal statuut.¹³

De betrokkene dient zich te regulariseren in een andere hoedanigheid (bv. student of resident – niet gerechtigde zelfstandige¹⁴) voor het refertejaar 2017.

2) Een persoon is na zijn activiteit als werknemer gedurende een aantal jaren persoon ten laste. Zijn inschrijving is nog steeds geldig. Hij begint op 1 januari 2017 een activiteit als zelfstandige. Hij vraagt het statuut van student-zelfstandige aan. Men zit in een periode van begin van bezigheid als zelfstandige maar de maatregel voor starters is niet op hem van toepassing daar hij zich niet bevindt in de situatie van een eerste inschrijving bij zijn V.I..

De V.I. ontvangt in 2017 een bijdragecode I1 via de flux A301 en in 2018 een bijdragebon met ZIV-code 07 of 12 (er wordt namelijk bij begin van bezigheid geen duidelijk onderscheid gemaakt tussen de 3 categorieën) voor het jaar 2017. Als betrokkene aan alle voorwaarden blijft voldoen kan hij de hoedanigheid van persoon ten laste behouden voor het rechtsjaar 2019.

In 2020 ontvangt het ziekenfonds een wijzigend bericht via de flux A301. Daaruit blijkt dat betrokkene voor het jaar 2017 beschouwd wordt als categorie I3. De bijdragebon 7 of 12 voor het jaar 2017 wordt geannuleerd.

Dit betekent dat de V.I. het jaar 2017 moet herzien. In dat jaar is er immers een volwaardige onderwerping, en bijgevolg is het niet mogelijk om een hoedanigheid van persoon ten laste te hebben. Het recht op terugbetalingen wordt in 2017 toegekend op basis van de gelijkgestelde periodes in het refertejaar (PTL), en het feit dat ook de hoedanigheidsvoorwaarde voldaan is.

→ De student-zelfstandige *betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie 3 (zelfstandige in hoofdberoep) voor het jaar 2017 in 2020, en daarna wordt een bijdragebon met ZIV-code 01 naar de V.I. verstuurd die slaat op het refertejaar 2017:*

Recht 2017: wordt toegekend op basis van gelijkgestelde dagen in 2015 (PTL) en het feit dat de hoedanigheidsvoorwaarde als gerechtigde voldaan is.

Recht 2018: wordt toegekend op basis van gelijkgestelde dagen in 2016 (PTL) en het feit dat de hoedanigheidsvoorwaarde als gerechtigde voldaan is.

Recht 2019: wordt toegekend op basis van gelijkgestelde dagen in 2017 (volwaardige bijdrage zelfstandige in hoofdberoep) en het feit dat de hoedanigheidsvoorwaarde als gerechtigde voldaan is. Geen recht als persoon ten laste omwille van de nieuwe ZIV-code 01¹⁵.

Recht 2020: hangt af van de evolutie in de onderwerping als zelfstandige in 2018. Eventueel kan de hoedanigheid van persoon ten laste hersteld worden indien geen ZIV-code 01 voor refertejaar 2018 bestaat.

13. Art. 124, § 1, 4^e K.B. 03.07.1996.

14. De hoedanigheid van zelfstandige is namelijk niet bewezen omdat er geen bijdragebon ontvangen is (cf. art. 276 K.B. 03.07.1996).

15. Art. 124, § 1, 2^e en 4^e K.B. 03.07.1996.

→ De student-zelfstandige betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie 3 (zelfstandige in hoofdberoep) niet. De verzekeringsinstelling ontvangt geen nieuwe ZIV-code voor het refertejaar 2017:

De hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige is niet bewezen voor het refertejaar 2017, en de hoedanigheid van persoon ten laste is ook niet mogelijk om van het recht te genieten in 2019¹⁶.

Recht 2019: kan niet als hoedanigheid PTL en niet als gerechtigde zelfstandige.¹⁷ Het refertejaar 2017 moet geregulariseerd worden in een andere hoedanigheid.

Recht 2020: afhankelijk van de evolutie van de onderwerping in het sociaal statuut.

Recht 2021: afhankelijk van de evolutie van de onderwerping in het sociaal statuut.

De betrokkene dient zich te regulariseren in een andere hoedanigheid (bv. student of resident – niet gerechtigde zelfstandige).

3) Een persoon is in 2013, 2014, 2015 en 2016 aangesloten als zelfstandige in hoofdberoep. Op 1 januari 2017 vraagt hij het statuut van student-zelfstandige aan in categorie I2.

De V.I. ontvangt kort daarna via de flux A301 een signaal met een bijdragecode I2, en in 2018 een bijdragebon met een ZIV-code 07 voor het refertejaar 2017. Men zit hier niet in het begin van een periode van activiteit als zelfstandige en dus wordt de ZIV-code gestuurd naargelang de categorie waartoe hij behoort. In casu categorie I2.

Men zit hier ook niet in een situatie waar de maatregel starter van toepassing is, maar in een gewone geldigheid van inschrijving-verlenging van rechten.

Zijn recht op geneeskundige verzorging wordt in 2019 verlengd als zelfstandige met betaling van de aanvullende bijdrage op basis van de oorspronkelijk verkregen bijdragecode I2 en bijdragebon code 07. Desgewenst kan betrokkene ook gebruik maken van de hoedanigheid van persoon ten laste en afgeleide rechten benutten.

In 2020 wordt een annulatiebon voor de ZIV-code 07 van het jaar 2017 ontvangen + wijziging in de flux naar de bijdragecode I3 (student-zelfstandige van categorie 3) voor het refertejaar 2017.

→ De student-zelfstandige betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie 3 (zelfstandige in hoofdberoep) en een ZIV-code 01 wordt naar de V.I. verstuurd die slaat op het refertejaar 2017:

Hij mag in 2017 zijn recht op geneeskundige verzorging niet gebruiken als persoon ten laste omwille van de nieuwe ZIV-code 01¹⁸. Zijn recht wordt toegekend en nadien verlengd in de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige.

De onterecht geworden aanvullende bijdrage moet hem teruggestort worden binnen de reglementair welbepaalde verjaringstermijnen van het artikel 174, 9^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

16. Art. 124, §1, 2^o en 4^o K.B. 03.07.1996: Geen verlenging mogelijk als persoon ten laste in 2019 daar de V.I. weet dat de zelfstandige zijn activiteit niet heeft stopgezet en dat hij een recht op geneeskundige verzorging zonder betaling van een aanvullende bijdrage zou hebben indien hij in orde zou zijn geweest binnen het sociaal statuut.

17. Hoedanigheid niet vastgesteld want geen bijdragebon.

18. Art. 124, § 1, 2^o en 4^o K.B. 03.07.1996.

→ De student-zelfstandige betaalt zijn regularisatiebijdragen als categorie 3 (zelfstandige in hoofdberoep) niet. De V.I. ontvangt geen nieuwe ZIV-code voor het refertejaar 2017:

De hoedanigheid van zelfstandige is niet bewezen voor het refertejaar 2017. Zijn recht op geneeskundige verzorging moet dus in een andere hoedanigheid geregulariseerd worden (bv. student of resident). Het genieten van het recht op geneeskundige verzorging als persoon ten laste in 2019 is ook niet mogelijk¹⁹.

De onterecht geworden aanvullende bijdrage moet hem teruggestort worden binnen de reglementair welbepaalde verjaringstermijnen van het artikel 174, 9^o van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

SITUATIE 2 : STUDENT-ZELFSTANDIGE CATEGORIE 3 (HOOFDBEROEPPER) WORDT STUDENT-ZELFSTANDIGE CATEGORIE 1 OF 2 (PTL)

De student-zelfstandige is in 2017 een voorlopige bijdrage verschuldigd zoals een zelfstandige in hoofdberoep (categorie 3). Het recht op geneeskundige verzorging wordt dus in 2019 toegekend op basis van de oorspronkelijk verkregen bijdragecode I3 en bijdragebon code 01 voor het jaar 2017. Achteraf (2020) blijkt dat de betrokkene effectief geen of verminderde bijdrage moet betalen (categorie 1 of 2) in het kader van het sociaal statuut. De V.I. krijgt dus een verbeterde bon in 2020 die slaat op het refertejaar 2017.

GEVOLGEN?

• Quid bij een eerste inschrijving bij het ziekenfonds = opening van het recht?

1. De situatie waarbij een persoon een activiteit start als student-zelfstandige hoofdberoeper en voorlopige bijdrage dient te betalen in categorie 3 is niet mogelijk.

Het is namelijk zo dat er bij het begin van activiteit steeds een forfaitaire bijdrage van 75 EUR betaald moet worden voor de studenten-zelfstandigen en dat er geen onderscheid gemaakt wordt naargelang de categorie waartoe hij behoort. Er wordt geen rekening gehouden met vrijwillig betaalde hogere bijdragen.

Als betrokkene voorlopige bijdragen verschuldigd is in categorie 3 dan wil dit zeggen dat er zeker al een N-3 is, en dan kan de startersmaatregel niet van toepassing zijn.

2. De situatie waarbij een student-zelfstandige voorlopige bijdragen gaat betalen in categorie 3 is wel mogelijk op basis van het jaar N-3. Het betreft dus een zelfstandige die reeds een aantal jaren beroepsactief is. Voor het recht op geneeskundige verzorging is de persoon in kwestie nooit ingeschreven geweest als gerechtigde bij zijn ziekenfonds.

Het betreft dus een eerste inschrijving bij de V.I. maar men zit niet in een periode van begin van activiteit als zelfstandige. De maatregel starter is dus niet van toepassing. Als hij zich inschrijft, dan krijgt die inschrijving zo vroeg mogelijk uitwerking: het kwartaal waarin een volwaardige onderwerping als zelfstandige begon.

Stel dat een student-zelfstandige (categorie 1 of categorie 2) voor 2017, 2018 en 2019 aangesloten is als persoon ten laste voor zijn recht op geneeskundige verzorging.

In 2020 betaalt hij voorlopige bijdragen als een student-zelfstandige (categorie 3) omdat zijn beroepsinkomsten in 2017 vrij hoog waren.

19. Art. 124, § 1, 4^o K.B. 03.07.1996.

Bijgevolg ontvangt de V.I. een bijdragecode I3 en bijdragebon code 01. Betrokkene moet zich in 2020 verplicht inschrijven als gerechtigde zelfstandige. Het betreft een eerste inschrijving. Zijn recht wordt geopend volgens de gewone regels; de startersregeling is hier niet van toepassing. Opening van het recht als gerechtigde zelfstandige tot 31 december 2021.

In 2023 wordt een annulatiebon code 01 verstuurd naar de V.I., gebeurt er een wijziging in de flux naar bijdragecode I1 en wordt een verbeterde bon met ZIV-code 07/12 afgeleverd die slaat op het refertejaar 2020.

Het jaar van recht 2020 moet herzien worden. Een inschrijving als gerechtigde zelfstandige is namelijk slechts mogelijk mits er bij de verlenging van het recht een aanvullende bijdrage betaald wordt ²⁰.

De betrokkene kan tevens kiezen om zijn hoedanigheid van persoon ten laste te laten gelden; in dat geval wordt de inschrijving geacht nooit te hebben bestaan. Betrokkene wordt met terugwerkende kracht opnieuw persoon ten laste (of andere hoedanigheid) in 2020²¹.

- **Quid bij een geldige inschrijving = verlenging van het recht?**

Een student-zelfstandige is in 2017 een voorlopige bijdrage verschuldigd zoals een zelfstandige in hoofdberoep (categorie 3). Het recht op geneeskundige verzorging wordt dus in 2019 toegekend op basis van de oorspronkelijk verkregen bijdragecode I3 en bijdragebon code 01.

In 2020 blijkt dat de betrokkene effectief geen of verminderde bijdrage moet betalen (categorie 1 of 2) in het kader van het sociaal statuut. De V.I. krijgt dus een annulatiebon van de ZIV-code 01, alsook een wijziging van de bijdragecode naar I1/I2 en een verbeterde bijdragebon met ZIV-code 07/12 die slaat op het refertejaar 2017.

Het recht voor 2019 moet bijgevolg herbekeken worden: een aansluiting als persoon ten laste wordt namelijk mogelijk. Het is ook mogelijk om de hoedanigheid van gerechtigde zelfstandige te laten gelden mits betaling van de aanvullende bijdrage.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/303 - 220/25 - van 14 november 2019.

20. De minimumbijdrage van een zelfstandige in hoofdberoep wordt namelijk niet bereikt.

21. Mogelijkheid bestaat ook om een andere hoedanigheid van gerechtigde te laten gelden (bv. resident of student of andere).

II. Verplichte afronding vanaf 1 december 2019: gevolgen voor de sector geneeskundige verzorging

Van toepassing vanaf 1 december 2019

1. Wettelijke context

a) Tekst en inwerkingtreding

De wet van 2 mei 2019 houdende diverse bepalingen inzake economie wijzigt het Wetboek van economisch recht en maakt de afronding vanaf 1 december 2019 verplicht voor betalingen in speciën die plaatsvinden in de gelijktijdige, fysieke aanwezigheid van de consument en de onderneming.

In bijlage 1¹, de bepalingen van het Wetboek van economisch recht (art. VI.7/1 tot VI.7/3).

b) Toepassing op zorgverleners

Die bepalingen van het Wetboek van economisch recht zijn van toepassing op ondernemingen en er is geen enkele uitzondering voorzien. De zorgverleners, geconventioneerd of niet, zullen voortaan ertoe gehouden zijn om de afronding toe te passen voor de betalingen in speciën die ze van hun patiënten ontvangen. Ze zullen ook de mogelijkheid hebben om de afronding toe te passen voor andere betalingen die plaatsvinden in de gelijktijdige, fysieke aanwezigheid van de patiënt en de zorgverlener.

c) Geen toepassing op terugbetalingen uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen

De betalingen die worden uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen in het kader van de terugbetaling van zorgen zijn niet gevisieerd door die bepalingen van het Wetboek van economisch recht, ongeacht of de betaling gebeurt aan de patiënt of aan de zorgverlener.

d) Verplichting, mogelijkheid of verbod

Ter herinnering, sedert 2015 was het *mogelijk* om af te ronden bij alle betalingen die gebeuren in gelijktijdige fysieke aanwezigheid van de consument en van de onderneming, onafhankelijk van de gebruikte betalingswijze.

Vanaf 1 december 2019 wordt de verplichte afronding ingevoerd voor de betalingen in speciën.

De voorwaarde dat de afronding enkel mag wanneer de betaling plaatsvindt in de gelijktijdige, fysieke aanwezigheid van de consument en de onderneming blijft behouden. De afronding is met andere woorden altijd verboden voor de betalingen die niet plaatsvinden in de gelijktijdige, fysieke aanwezigheid van de consument en de onderneming (bijv. een uitgestelde betaling via overschrijving).

1. Hier niet gepubliceerd.

Het is belangrijk om te vermelden dat het gaat om een fysieke aanwezigheid van de onderneming en dat dus ook de betalingen in de fysieke aanwezigheid van personen die door de zorgverlener ermee zijn belast om die betalingen te ontvangen worden bedoeld.

Voor wat betreft de andere betaalwijzen in fysieke aanwezigheid, is het voor de onderneming mogelijk om de afronding toe te passen mits respect voor de informatieverplichting.



Bij wijze van voorbeeld:

- de betalingen uitgevoerd door de patiënt aan het loket van een ziekenhuis of aan het onthaal van een polykliniek moeten worden afgerond wanneer ze worden verricht in speciën
- de uitgestelde betalingen via overschrijving uitgevoerd op basis van een factuur die naar de patiënt wordt gestuurd, mogen niet worden afgerond
- de betalingen per bankkaart kunnen worden afgerond wanneer de onderneming de afronding toepast voor alle betaalwijzen in de fysieke aanwezigheid en ze de informatieverplichting naleeft.

Een synthesesetabel betreffende de toepassing van de afronding (verplicht, mogelijk of verboden) naargelang de betaalwijze is opgenomen in bijlage 2².

e) Informatieverplichting

Vanaf 1 december 2019 is de verplichting om de consument te informeren over de afronding – voordien verplicht als de afronding werd toegepast - nog enkel van toepassing als de onderneming de afronding toepast voor betalingen in fysieke aanwezigheid die niet worden uitgevoerd in speciën (in het bijzonder betalingen per bankkaart).

De onderneming dient dan de consument hiervan op een duidelijke wijze in te lichten door in de onmiddellijke omgeving van de plaats waar de consument betaalt de boodschap *“het totaalbedrag wordt altijd afgerond”* te vermelden.

2. Toepassingsregels van de afronding

Elke onderneming rondt het totaalbedrag dat de consument in speciën betaalt, af naar het dichtstbijzijnde veelvoud van vijf cent. De afronding kan dus in geen geval meer dan 2 cent bedragen.

De afronding moet worden toegepast op volgende wijze:

- indien het totaal te betalen bedrag eindigt op 1, 2, 6 of 7 cent, wordt het afgerond naar het dichtstbijzijnde lagere veelvoud van 5 cent
- indien het totaal te betalen bedrag eindigt op 3, 4, 8 of 9 cent, wordt het afgerond naar het dichtstbijzijnde hogere veelvoud van 5 cent.

Totaal bedrag dat eindigt op :	Afronding :	Voorbeelden :
0,x1	0,x0	12,91 → 12,90
0,x2	0,x0	12,92 → 12,90
0,x3	0,x5	12,93 → 12,95
0,x4	0,x5	12,94 → 12,95
0,x5	Geen afronding	12,95 → 12,95
0,x6	0,x5	12,96 → 12,95
0,x7	0,x5	12,97 → 12,95
0,x8	0,x0	12,98 → 13,00
0,x9	0,x0	12,99 → 13,00

Op elk document waarop het te betalen totaalbedrag vermeld staat, vermeldt de onderneming uitdrukkelijk de toegepaste afronding.

3. Verenigbaarheid van de verplichte afronding met de verplichtingen in de sector geneeskundige verzorging

De verplichte afronding zoals voorzien in de reglementering is enkel van toepassing op het door de consument te betalen totaalbedrag, en niet op de prijs van het product of de dienst zelf. Daaruit volgt dat de verplichte afronding geen enkel effect heeft op de officiële tarieven of de opgelegde maximumprijzen, dewelke steeds gerespecteerd dienen te worden *voorafgaand aan elke afronding*.

De afrondingsverplichting is aldus verenigbaar met de volgende verplichtingen:

- naleving van de maximumtarieven van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. De situatie die wordt bedoeld is diegene waar de geconventioneerde of niet geconventioneerde zorgverlener zich verbonden heeft of verplicht is om de officiële maximumtarieven zoals bepaald in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te respecteren (verbod van honorariumsupplementen)
 - ➔ Er is geen probleem in geval van afronding naar boven.
- verplichte inning van het officiële bedrag van het persoonlijk aandeel. Voor sommige verstrekkingen moet het persoonlijk aandeel volledig worden geïnd (farmaceutische verstrekkingen die worden afgeleverd in een voor het publiek toegankelijke officina, in een ziekenhuisapotheek voor ambulante rechthebbenden of door artsen die een vergunning hebben om een geneesmiddelenpot te houden, verstrekkingen betreffende klinische biologie)
 - ➔ Er is geen probleem in geval van afronding naar beneden.
 - ➔ Er is geen probleem in geval van afronding naar boven.

- toepassing van de maximumfactuur (MAF)
Voor de toepassing van de MAF wordt in het algemeen verstaan onder “persoonlijk aandeel”, het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals ze blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel (art. 37^{sexies} van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14.07.1994)
→ Er is geen probleem in geval van afronding naar boven of naar beneden.
- naleving van de opgelegde maximumprijzen
In sommige sectoren worden aan de zorgverleners maximumprijzen opgelegd (farmaceutische specialiteiten, medische hulpmiddelen).
→ Er is geen probleem in geval van afronding naar boven.



Besluit: Het principe is dat de verplichte afronding verenigbaar is met de verplichtingen in de sector geneeskundige verzorging en van toepassing is voor alle categorieën van zorgverleners, zonder enige uitzondering.

4. Concrete uitvoeringsmodaliteiten in de documenten

De zorgverlener die de afronding toepast zal als volgt handelen:

a) Situatie waar één enkel getuigschrift voor verstrekte hulp (GVH) wordt uitgereikt.

- deel “ontvangstbewijs” van het GVH
 - zowel de reglementering betreffende de verplichte verzekering als de fiscale reglementering verplichten het vervolledigen van het deel “ontvangstbewijs” van het GVH
 - het deel “ontvangstbewijs” is het enige document waar het totaal ontvangen bedrag moet vermeld worden
 - overeenkomstig de reglementering van de FOD Economie en met akkoord van de FOD Financiën, zal zowel het ontvangen bedrag na afronding als het bedrag vóór afronding worden vermeld op dit deel
 - **vermeldingen te vermelden op het GVH, deel “ontvangstbewijs”:**
 - **bedrag na afronding dat effectief werd ontvangen door de zorgverlener**
 - **bedrag vóór afronding tussen haakjes.**
- vakje MAF
 - Opdat de verzekeringsinstellingen het persoonlijk aandeel kunnen opnemen in de MAF-teller, moeten de zorgverleners overeenkomstig artikel 3 van het koninklijk besluit van 15 juli 2002 bij het uitreiken van de getuigschriften voor verstrekte hulp en de getuigschriften voor aflevering in het vakje “K.B. 15.07.2002” vermelden:
 - hetzij het bedrag van de door de rechthebbende betaalde honoraria
 - hetzij het woord “JA”, indien de rechthebbende het volledige bedrag van het reglementair persoonlijk aandeel heeft betaald of het woord “NEEN”, indien de rechthebbende geen persoonlijk aandeel heeft betaald
 - wanneer het bedrag wordt vermeld in de MAF-teller zal het steeds gaan over het bedrag vóór afronding.

b) Situatie waar er een verplichte uitreiking is van een bewijsstuk (met of zonder uitreiking van een GVH)

- in deze hypothese moet het bewijsstuk het totaal betaalde/te betalen bedrag vermelden
- naast het bewijsstuk is het mogelijk dat er één of meerdere delen “ontvangstbewijs” van het GVH moeten worden uitgereikt)
- overeenkomstig de reglementering van de FOD Economie en met akkoord van de FOD Financiën, zal zowel het ontvangen bedrag na afronding als het bedrag vóór afronding worden vermeld op het bewijsstuk, en niet op het deel “ontvangstbewijs” van het GVH
- **vermeldingen te vermelden op het bewijsstuk:**
 - **te betalen bedrag = bedrag vóór afronding**
 - **betaald bedrag = bedrag na afronding dat effectief werd ontvangen door de zorgverlener.**

c) Bijzonder geval

Het is nog nodig om de situatie te regelen waar de zorgverlener voor eenzelfde betaling verplicht is om aan de patiënt verschillende delen “ontvangstbewijs” van het GVH uit te reiken zonder dat de uitreiking van een bewijsstuk verplicht is (bijv. technische verstrekking in derdebetaler + raadpleging buiten derdebetaler betreffende vergoedbare verstrekkingen).

Het afronden van de bedragen op elk document en deze daarna optellen zou immers kunnen leiden tot een bedrag dat verschillend is van het totaal te betalen bedrag dat wordt afgerond. Echter, enkel het totaalbedrag moet worden afgerond.

In die hypothesen vermeldt geen enkel document het totaal te betalen bedrag zodat de verplichting om het afgeronde bedrag te vermelden op een document dat wordt uitgereikt aan de patiënt, voorzien door artikel VI. 7/2, § 2 van het Wetboek van economisch recht niet moet worden toegepast.

De effectief ontvangen bedragen moeten echter fiscaal worden vastgesteld.

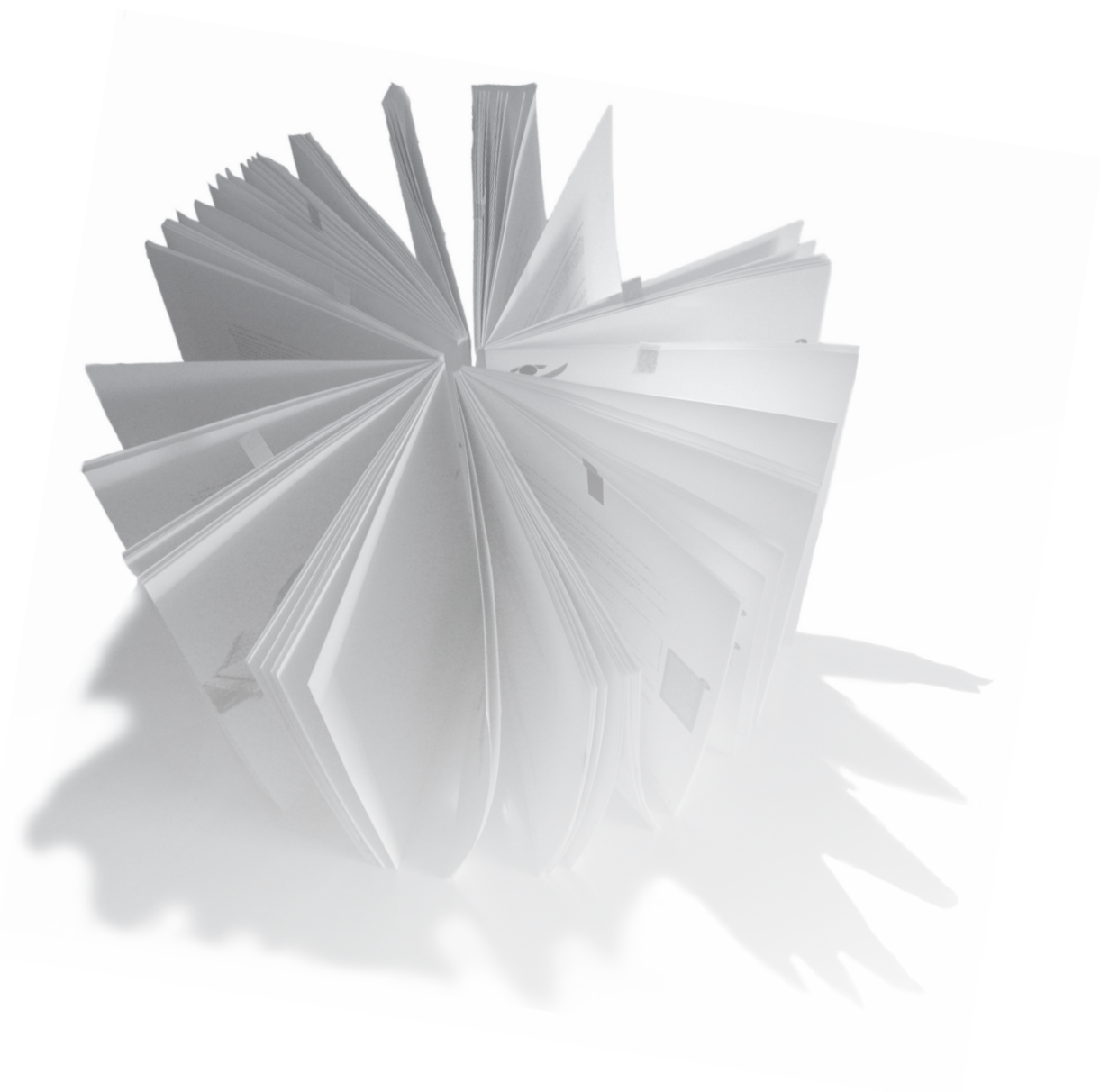
In de huidige stand van de reglementering stelt de uitreiking van een bewijsstuk op vrijwillige basis de zorgverlener niet vrij van de verplichting om een fiscaal ontvangstbewijs uit te reiken.

In afwachting van een structurele oplossing wordt aan de zorgverleners aanbevolen om in geval van toepassing van de afronding attent te zijn bij het opstellen van boekhoudkundige documenten (bijv. dagboek) en daarop de toepassing van de afronding te vermelden.



Omzendbrief V.I. nr. 2019/307 - 397/3 van 22 november 2019.

5^e Deel
Basisgegevens



Door sommige gerechtigden te betalen bijdrage

Met ingang van 1 januari 2020 worden de bedragen van de persoonlijke bijdragen die sommige gerechtigden moeten betalen, aangepast aan de hoegroetheid van het indexcijfer der consumptieprijzen van 31 oktober 2019, namelijk 108,83 (basis 2013 = 100).

In de bijgevoegde tabellen kunt u kennis nemen van die nieuwe bedragen; zoals U kunt vaststellen, wordt in elke tabel verwezen naar de reglementaire teksten.

...

1. Bijdrage voor voortgezette verzekering

Artikelen 247 en 250 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.

a) Bijdrage per werkdag:

- 21 jaar en ouder 1,82 EUR
- 18 tot 21 jaar 1,38 EUR
- 14 tot 18 jaar 0,91 EUR

b) Bijdrage per volledige kalendermaand (dagbijdrage x 25):

- 21 jaar en ouder 45,50 EUR
- 18 tot 21 jaar 34,50 EUR
- 14 tot 18 jaar 22,75 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2020

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

2. Bijdrage van de studenten

Artikel 133 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.

Per kwartaal: 63,43 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2020

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

3. Bijdrage van de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen

Artikel 134 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996, gewijzigd door het koninklijk besluit van 3 september 2000 (B.S. van 29.09.2000) tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (gerechtigde bedoeld in art. 32, 1^{ste} alinea, 15^o van de gecoördineerde wet).

Per kwartaal:

Normaal: 748,19 EUR

Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens, voorzien in artikel 134, 3 ^o alinea van het koninklijk besluit van 3 juli 1996:	374,09	EUR
Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten:	63,43	EUR
Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum:	0,00	EUR
Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1 ^o , 2 ^o of 3 ^o van de gecoördineerde wet:	0,00	EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2020

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

4. Bijdrage van de leden van de kloostergemeenschappen

Artikel 136*bis* van het koninklijk besluit van 3 juli 1996.

Per kwartaal:

a) Gerechtigde, jonger dan 65 jaar	95,81	EUR
b) Gerechtigde, ouder dan 65 jaar	27,40	EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2020

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100

5. Bijdrage gewezen personeel van de openbare sector in Afrika

Artikel 135 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.

Per kwartaal: 43,15 EUR

Toepassingsdatum: 1 januari 2020

Basiswaarde opgenomen in de wet aan de index 73,97 basis 2013 = 100



Omzendbrief V.I. nr. 2019/298 – 270/78, 273/79, 274/80, 276/129, 2790/80, 2791/78, 2792/77 en 83/495 van 8 november 2019.

[Redactiecomité](#)

Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Céline Faufeder
Mevr. Jolanda Gashi
Mevr. Nuray Özdemir
Mevr. Charlotte Lefebre
De heer Frank Nassen
Mevr. Evelyne Christophe

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponibile en français