

1^{ste} Deel

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



1^{ste} trimester 2017

I. Wettelijke en reglementaire wijzigingen

1. Wet

| Belgisch staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|--|
| 06.01.2017 | 22.12.2016 | Wet houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen |

Samenvatting van de wijzigingen

Om de zelfstandigen beter te beschermen en te ondersteunen en de zelfstandige ondernemingen te stimuleren wordt het Koninklijk Besluit van 18 november 1996 opgeheven en vervangen door een nieuwe wettekst waarin die reglementering wordt opgenomen en een nieuwe architectuur wordt ingebouwd in het reglementaire kader van het overbruggingsrecht.

In die wetteksten wordt het overbruggingsrecht voor de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, dat uit vier pijlers bestaat, vanaf 1 januari 2017 versterkt:

1. de pijler faillissement;
2. de pijler collectieve schuldenregeling;
3. de pijler gedwongen stopzetting (door (i) natuurramp, (ii) brand, (iii) vernieling of (iv) allergie);
4. de pijler economische moeilijkheden.

De meewerkende echtgenoten en de helpers zullen voortaan ook een beroep kunnen doen op het overbruggingsrecht (behalve voor de pijler faillissement).

De betrokkene moet zijn verzekeringsplicht in het kader van het sociaal statuut bewijzen en de verplichte sociale bijdragen zijn verschuldigd gedurende de vier kwartalen die onmiddellijk voorafgaan aan de eerste dag van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin het "feit" dat aanleiding kan geven tot de toekenning van het overbruggingsrecht, zich voordoet. Er wordt een nieuwe algemene voorwaarde ingevoerd: de werkelijke betaling van bijdragen gedurende minstens vier kwartalen over de periode van zestien kwartalen die voorafgaan aan de eerste dag van het kwartaal dat volgt op het kwartaal waarin het "feit" zich voordoet.

Het overbruggingsrecht heeft een subsidiair karakter. Om in aanmerking te komen voor dat overbruggingsrecht, mag de betrokkene geen beroepsactiviteit uitoefenen vanaf de eerste dag die volgt op de dag waarop het gegeven "feit" zich voordoet.

2. Koninklijke besluiten tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

| Belgisch staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 10.02.2017 | 31.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 205 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Paragraaf 3 van artikel 205 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt opgeheven.

In de nieuwe paragraaf 3/1 wordt een vrijstelling van wachttijd verleend voor de persoon die na het einde van de maximale periode die aanleiding heeft gegeven tot de betaling van een overgangsuitkering voorzien in de pensioenwetgeving, de hoedanigheid van gerechtigde bezit en dit uiterlijk de eerste werkdag na het einde van de voormelde maximale periode.

| | | |
|------------|------------|---|
| 10.02.2017 | 31.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In dit Koninklijk besluit:

- wordt bepaald dat de adviserend arts bevoegd is voor de erkenning van de behoefte aan de hulp van derden in plaats van de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit (opheffing van art. 171, eerste lid, 2°; art. 173, 2° en art. 175, § 1, 6°)
- wordt de termijn aangepast waarin de adviserend arts het voorstel voor de intrede in de invaliditeit (of voor de verlenging van de invaliditeit) aan de Geneeskundige Raad voor Invaliditeit moet bezorgen, meer bepaald tussen de 1^e dag van de 11^e maand en de laatste dag van de 11^e maand vóór de aanvangsdatum van het tijdvak van invaliditeit.

| | | |
|------------|------------|--|
| 08.03.2017 | 20.02.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging, wat betreft de accreditering van tandheelkundigen van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |
|------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 122octies-bis, § 4, 6° 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, worden de woorden “op straffe van verval” ingevoegd tussen de woorden “dient de tandheelkundige” en de woorden “vóór 31 maart van elk jaar”.

| | | |
|------------|------------|---|
| 16.03.2017 | 05.03.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 168 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 168, eerste lid, 1° 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, worden de woorden “en zes plaatsvervangende leden” vervangen door de woorden “en twaalf plaatsvervangende leden”.

3. Koninklijk Besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 24.02.2017 - Editie 1 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 2, B van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |

Samenvatting van de wijzigingen

De omschrijving en de toepassingsregels van de verstrekking 102771 (Beheer van het globaal medisch dossier (GMD)) worden vervangen en de verstrekking 102395 en de hierop volgende toepassingsregels worden opgeheven.

| | | |
|-----------------------|------------|---|
| 24.02.2017 - Editie 1 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 2, a), 2° van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |
|-----------------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 25, § 2, a), 2° van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt de zin die begint met de woorden “Deze immuniteitsperiode” en eindigt met de woorden “in een erkende NIC-dienst” vervangen door de volgende zin: “Deze immuniteitsperiode is evenmin van toepassing op de verstrekkingen bij patiënten die verblijven in een erkende NIC-dienst of een erkende G-dienst.”

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 24.02.2017 - Editie 1 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 20, § 1, f) <i>b/s</i> van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |
|-----------------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

De omschrijving en de toepassingsregels van de verstrekking 477573 (Neuropsychologisch onderzoek) worden vervangen.

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 24.02.2017 - Editie 1 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, l) van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |
|-----------------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

De omschrijving van de verstrekking 312756-312760 wordt gewijzigd: de woorden “ten gevolge van osteoradionecrose” worden ingevoegd na het woord “tumorsectie”.

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 27.02.2017 - Editie 1 | 14.02.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, van artikel 36 van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen |
|-----------------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

In dat Koninklijk besluit wordt de quota van zittingen voor bepaalde stoornissen beperkt en worden de quota's van zittingen vastgesteld die op de volgende stoornissen van toepassing zijn: handicap bij de voortzetting van een beroepsactiviteit, afasie, taalontwikkelingsstoornissen, dyslexie-dysorthografie-dyscalculie, radiotherapie/chirurgische behandeling, dysglossieën, dysartrieën, stotteren, laryngectomie, dysfagie.

Voor taalontwikkelingsstoornissen, dyslexie-dysorthografie-dyscalculie, stotteren, stemstoornissen, gehoorstoornissen en dysfasie is het mogelijk om 10 zittingen op te nemen uit de voor de behandeling toegekende quota. Zo kunnen ouders specifieke strategieën aanleren met betrekking tot doelgerichte interventies om de logopedische behandeling van het kind te ondersteunen en efficiënter te maken ("ouderbegeleiding").

Voor afasie, taalontwikkelingsstoornissen, dyslexie-dysorthografie-dyscalculie, stotteren, stemstoornissen en dysfagie is het mogelijk om een quota van zittingen (maximaal 30 % van de globale quota) op te nemen uit de voor de behandeling toegekende quota en ze te bewaren voor "herval". Dat "herval" moet zich op zijn vroegst 6 maanden en uiterlijk 2 jaar na het einde van de totale ononderbroken behandelingsperiode voordoen, zoals vastgelegd in de nomenclatuur. De logopedist zal vooraf een evolutiebilan, het zogenoemde "bilan voor een herval" moeten opstellen om de toestemming te krijgen die quota voor een "herval" te gebruiken.

Het "Locked-In Syndroom" zal worden behandeld onder het nieuwe punt van de nomenclatuur, tijdens 150 zittingen in het eerste jaar en 100 zittingen in elk van de volgende jaren en dit zonder tijdsbeperking.

In dat Koninklijk besluit wordt de mogelijkheid ingevoerd om het aanvangsbilan te laten voorschrijven door elke arts die in het bezit is van een actief RIZIV-nummer, op één uitzondering na: de stoornis dysfasie waarvoor het aanvangsbilan, het evolutiebilan en de behandeling nog steeds moeten worden voorgeschreven door een arts-specialist in de pediatrie neurologie.

Al die wijzigingen zijn van toepassing op de aanvragen om tegemoetkoming die vanaf 1 april 2017 bij de adviserend arts van het ziekenfonds worden ingediend.

4. Koninklijk besluit tot wijziging van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|---|
| 13.02.2017 - Editie 1 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van 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° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Het Koninklijk besluit is een aanvulling op de lijst van de middelen (zie § 1 van hoofdstuk 2, afdeling 6 van deel 1 van de bijgesloten bijlage, § 2, punt A, 1°, § 2, punt A, 2°, a en hoofdstuk 2, afdeling 7 van deel 1 van de bijgesloten bijlage).

| | | |
|------------|------------|---|
| 10.02.2017 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16 <i>bis</i> , eerste lid, 3° en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor wat de actieve verbandmiddelen betreft |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk besluit worden sommige middelen geschrapt uit bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, eerste lid, 3° en vierde lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

5. Andere Koninklijke besluiten

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 06.02.2017 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 18 maart 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers |

Samenvatting van de wijzigingen

Het bedrag van het sociaal statuut van de apothekers wordt geïndexeerd en aldus voor 2015 vastgesteld op 2.828,73 EUR.

Dat bedrag wordt beperkt tot:

- 2.121,55 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 28 uur per week op jaarbasis bereikt, maar korter is dan 38 uur per week op jaarbasis
- 1.414,37 EUR indien de gemiddelde wekelijkse duur van die activiteit 19 uur per week op jaarbasis bereikt, maar korter is dan 28 uur per week op jaarbasis.

| | | |
|------------|------------|---|
| 06.02.2017 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2016, voorzien bij het Koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheekkundigen |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

De jaarlijkse bijdrage voor 2016 wordt vastgesteld op 2.253,19 EUR.

| | | |
|------------|------------|--|
| 06.02.2017 | 26.01.2017 | Koninklijk besluit tot vaststelling van de door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2016 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het Koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren |
|------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

De jaarlijkse bijdrage voor 2016 wordt respectievelijk vastgesteld op:

- 1° 4.563,12 EUR, enerzijds, ten gunste van de artsen die van rechtswege geacht worden tot het Nationaal Akkoord Artsen-Ziekenfondsen van 21 december 2015 te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit;
- 2° 2.213,64 EUR, anderzijds, ten gunste van de artsen die binnen de dertig dagen na de bekendmaking van voornoemd akkoord in het Belgisch Staatsblad aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen de voorwaarden inzake tijd en plaats hebben meegedeeld waaronder zij overeenkomstig de voorwaarden van dit akkoord de daarin vastgestelde honorariumbedragen respectievelijk wel en niet zullen toepassen, en waarbij de beroepsactiviteit beantwoordt aan de volgende bepalingen.

De basisbedragen van, enerzijds, het rustpensioen bedoeld in artikel 4 en, anderzijds, het overlevingspensioen bedoeld in artikel 5 van hetzelfde besluit, worden vanaf 1 januari 2016, vastgesteld op respectievelijk 5.593,12 EUR en 4.661,06 EUR per jaar.

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 20.02.2017 - Editie 2 | 02.02.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 21 december 2001 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

De punten 1. en 2. van punt A, 1., b) van hoofdstuk IV van bijlage I van het Koninklijk besluit van 21 december 2001 worden vervangen als volgt:

1. in de gevallen waarin tijdens de door de adviserend geneesheer gemachtigde periode een precies aantal verpakkingen mag worden vergoed, wordt aan de rechthebbende een attest afgeleverd waarvan het model onder "e" van bijlage III is vastgesteld voor het geheel aan toegestane verpakkingen.

Dit attest moet bij de aflevering van alle toegestane verpakkingen worden voorgelegd aan de apotheker die er de nodige gegevens op vermeldt en het teruggeeft aan de rechthebbende en die deze toegestane verpakkingen, in het kader van de toegestane machtiging, met toepassing van de derdebetalersregeling aflevert.

De apotheker zal in de tarifieringsgegevens het attestvolgnummer registreren alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifiering onontbeerlijk is, de categorie op basis waarvan de adviserend geneesheer de vergoeding van het betrokken geneesmiddel heeft gemachtigd.

Hij mag in dat geval de derdebetalersregeling toepassen.

2. tenzij anders is bepaald, wordt in de overige gevallen waarin de derdebetalersregeling is toegestaan, het model van het attest dat de adviserend geneesheer aan de rechthebbende moet bezorgen, bepaald onder "b" of onder "d" van bijlage III.

Dit attest moet worden voorgelegd aan de apotheker die het teruggeeft aan de rechthebbende na de uitvoering van het voorschrift.

De apotheker zal in de tarifieringsgegevens het attestvolgnummer registreren alsook, in alle gevallen waar dit voor de tarifiering onontbeerlijk is, de categorie op basis waarvan de adviserend geneesheer de vergoeding van het betrokken geneesmiddel heeft gemachtigd.

Hij mag in dat geval de derdebetalersregeling toepassen.

| | | |
|------------|------------|--|
| 20.02.2017 | 28.02.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 21 december 2001 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 Koninklijk besluit van 21 december 2001 wordt een artikel *55quater* ingevoegd, aangezien in artikel *35ter*, § 13 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt bepaald dat de prijzen en de vergoedingsbases van de farmaceutische specialiteiten op 1 maart 2017 van rechtswege worden verminderd. Er worden tevens enkele wijzigingen aangebracht in artikel 94.

| | | |
|-----------------------|------------|---|
| 27.02.2017 - Editie 1 | 20.02.2017 | Koninklijk besluit tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor de logopedische verstrekkingen |
|-----------------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk besluit wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld van de rechthebbenden voor logopedische verstrekkingen die vanaf 1 april 2017 van toepassing zijn.

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 20.02.2017 - Editie 2 | 02.02.2017 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 22 januari 2004 tot vaststelling van de gegevens inzake te tarifieren verstrekkingen die de verzekeringsinstellingen aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten bezorgen |
|-----------------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

In artikel 3, tweede lid, wordt een punt E toegevoegd, luidend als volgt:

"E. Elementen met betrekking tot het voorschrift:

20° vermelding dat het om een elektronisch of een papieren voorschrift gaat."

| | | |
|------------|------------|--|
| 19.01.2017 | 20.12.2016 | Koninklijk besluit betreffende de uitwisseling en koppeling van informatie en gegevens tussen het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering |
|------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

In dit Koninklijk besluit worden de voorwaarden bepaald voor de uitwisseling van de noodzakelijke gegevens voor de uitoefening van de toezichtopdrachten tussen het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle en het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

| | | |
|------------|------------|---|
| 10.01.2017 | 22.12.2016 | Koninklijk besluit tot wijziging van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

In dat Koninklijk besluit worden in het kader van de nieuwe specifieke bijdrageregeling als student-zelfstandige de volgende reglementaire wijzigingen vastgelegd:

- de student-zelfstandige bezit niet de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering indien hij geen bijdragen of alleen verminderde sociale bijdragen verschuldigd is. Bovendien wordt de verwijzing naar de mogelijkheid om als student-zelfstandige te worden gelijkgesteld met een zelfstandige in bijberoep (waardoor de betrokkene ook niet de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering heeft) geschrapt
- er wordt een vrijstelling van wachttijd verleend als de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering wordt verworven tijdens het kwartaal dat volgt op een ononderbroken periode van minstens twee kwartalen waarvoor de student-zelfstandige een verminderde bijdrage heeft moeten betalen
- tevens wordt erin voorzien dat het kwartaal (voorafgaand aan het kwartaal waarin de hoedanigheid van gerechtigde in de uitkeringsverzekering werd verworven) waarvoor de student als student-zelfstandige een verminderde bijdrage heeft betaald, in mindering wordt gebracht op de basiswachttijd van zes maanden.

| | | |
|-----------------------|------------|--|
| 20.01.2017 - Editie 2 | 08.01.2017 | Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen |
|-----------------------|------------|--|

Samenvatting van de wijzigingen

In het Koninklijk besluit wordt het volgende bepaald:

- de situaties die in aanmerking kunnen worden genomen bij gedwongen onderbreking of economische moeilijkheden
- de wijze waarop het bewijs van die situaties moet worden geleverd
- de elementen die door het sociaal verzekeringsfonds moeten worden gecontroleerd
- het ogenblik waarop de onderbreking van de zelfstandige activiteit geacht wordt aan te vangen bij gedwongen onderbreking
- dat een lager bedrag van de financiële uitkering zal worden toegekend aan de meewerkende echtgenoten
- de voorwaarden waaronder het overbruggingsrecht kan worden gecombineerd met een beperkte activiteit.

| | | |
|------------|------------|---|
| 07.03.2017 | 24.02.2017 | Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels volgens welke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de tandheekkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

De tandheekkundigen kunnen een tegemoetkoming van 800 EUR ontvangen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van de medische dossiers.

Om die premie te kunnen genieten, moeten er twee gebruiksdrempels worden bereikt:

- gebruik maken van de dienst Recip-e voor het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen en in het laatste kwartaal van 2016 minstens 1 voorschrift van een door de verzekering voor geneeskundige verzorging terugbetaald geneesmiddel via Recip-e versturen
- gedurende het jaar 2016 via zijn software minstens eenmaal gebruik maken van de dienst My-CareNet voor de raadpleging van de verzekeraar van de patiënten.

De aanvraag moet uiterlijk op 31 oktober 2017 bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV worden ingediend volgens de modaliteiten die op de website van het Instituut zijn gepubliceerd.

| | | |
|------------|------------|---|
| 23.03.2017 | 06.03.2017 | Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten tot regeling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding |
|------------|------------|---|

Samenvatting van de wijzigingen

De voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding worden vastgelegd. Er mag slechts één overeenkomst per gewest worden gesloten. In het Koninklijk besluit worden de bedragen van de jaarlijkse tegemoetkoming per ARC voor de jaren 2012 tot 2016 beperkt.

6. Ministeriële besluiten

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 20.01.2017 - Editie 3 | 17.01.2017 | 3 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk besluit van 21 december 2001 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 |
| 17.02.2017 - Editie 2 | 09.02.2017 | 3 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten |
| 28.02.2017 | 22.02.2017 | 2 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk besluit van 21 december 2001 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 |
| 21.03.2017 | 14.03.2017 | 4 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd bij het Koninklijk besluit van 21 december 2001 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 de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I, bijlage II en bijlage IV.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 20.01.2017 - Editie 3 | 17.01.2017 | 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

In het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in hoofdstuk II-B van bijlage I: de radiofarmaceutische producten worden ingevoegd in §§ 10001 en 10002.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|---|
| 22.02.2017 - Editie 2 | 13.01.2017 | 2 Ministeriële besluiten tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

Samenvatting van de wijzigingen

In de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|---|
| 15.03.2017 | 20.03.2016 | 2 Ministeriële besluiten tot wijziging van hoofdstuk "L. Orthopedie en traumatologie" van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |
| 17.03.2017 - Editie 3 | 14.03.2017 | Ministerieel besluit tot wijziging van hoofdstuk "G. Bloedvatenheelkunde" van de lijst en de nominatieve lijsten gevoegd als bijlagen 1 en 2 bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

Samenvatting van de wijzigingen

In de ministeriële besluiten worden wijzigingen aangebracht in bijlage I.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|--|--|
| 15.03.2017 | 20.03.2016 26.05.2016 13.06.2016 17.06.2016 | 4 Ministeriële besluiten tot wijziging van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen - Erratum |

Samenvatting van de wijzigingen

Er worden verbeteringen aangebracht in de ministeriële besluiten.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 20.03.2017 - Editie 2 | 14.03.2017 | Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd als bijlage 1 bij het Koninklijk besluit van 25 juni 2014 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen |

Samenvatting van de wijzigingen

In het ministerieel besluit worden wijzigingen aangebracht in bijlage I in hoofdstuk "F. Heelkunde op de thorax en cardiologie".

7. Verordeningen

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 11.01.2017 | 19.12.2016 | Verordening tot uitvoering van artikelen 9 <i>bis</i> en 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Vanaf 1 januari 2017 kunnen de via het MyCareNet-netwerk opgestelde elektronische documenten hun papieren equivalent tussen de tandartsen en de verzekeringsinstellingen vervangen.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 10.02.2017 | 16.01.2017 | Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Het aanvraagformulier voor een verzekeringstegemoetkoming voor een mobiliteitshulpmiddel en/of aanpassingen wordt vanaf 1 maart 2017 gewijzigd (bijlage 20).

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|---|
| 20.02.2017 - Editie 2 | 06.02.2017 | Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Het formulier Verpleegkundigen-Evaluatieschaal wordt vanaf 1 oktober vervangen (bijlage 3).

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 08.03.2017 | 16.01.2017 | Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Een hoofdstuk VIII*quinquies* inzake de permanentie in de functie intensieve zorgen alsook een bijlage 89 met een modellijst van artsen die de permanentie waarnemen op de functie intensieve zorgen worden in de verordening toegevoegd. De inwerkingtreding is vastgesteld op 16 januari 2017.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|---|
| 18.01.2017 | 21.12.2016 | Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 |

Samenvatting van de wijzigingen

Sinds 30 december 2016 zijn de berekeningswijze van de uitkeringen en het inlichtingenblad uitkeringen gewijzigd.

Voor de risico's die aanvatten vanaf 30 december 2016 worden de volgende elementen niet meer opgenomen in de berekeningsbasis van de uitkeringen in het kader van de uitkerings- en moederschapsverzekering voor werknemers:

- de premies en soortgelijke voordelen die niet aan de prestaties zijn gekoppeld (zoals een eindejaarspremie, voordelen uit werknemersparticipaties of anciënniteitspremies)
- het loon voor overuren dat minder dan 10% van het totale loon gedurende een bepaalde referentieperiode bedraagt.

Voor de risico's die aanvatten vanaf 30 december 2016 worden de uitkeringen bovendien berekend op het gemiddeld dagloon waarop de werknemer recht had op de laatste dag van het tweede kwartaal dat voorafgaat aan dat waarin het risico zich voordoet, voor zover de tewerkstelling stabiel is gebleven tot op de dag van het risico.

Vanaf 1 maart 2017 bevat het inlichtingenblad uitkeringen een nieuwe rubriek 9/1 om de contactgegevens mee te delen van het departement belast met het gezondheidstoezicht van, naargelang het geval, de interne of externe dienst voor preventie en bescherming op het werk.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 14.02.2017 - Editie 2 | 21.11.2016 | 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 wordt een aanvraagformulier voor een volgnummer en een formulier met betrekking tot Health data toegevoegd in bijlage X. Artikel 7 van die verordening wordt gewijzigd en in bijlage XI wordt een formulier toegevoegd met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichtingen vanaf 1 februari 2017.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 24.02.2017 - Editie 1 | 19.12.2016 | 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 wordt in bijlage VI een aanvraagformulier voor een volgnummer en in bijlage VII een formulier met betrekking tot de criteria voor de verplegingsinrichtingen toegevoegd vanaf 1 januari 2017.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|--|
| 15.03.2017 | 27.02.2017 | 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 wordt het formulier met betrekking tot de aanvraagprocedure voor de bijlagen VI vanaf 1 maart 2017 gewijzigd.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|-----------------------|------------|--|
| 17.03.2017 - Editie 3 | 24.10.2017 | 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 aanvraagformulieren voor de volgnummers van bijlage VI vervangen.

| Belgisch Staatsblad | Datum | Titel |
|---------------------|------------|--|
| 09.01.2017 | 19.12.2016 | Verordening betreffende het elektronisch voorschrift |

Samenvatting van de wijzigingen

In de verordening worden de praktische modaliteiten voor het gebruik van het elektronisch geneesmiddelenvoorschrift vanaf 1 januari 2017 vastgelegd.

8. Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Belgisch Staatsblad

11.01.2017

In de interpretatieregel 22 betreffende de verstrekkingen van artikel 14, l) (stomatologie) wordt omschreven welke verstrekking mag worden aangerekend voor de vervaardiging en de plaatsing van een mandibulair repositieapparaat binnen de 10 dagen na een maxillofaciale operatie. Buiten die omstandigheid worden de mandibulaire repositieapparaten ten laste genomen in het kader van een revalidatieovereenkomst voor de behandeling van het slaapapneusyndroom onder de voorwaarden die in deze overeenkomst zijn vastgelegd.

Belgisch Staatsblad

09.02.2017

Interpretatieregel 7 betreffende de verstrekkingen van artikel 28, § 8

De manuele actief rolstoel met individuele maatvoering is bedoeld voor actieve, zelfstandige en ervaren actief rolstoelgebruikers.

Met “ervaren gebruiker” wordt de gebruiker bedoeld die reeds een verzekeringstegemoetkoming voor een manuele actief rolstoel heeft gekregen, hetzij als volwassene, hetzij als kind.

Belgisch Staatsblad

13.02.2017

Interpretatieregel 5 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Onder “internationaal peer-reviewed tijdschrift” of “peer-reviewed journal” wordt een wetenschappelijk tijdschrift bedoeld, dat aan al de volgende criteria voldoet:

- Het tijdschrift publiceert artikelen met originele resultaten van wetenschappelijk onderzoek zoals onder andere klinische studies of reviews van de wetenschappelijke literatuur
- Publicatie van de artikelen gebeurt enkel nadat ze werden beoordeeld door een panel van vakgenoten, die onafhankelijk zijn van de auteurs
- Indien het tijdschrift reeds meer dan 3 jaar wordt gepubliceerd, dient het een “impact factor” te hebben, berekend door Thompson Reuters.

Interpretatieregel 9 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

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

In de interpretatieregel 14 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt bepaald wat moet worden verstaan onder gecanuleerde vergrendelbare schroef-nagel. Zo wordt ervoor gezorgd dat de facturatie onder dat nomenclatuurcodenummer correct kan verlopen.

Interpretatieregel 20 betreffende de lijst van verstrekkingen van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen

Sinds 1 april 2015 worden de voorwaarden en de facturatiwijze van een contralateraal cochleair implantaat voor kinderen jonger dan 12 jaar in een interpretatieregel omschreven.

Belgisch Staatsblad

22.02.2017 – Editie 2

In de interpretatieregel 7 inzake de verstrekkingen van artikel 18, § 2 (Nucleaire geneeskunde) wordt omschreven wanneer een lokalisatie CT kan worden aangerekend bij een scintigrafie van het hart of bij een DAT-scan.

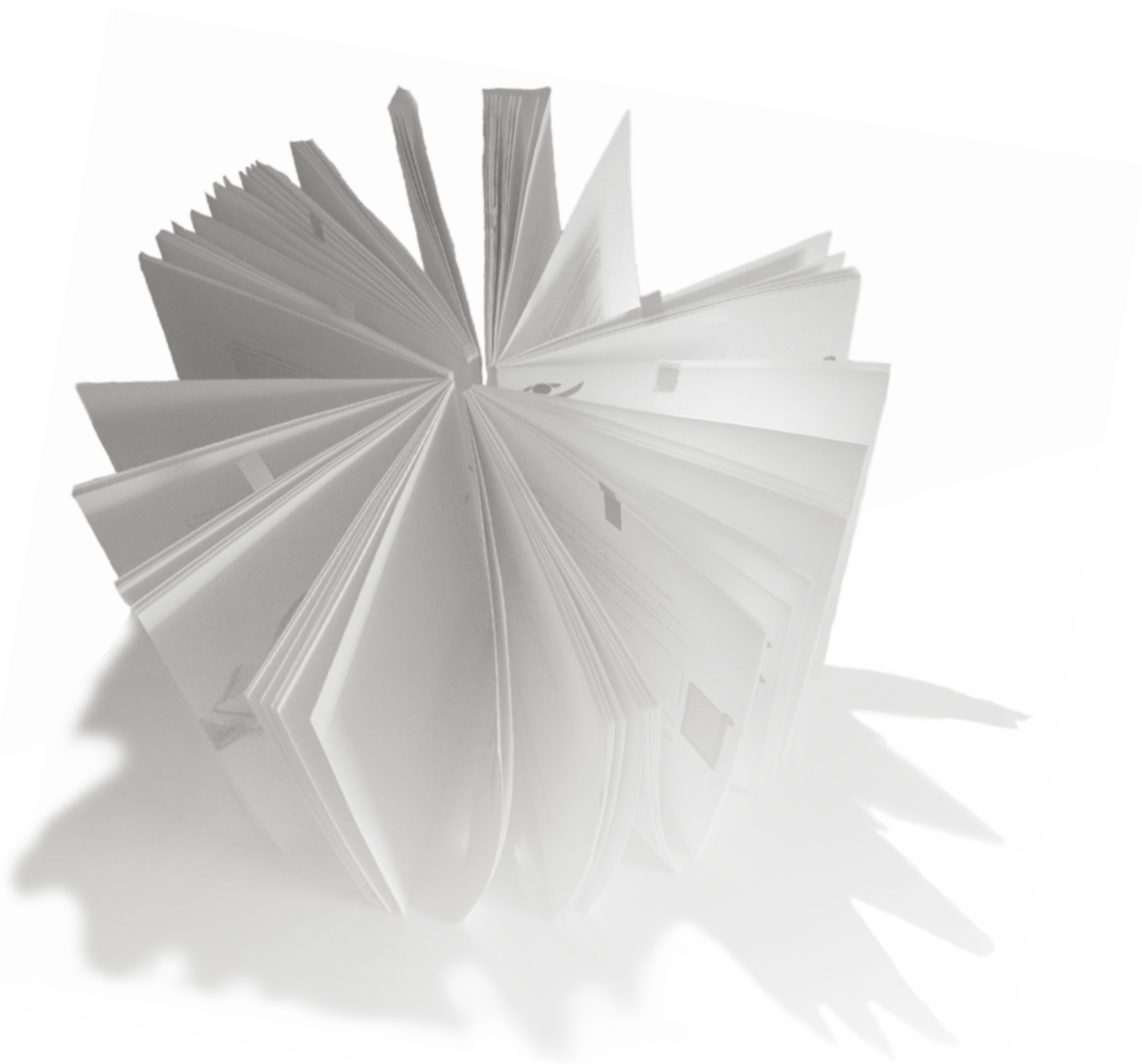
In de interpretatieregel 11 inzake de verstrekkingen van artikel 14, g) (Gynaecologie) wordt bepaald dat de cystoscopie een aanvullende techniek bij de hoofdingreep is en niet bijkomend kan worden getarifeerd.

In de interpretatieregel 17 inzake de verstrekkingen van artikel 14, j) (urologie) wordt omschreven hoe de transurethrale ingreep waarbij prostaatweefsel wordt verwijderd met behulp van een laser (HoLEP-techniek, laser-enucleation) of PVP-techniek (fotoselectieve laservaporisatie) moet worden geattesteerd.

In de interpretatieregel 18 inzake de verstrekkingen van artikel 14, k) (Orthopedie) wordt omschreven hoe de volgende ingrepen moeten worden geattesteerd:

- 1) Het aanleggen van een voorlopig gipsverband in afwachting van een latere repositie en de repositie die de volgende dag wordt verricht onder algemene anesthesie en T.V.-controle
- 2) Het aanleggen van een voorlopig gipsverband in afwachting van een latere osteosynthese en de osteosynthese met aanleggen van een gipstoestel, verricht tijdens de tweede bewerking
- 3) Als na een orthopedische behandeling van een breuk met repositie, in de loop van de behandeling een nieuw gipsverband wordt aangelegd
- 4) Bij laattijdige verplaatsing van een fractuur, wanneer gekozen wordt voor een gesloten reductie onder narcose in plaats van voor een osteosynthese.

2^{de} Deel
Rechtspraak



I. Arbeidshof van Bergen, 24 mei 2017

Gerechtigd Wetboek, artikel 19, derde lid en artikel 1050, tweede lid - Ontvankelijkheid van het hoger beroep -
Vonnissen alvorens recht te doen

Alvorens recht te doen, kan de rechter een voorafgaande maatregel bevelen om de vordering te onderzoeken of een tussengeschied te regelen dat betrekking heeft op een dergelijke maatregel, dan wel de toestand van de partijen voorlopig te regelen. In het bestreden vonnis wordt geen uitspraak over de zaak zelf gedaan, maar wordt een aanvullend deskundigenonderzoek bevolen om inzicht te krijgen in de medische situatie. Een vonnis is een eindvonnis in zoverre daarmee de rechtsmacht van de rechter over een geschilpunt is uitgeput, wat in casu niet het geval is.

De nieuwe versie van artikel 1050 van het Gerechtigd Wetboek die hoger beroep tegen een vonnis alvorens recht te doen, voordat hoger beroep tegen het eindvonnis wordt ingesteld, verhindert, is van toepassing op de vonnissen die worden uitgesproken vanaf 1 november 2015. Het hoger beroep tegen het vonnis van 2 december is bijgevolg niet ontvankelijk.

A.R. nr. 2016/AM/10

M.Q. t./RIZIV

...

2. Faits et antécédents

L'arrêt de la cour du 25 janvier 2017 analyse les faits et antécédents en ces termes :

“Madame M.Q. a été reconnue en incapacité de travail à partir du 8 octobre 2007”.

Par décision du 13 octobre 2011, l'INAMI informe Madame M.Q. qu'elle n'est plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à partir du 20 octobre 2011, étant donné que les lésions et troubles fonctionnels qu'elle présente n'entraînent pas une réduction des deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1, de la loi susvisée (“apte à un emploi non qualifié non lourd avec position alterne (accueil, vendeuse, encodeuse, conditionneuse de petits colis, ...)”).

Par requête entrée au greffe du Tribunal du travail de Mons, section de Mons, en date du 9 novembre 2011, Madame M.Q. forme un recours contre la décision de l'INAMI du 13 octobre 2011.

Par jugement du 6 février 2013, la 2^e chambre du tribunal :

- déclare la demande recevable
- avant dire droit, désigne le Docteur M.M. en qualité d'expert, en lui confiant la mission notamment de :
 - dire si, à la date du 20 octobre 2011, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. entraînaient une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

- le cas échéant, préciser les activités accessibles au regard soit du groupe de professions dans lequel se range l'activité professionnelle exercée au moment du début de l'incapacité professionnelle, soit de sa formation professionnelle
- dire si depuis lors et notamment à la date du 20 octobre 2011, son état s'est aggravé.

Les conclusions du Docteur M.M. entrées au greffe le 8 mai 2014, sont libellées comme suit :

“De l’interrogatoire de l’intéressée, de son examen clinique, de l’examen des différents documents et après en avoir donné discussion, il m’apparaît comme évident que les lésions ou troubles fonctionnels que présentait la partie défenderesse n’entraînaient pas du 20 octobre 2011 au 10 octobre 2013 inclus, une réduction de sa capacité de gain telle qu’elle est actuellement définie par l’article 100 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Il est à relever que, à partir du 11 octobre 2013, l’intéressée était de nouveau à charge de l’assurance maladie, ceci consécutivement à une cure chirurgicale suivi de nouveaux bilans médicaux.”.

Depuis le 11 octobre 2013, Madame M.Q. semble être prise en charge par l'assurance maladie-invalidité pour une autre pathologie liée à une cure chirurgicale de varices au niveau du membre inférieur droit.

Par jugement du 2 décembre 2015, la 2^e chambre du Tribunal du travail du Hainaut, division de Mons, charge le Docteur M.M. d'un complément d'expertise, en lui confiant la mission de revoir son rapport, déposé le 8 mai 2014, et de dire si, au cours de la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. n'entraînaient pas une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

Par courriers du 8 décembre 2015, ce jugement est notifié aux parties par pli judiciaire.

Le 9 décembre 2015, un avis est déposé par les services postaux au domicile de Madame M.Q.

Le 21 décembre 2015, le pli judiciaire destiné à Madame M.Q. et qui n'a pas été réclamé par celle-ci revient au Tribunal du travail du Hainaut, division de Mons.

Le lundi 11 janvier 2016, une requête via laquelle Madame M.Q. interjette appel du jugement du 2 décembre 2015 entre au greffe de la cour.

Le 13 janvier 2016, un rapport d'expertise complémentaire du Docteur M.M. entre au greffe du tribunal; ses conclusions sont libellées comme suit :

“Après avoir reçu mon rapport déposé le 8 mai 2014, il me paraît comme évident qu’au cours de la période allant du 20 janvier 2012 au 25 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait la partie défenderesse entraînaient une réduction de sa capacité de gain telle qu’elle est actuellement définie par l’article 100 de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.”

3. Recevabilité de l'appel

La loi du 19 octobre 2015 a modifié le droit de la procédure civil¹ et est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2015.

Cette législation a imposé au juge :

- 1° l'obligation de limiter *"le choix de la mesure d'instruction et le contenu de cette mesure à ce qui est suffisant pour la solution du litige, à la lumière de la proportionnalité entre les coûts attendus de la mesure et l'enjeu du litige, tout en privilégiant la mesure la plus simple, la plus rapide et la moins onéreuse"* (art. 875bis, al. 2, du C.Jud.).
- 2° l'obligation d'être parcimonieux, non plus seulement quant au choix de la mesure d'instruction, mais également quant au contenu de cette mesure, en prenant en considération un juste équilibre entre les coûts des mesures et l'enjeu du litige.
- 3° l'obligation pour le juge de statuer sur la recevabilité de l'action, avant de prononcer une mesure d'instruction², afin d'éviter qu'une action soit déclarée irrecevable après que la mesure d'instruction a été exécutée.

Le législateur a supprimé la possibilité d'intenter un appel immédiat à l'encontre des jugements avant dire droit dès leur prononcé, ainsi qu'il résulte de l'article 1050, alinéa 2 du Code judiciaire³. Le nouvel article 1050, alinéa 2 du Code judiciaire est libellé comme suit : "Contre une décision rendue sur la compétence ou, sauf si le juge en décide autrement, une décision avant dire droit, un appel ne peut être formé qu'avec l'appel contre le jugement définitif".

En d'autres termes, lorsqu'un jugement avant dire droit est prononcé, il n'est plus possible d'interjeter appel de ce jugement avant dire droit immédiatement. Le justiciable devra attendre le prononcé d'un jugement définitif pour faire appel du jugement avant dire droit. L'appel du jugement avant dire droit doit donc être concomitant avec le jugement définitif.

Les jugements avant dire droit dont l'appel est retardé sont les jugements prononcés en cours de procédure qui ordonnent une mesure d'instruction préalable comme un jugement ordonnant une enquête voire une expertise.

Il convient d'analyser la nature du jugement dont appel.

La cour de céans relève dès à présent que :

- 1° la nouvelle version de l'article 1050 du Code judiciaire qui fait obstacle à l'appel contre un jugement avant dire droit avant l'appel contre le jugement définitif, n'est d'application qu'aux jugements prononcés à partir du 1^{er} novembre 2015⁴
- 2° le jugement dont appel a été rendu le 2 décembre 2015. En conséquence l'article 1050 dans sa version actuelle est applicable

1. La loi du 19.10.2015 (la loi dite "pot-pourri 1", M.B. 22.10.2015.

2. Art. 875bis, al. 1^{er}, du C.Jud.

3. F. Lejeune, "Simplification de la procédure par défaut et métamorphose de l'appel, pour quelle efficacité ?", in J. Englebert et X. Taton (dir.), *Le procès civil efficace ? Première analyse de la loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile (dite "loi pot-pourri 1")*, Limal, Anthémis, 2015, pp. 132-134, n° 46-49 : "Une réforme notablement inefficace s'agissant des jugements d'instruction".

4. C. trav. Liège, (6^e ch.), 19.01.2016, R.G. n° 2015/AN/208, JTT, 2016, liv.1252, 287 ; La loi du 19.10.2015 (la loi dite "pot-pourri 1"), M.B. 22.10.2015.

3° contre une décision avant dire droit, un appel ne peut être formé qu'avec l'appel contre le jugement définitif, à moins que le juge n'en décide autrement, selon l'article 1050, alinéa 2, du Code judiciaire⁵. En l'espèce, le tempérament légal prévu par la disposition légale précitée n'est nullement mentionnée dans le jugement dont appel

4° le jugement du 2 décembre 2015 ordonne un complément d'expertise au Docteur M. afin d'éclairer le tribunal sur une ambiguïté de son rapport d'expertise afin de permettre ainsi de pouvoir statuer au fond.

Suivant l'article 19, alinéa 3, du Code judiciaire, le jugement avant dire droit est celui qui ordonne une mesure préalable destinée soit à instruire la demande ou à régler un incident portant sur une telle mesure, soit à régler provisoirement la situation des parties.

Le jugement du 2 décembre 2015 ordonnant un complément d'expertise n'est pas comme le prétend l'appelante, un jugement mixte. Le dispositif du jugement est clair à ce sujet : "avant de statuer plus avant, charge d'un complément d'expertise le Docteur M.M. de dire : *"si au cours de la période du 1^{er} janvier 2012 au 30 septembre 2012, les lésions ou troubles fonctionnels que présentait Madame M.Q. entraînaient une réduction de deux tiers de sa capacité de gain évaluée dans sa catégorie professionnelle ou en fonction de diverses professions de référence visées à l'article 100, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994"*.

Le tribunal n'a pas statué au fond mais a souhaité un éclaircissement sur une période limitée, en confiant un complément d'expertise à l'expert judiciaire, afin de l'éclairer sur le plan médical. Un jugement est définitif dans la mesure, où il épuise la juridiction du juge sur une question litigieuse, sauf les recours prévus par la loi, selon l'article 19, alinéa 1 du Code judiciaire, *quod non*, en l'espèce.

En conséquence eu égard à l'article 1050, alinéa 2, inséré par la loi du 19 octobre 2015, l'appel n'est pas recevable.

PAR CES MOTIFS,

La cour du travail,

Statuant contradictoirement,

...

Déclare l'appel non recevable.

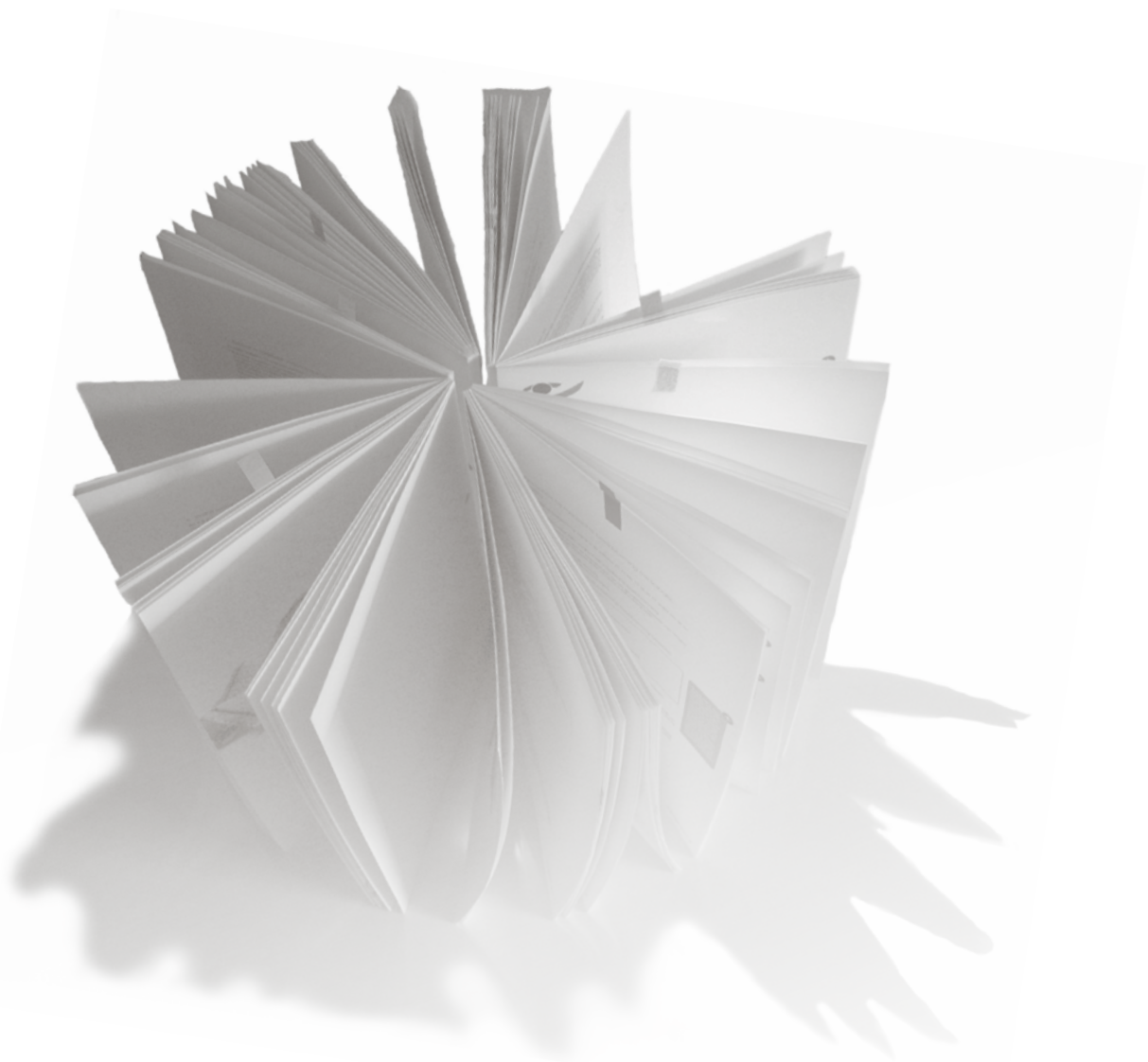
Condamne l'INAMI aux frais et dépens de l'instance d'appel liquidés par la partie appelante à la somme de 174,94 EUR.

...

5. F. LEJEUNE, "Simplification de la procédure par défaut et métamorphose de l'appel, pour quelle efficacité ? ", in *Le procès civil efficace ? Première analyse de la loi du 19.10.2015 modifiant le droit de la procédure civile (dite "loi pot-pourri 1")*, (dir.) J. ENGLEBERT et X. TATON, Limal, Anthemis, 2015, pp. 129 et s., A. HOC, *L'appel différé des jugements avant dire droit*, in *Le Code judiciaire en pot-pourri - Promesses, réalités et perspectives*, (dir.) J.-F. VAN DROOGHENBROECK, Bruxelles, Larcier, 2016, pp. 265 et s.

3^{de} Deel

Parlementaire vragen
en antwoorden



I. Reclamecommissie geneesmiddelen

Overzicht van de leden – Reclame voor voorschriftvrije geneesmiddelen – Gezondheidsrisico – Visum vooraf verleend door de minister van Volksgezondheid – Informatie voor het goed gebruik – Vergunning voor het in de handel brengen of registratie – Wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 – Herziening van het Koninklijk besluit van 5 april 1995 en Europese richtlijnen – Verantwoordelijkheid van de apotheker

Vraag nr. 1345, gesteld op 19 januari 2017, aan mevrouw de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, door mevrouw MUYLLE, volksvertegenwoordigster¹

Medicijnen zijn geen doordeweekse artikelen, ook niet de voorschriftvrije. Het is dus niet omdat ze zonder voorschrift bij de apotheker verkrijgbaar zijn, dat ze geen gezondheidsrisico kunnen inhouden.

Daarom bestaan er heel wat regels waar reclame voor voorschriftvrije geneesmiddelen aan moet voldoen (bv. Verplichte vermelding zoals “lees de bijsluiter”, de reclame mag niet misleiden en moet juist en controleerbaar zijn, enz.).

De Commissie van Toezicht op de reclame voor geneesmiddelen evalueert alle reclames op de radio en televisie en dient haar toestemming te geven. Ze bestaat uit 16 leden, waarvan er zes werken voor de farmaceutische sector.

Alleen voor geneesmiddelen waarvoor geen voorschrift vereist is, kan reclame worden gemaakt bij het publiek.

Voor reclame verspreid op radio of televisie moet een visum verkregen worden dat vooraf wordt verleend door de minister van Volksgezondheid, op advies van de Commissie van Toezicht op de reclame van geneesmiddelen.

Voor reclame verspreid door andere media moet, ten minste 30 dagen voor de verspreiding, een kennisgeving worden ingediend bij het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten (fagg).

1. Kan u een overzicht geven van de leden (en hun sector) van de Commissie van Toezicht op de reclame voor geneesmiddelen? Hoe wordt deze Commissie samengesteld?
2. Hebben vertegenwoordigers van patiënten en consumenten een zitje in de Commissie? Indien niet, waarom niet? Zal u hen in de toekomst een vertegenwoordiging geven?

1. Bulletin nr. 109, Kamer, gewone zitting 2016-2017, p. 233.

3. Zoals eerder aangegeven bestaat de Commissie uit 16 leden, waarvan zes uit de farmaceutische sector. Vergroot dit de kans niet dat er toch ongeoorloofde reclame in de media belandt? Hoe ziet u dit?
4. Mensen hebben het recht te weten of er wetenschappelijk bewijs voor de werking van het geneesmiddel bestaat, maar dit is momenteel niet verplicht aan te geven in de reclame. Ook ongewenste effecten van het medicijn moeten momenteel niet vermeld worden. Het fagg heeft besloten om het Koninklijk besluit over deze reclame te herzien. Wanneer mogen we deze herziening verwachten? Welke veranderingen zal dit inhouden?
5. De koepels van patiëntenorganisaties, de CM, het Onafhankelijk Ziekenfonds en Test-Aankoop willen zelfs nog verder gaan, namelijk een verbod op publieksreclame voor medicijnen. Hoe staat u hier tegenover? Vindt u dat reclame en rationeel gebruik van geneesmiddelen samengaan?

Antwoord

1. De Commissie van Toezicht op de reclame voor geneesmiddelen, hierna genoemd de Commissie, is samengesteld als volgt (zie art. 21, § 1 van het K.B. van 05.04.1995):
 - 1° een Voorzitter, door de Koning benoemd onder de magistraten of ere-magistraten van de rechterlijke Orde
 - 2° twee leden van rechtswege:
 - de Administrateur-generaal van het fagg of zijn afgevaardigde
 - de Voorzitter van de Commissie voor Geneesmiddelen voor menselijk gebruik of zijn afgevaardigde
 - 3° twee leden (of vroegere leden) van de Commissie voor Geneesmiddelen voor menselijk gebruik
 - 4° twee vertegenwoordigers van het Nationaal Internutualistisch College, gekozen uit de kandidaten voorgedragen door dit College op een dubbele lijst
 - 5° twee geneesheren verantwoordelijk voor de voorlichting
 - 6° twee apothekers verantwoordelijk voor de voorlichting
 - 7° twee vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesmiddelenindustrie, gekozen uit de kandidaten voorgedragen door deze organisaties op een dubbele lijst
 - 8° een vertegenwoordiger van de representatieve beroepsorganisaties van de apothekers, gekozen uit de kandidaten voorgedragen door deze organisaties op een dubbele lijst
 - 9° een vertegenwoordiger van de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, gekozen uit de kandidaten voorgedragen door deze verenigingen op een dubbele lijst
 - 10° een vertegenwoordiger van het Onderzoeks- en Informatiecentrum van de Verbruikersorganisaties (OIVO), gekozen uit de kandidaten voorgedragen door dit Centrum op een dubbele lijst

Noot: in 2015 werd het OIVO opgedoekt. Tot op heden werd nog geen andere verbruikersorganisatie opgenomen in de Commissie.

2. In de Commissie zetelen twee vertegenwoordigers van het Nationaal Intermutualistisch College (NIC).

Het NIC is een mutualiteiten-associatie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de 5 landbonden van de ziekenfondsen, van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en van de Kas voor Geneeskundige Verzorging van HR Rail. Deze associatie vertegenwoordigt alle Belgisch sociaal verzekerden.

Zoals hierboven reeds aangegeven, zetelt er sinds de opdoeking van het OIVO geen vertegenwoordiger van een consumentenorganisatie meer in de Commissie, maar het is de bedoeling dat dit in de toekomst zal veranderen.

3. In de Commissie zetelen inderdaad leden die afkomstig zijn uit de farmaceutische sector maar ook andere sectoren zijn vertegenwoordigd (zie hierboven). Zo zetelen er ook vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties van de apothekers, van de wetenschappelijke verenigingen van huisartsen, (vroegere) leden van de Commissie van geneesmiddelen voor menselijk gebruik, alsook vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties in de Commissie.

De Commissie wordt voorts ook “bijgestaan” door de voorzitter, een ere-magistraat, alsook door twee tot drie vertegenwoordigers van het fagg (het zogenaamde “secretariaat” van de Commissie). Het secretariaat evalueert de aanvragen van de publieksreclame en geeft daarbij advies aan de Commissie.

De aanwezigheid van al deze vertegenwoordigers, bijgestaan door de voorzitter en het secretariaat, garandeert dat elke aanvraag tot publieksreclame steeds grondig geëvalueerd en bediscussieerd wordt. Er wordt door de volledige Commissie steeds op toegezien dat de reclame zo goed mogelijk beantwoordt aan de huidige wetgeving en dat er geen misleidende of foutieve informatie wordt verspreid. Ook wordt er steeds op toegezien dat de gegevens die nodig geacht worden voor het goed gebruik van het geneesmiddel, aanwezig zijn in de televisuele of radiofonische reclame. Om diezelfde reden worden er dan ook, in de meerderheid van de gevallen, opmerkingen gegeven door de Commissie die leiden tot het aanpassen van de reclame door de farmaceutische firma. Indien de farmaceutische firma niet voldoende beantwoordt aan de opmerkingen van de Commissie, wordt de publiciteit geweigerd.

Er wordt met andere woorden streng op toegezien, dat er geen ongeoorloofde reclame verspreid wordt.

Noot: vooraleer de Commissie zich buigt over de visumaanvragen, wordt eerst nagegaan of één van de deelnemers een belangenconflict heeft met betrekking tot één van de aanvragen. Indien dit het geval is, dan neemt de persoon in kwestie niet deel aan de bespreking van het dossier waarvoor er een belangenconflict is.

4. Voor een geneesmiddel op de markt “mag” komen, moet er een vergunning voor het in de handel brengen of registratie worden verleend aan het geneesmiddel. Alvorens een dergelijke vergunning wordt toegekend, moet worden aangetoond dat het geneesmiddel doeltreffend is, van een goede kwaliteit en veilig voor de indicaties waarvoor het is goedgekeurd. Er mag enkel publiciteit gemaakt worden voor geneesmiddelen die een vergunning verkregen hebben.

Ongewenste effecten worden inderdaad niet opgenomen in de reclame. Aangezien de reclameboodschappen telkens een korte tijdsduur hebben, is het niet mogelijk om alle ongewenste effecten uit de bijsluiter op te nemen. Op elke reclameboodschap wordt echter wel een uitnodiging vermeld om de bijsluiter te lezen. De patiënt kan de mogelijke ongewenste effecten daarin terugvinden.

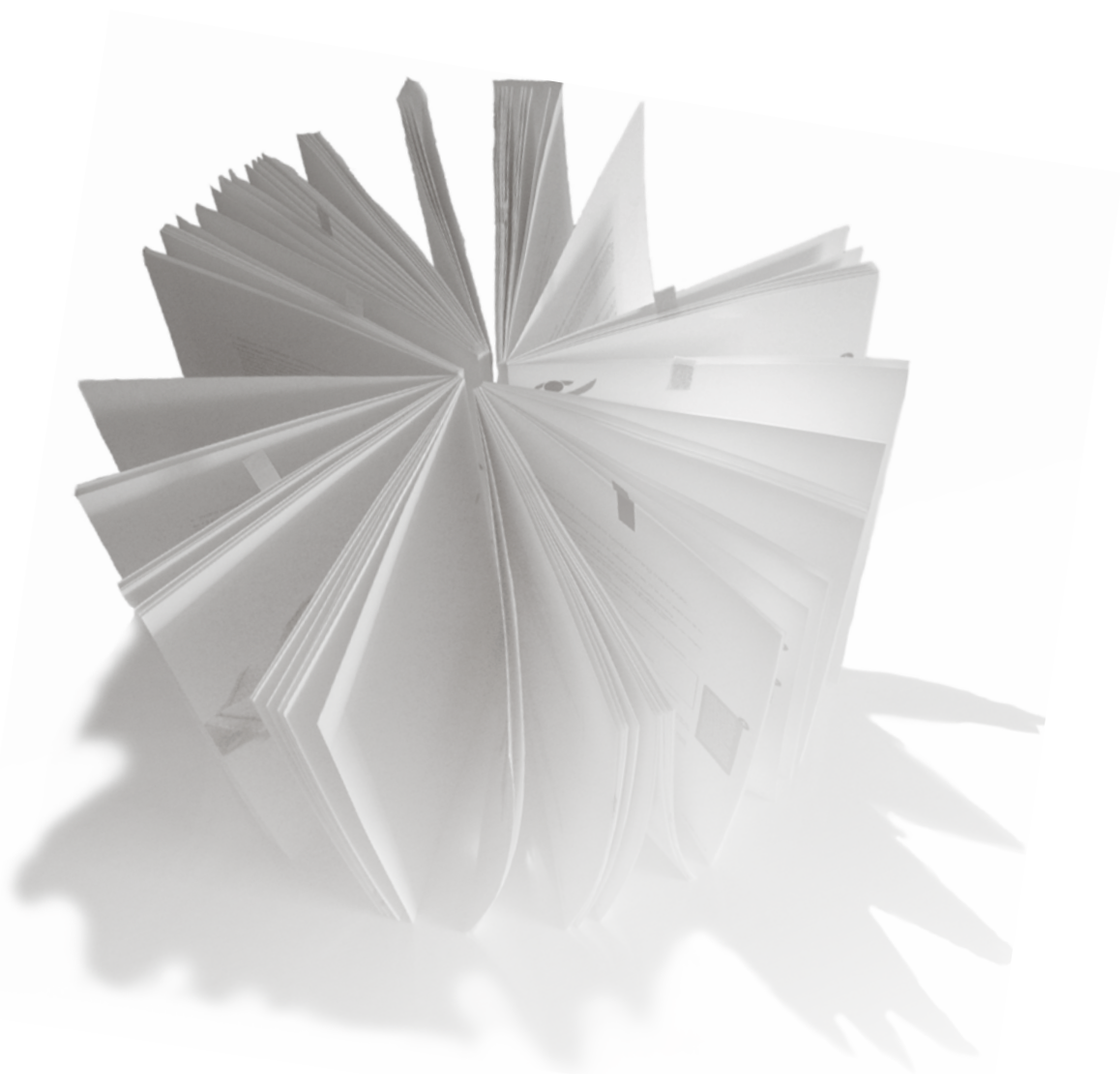
De herziening van het Koninklijk besluit is gepland in de loop van 2017. Momenteel liggen de wijzigingen nog niet vast aangezien de besprekingen met de verschillende *stakeholders* nog gaande zijn.

5. De Belgische wetgeving omtrent publieksreclame voor geneesmiddelen is in lijn met de Europese richtlijnen. Indien wijzigingen zich zouden opdringen, dient dit vooreerst te gebeuren op Europees niveau.

Echter, zoals hierboven reeds aangehaald, worden de publieksreclames voor medicijnen steeds grondig geëvalueerd door de Commissie voor Toezicht op de reclame van geneesmiddelen, waardoor eventuele “ongeoorloofde” reclame eruit gefilterd wordt of dermate aangepast waar nodig. Artikel 9 van de wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 schrijft voorts heel duidelijk de richtlijnen voor reclame voor geneesmiddelen voor met het oog op het bevorderen van het rationeel gebruik van geneesmiddelen. De Commissie ziet er steeds streng op toe dat deze regelgeving gerespecteerd wordt.

Verder ligt een deel van de verantwoordelijkheid ook bij de apotheker, die de gegevens voor het goed gebruik steeds dient mee te geven aan de patiënt en er moet op toezien dat de patiënt het geneesmiddel neemt voor de correcte indicaties.

4^e Deel
Richtlijnen
van het RIZIV



I. Verhoogde verzekeringstegemoetkoming (K.B. 01.04.2007) - Vrijgestelde bedragen van het kadastraal inkomen

Het Koninklijk besluit van 1 april 2007 – Belgisch Staatsblad van 3 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voorziet in de vrijstelling van de bedragen van het geïndexeerd kadastraal inkomen van het woonhuis waarvoor de gerechtigde aanspraak kan maken op de forfaitaire aftrek van het woonhuis die van toepassing is inzake personenbelasting.

De vermelde bedragen belopen respectievelijk 743,68 EUR en 123,95 EUR voor de samenwonende echtgenoot en per persoon ten laste. Ze moeten worden geïndexeerd op de manier die is vastgesteld in artikel 518 van het Wetboek van de inkomstenbelasting 1992, namelijk door ze te vermenigvuldigen met de in dat artikel 518 bedoelde coëfficiënt. Een afronding naar de hogere of lagere EUR naargelang het cijfer van de centiemen hoger of lager is dan 50 en vervolgens wordt gerealiseerd.

Coëfficiënt: 1,7491 in 2017

Het bedrag voor 2017 wordt berekend op grond van de instructies van de mechanografie van het kadaster; uitgaande van het bedrag in EUR, vermenigvuldiging met de vastgestelde coëfficiënt en normale afronding op de EUR.

Dat geeft voor 2017: 1.301 EUR
 217 EUR

Van toepassing vanaf 1 januari 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/58 – 273/71 en 3991/282 van 17 februari 2017.

II. Toepassing van Verordeningen (EG) nr. 883/2004 en 987/2009: Behandeling van de buitenlandse beslissingen tot toekenning van invaliditeitsuitkeringen in het kader van Belgische dossiers

Deze omzendbrief bevat enkele nieuwe instructies voor de afhandeling van Belgische dossiers, enerzijds wat betreft te vermelden informatie op het herzienings- en voorschottenformulier, en anderzijds de voorlopige vermindering van de Belgische invaliditeitsuitkeringen vanaf de rechtstreekse uitbetaling van de buitenlandse uitkering zolang het RIZIV de definitieve gedeeltelijke Belgische uitkering nog niet heeft berekend.

1. Overmaken van het herzienings- en voorschottenformulier aan de Afdeling DIAF

In het kader van behandeling van Belgische dossiers¹ wordt een herzienings- en voorschottenformulier aan de verzekeringsinstellingen gevraagd:

- **Bij de indiening van het dossier bij de buitenlandse instelling wanneer het werkelijk betaalde bedrag verschilt van het bedrag voor order**

We viseren hier de dossiers waarin het bedrag voor order reeds is verminderd vanwege samenloop met andere uitkeringen/inkomens dan de uitkeringen van de Belgische ziekte- en invaliditeitsverzekering, of vanwege de opening van het recht op uitkeringen door samentelling met buitenlandse verzekeringstijdsvakken².

In dergelijke dossiers vormen de werkelijk toegekende bedragen en de redenen voor de vermindering van het bedrag voor order noodzakelijke informatie voor de buitenlandse instelling om het bedrag van haar invaliditeitsuitkeringen te kunnen bepalen. Die informatie moet daarom dus al worden opgenomen in het aanvraagdossier dat haar door het RIZIV wordt bezorgd.

- **Bij de berekening van de gedeeltelijke Belgische uitkering**

Bij ontvangst van een buitenlandse toekenningsbeslissing of in geval van structurele wijziging³ zoekt de Afdeling DIAF de verzekeringsinstelling om een herzienings- en voorschottenformulier met oog op de berekening van de Belgische voorschotten die in afwachting van de buitenlandse beslissing werden toegekend.

1. Overeenkomstig de instructies vermeld in de omzendbrief V.I. nr. 2011/327 van 09.08.2011.

2. Wij verwijzen in die context naar de controlefiche voor de aanvraagdossiers van Belgische verzekerden en naar de nota "Opstelling van de Europese aanvraagdossiers voor invaliditeitsuitkeringen voor Belgische verzekerden - administratief luik - die aan de verzekeringsinstelling is bezorgd tijdens de opleidingssessie van 23.06.2015.

3. Bijv. niet-conjuncturele wijziging van het buitenlandse uitkeringsbedrag of retroactieve verlenging van de buitenlandse invaliditeitsuitkering waarbij de verzekeringsinstelling in afwachting van de verlengingsbeslissing opnieuw provisioneel een volledige uitkering heeft uitbetaald (mits ondertekening van een nieuw subrogatieformulier).

Indien de verzekeringsinstelling al vóór de notificatie door het RIZIV kennis neemt van de buitenlandse toekenningsbeslissing (bijv. via de verzekerde zelf), bezorgen de verzekeringsinstellingen op eigen initiatief een kopie van de buitenlandse beslissing en het herzienings- en voorschottenformulier aan de Afdeling DIAF (we verwijzen naar hoofdstuk III van deze omzendbrief voor meer uitgebreide informatie over de te volgen procedure in dergelijk geval).

2. De te vermelden informatie op het herzienings- en voorschottenformulier

Ter indicatie wordt een overzicht van de informatie die aan de Afdeling DIAF moet worden bezorgd, als bijlage bij deze omzendbrief gevoegd.

A. Informatie over de verzekerde

Naast de identificatiegegevens van de verzekerde is het ook noodzakelijk dat de verzekeringsinstellingen de persoons- en contactgegevens vermelden van de eventuele wettelijke vertegenwoordiger of schuldbemiddelaar van de verzekerde.

B. De berekeningselementen van de voorlopige uitkering

Bij het opstellen van de Belgische beslissing berekent de Afdeling DIAF, via haar computerprogramma, eerst het Belgische theoretische bedrag op basis van het gederfd dagloon (afgerond tot 4 cijfers na de komma), de gezinssituatie van de verzekerde, zijn hoedanigheid als regelmatige of onregelmatige werknemer en de gegevens van tabel D (in geval van een minimum- of maximum daguitkering, en voor de zelfstandigen).

De verzekeringsinstellingen staan er voor garant dat al deze berekeningselementen correct zijn vermeld op het herzienings- en voorschottenformulier. Eventuele wijzigingen op niveau van de uitkeringspercentages moeten ook in de tabel in rubriek 3 van het document worden vermeld voor elke periode waarop die wijziging betrekking heeft.

Er moet op worden gewezen dat enkel de vermelding van het RVA-barema niet volstaat voor de verzekerden die **werkloos** waren op het moment dat zij arbeidsongeschikt werden. Ook in dat geval vermeldt de verzekeringsinstelling expliciet het gederfde dagloon waarop de arbeidsongeschiktheidsuitkering werd berekend.

C. Het tijdvak dat door het herzienings- en voorschottenformulier wordt gedekt

Het te vermelden tijdvak hangt af van het stadium waarin het dossier zich bevindt:

- **In het Belgische aanvraagdossier dat aan het RIZIV is bezorgd (in geval van een vermindering van het bedrag voor order)**

Aangezien het de bedoeling is de buitenlandse instelling in te lichten over de bedragen die daadwerkelijk aan de verzekerde zijn toegekend, en de reden van de vermindering van de bedragen voor order (en de gegevens die in rubriek 9 van het formulier E204B moeten worden vermeld, tevens ook in te vullen), moet het herzienings- en voorschottenformulier voortaan het tijdvak dekken gaande van **de dag waarop de bedragen voor order zijn verminderd** (inclusief tijdens het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid) tot de dag waarop het aanvraagdossier naar de Afdeling DIAF is verstuurd.

o Bij ontvangst van de buitenlandse beslissing tot toekenning

Het tijdvak dat moet worden vermeld, vangt aan vanaf de **datum waarop de invaliditeit van de verzekerde door de buitenlandse instelling wordt erkend** en neemt een einde op de einddatum van de buitenlandse achterstallen. Het jaar primaire arbeidsongeschiktheid dient dus niet langer systematisch te worden vermeld, tenzij – en voorzover – het buitenlands invaliditeitspensioen aanvangt tijdens ditzelfde jaar.

Om het te vermelden tijdvak te bepalen baseert de verzekeringsinstelling zich op de inlichtingen over de buitenlandse beslissing bezorgd door de Afdeling DIAF of leidt dit rechtstreeks af uit de buitenlandse beslissing zelf wanneer de Verzekeringsinstelling hiervan eerder dan het RIZIV kennis neemt (zie ook verder punt III).

D. Het overzicht van de niet-afgeronde bedragen voor order

Wij vestigen de aandacht van de verzekeringsinstellingen op de noodzaak om de bedragen tot **vier cijfers** na de komma af te ronden en elke indexering/revalorisatie aan te duiden.

E. De niet-vergoede tijdvakken

De verzekeringsinstellingen vermelden **in de tabel** met het overzicht van de bedragen voor order en de bedragen die aan de verzekerde zijn toegekend, alle tijdvakken van schorsing van de vergoeding, alsook hun aard, (rubriek 3 van het herzienings- en voorschottenformulier).

F. De cumulaties en de bedragen die effectief aan de verzekerde zijn uitbetaald

Elke vermindering van het bedrag voor order moet in rubriek 2 van het document worden vermeld, alsook de **reden voor die vermindering**.

In de rubrieken 3 (kolommen “Vermindering van het BVO” en “Effectief betaald dagbedrag”) en 4 detailleert de verzekeringsinstelling **alle elementen die zij in aanmerking heeft genomen voor de vermindering van het bedrag voor order** en vermeldt zij het **bedrag dat effectief is uitbetaald** aan de verzekerde na vermindering van het bedrag voor order (dat laatste bedrag is tot 2 cijfers na de komma afgerond).

Naargelang de aard van de samenloop situatie, vermeldt de verzekeringsinstelling volgende elementen:

- o *In geval van cumulatie met een Belgische of buitenlandse AO/BZ-rente*: het brutodagbedrag van de rente, verminderd met het bedrag van de socialezekerheidsbijdragen die op die rente zijn ingehouden, en de toegekende graad van ongeschiktheid
- o *In geval van cumulatie met een ouderdomspensioen (bij dossiers loontrekkende: wanneer er invloed is op het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen)* : het dagbedrag van het ouderdomspensioen.
- o *In geval van cumulatie met een toegelaten activiteit voor gerechtigden vergoed in het loontrekken-denstelsel (art. 100 § 2 Gec. W. en art. 230 K.B. 03.07.1996)*: **de informatie over de toegelaten activiteit, zoals vermeld op de maandelijkse aangiftes die door de werkgever worden bezorgd, moet voortaan in de tabel in rubriek 3 van het herzienings- en voorschottenformulier** worden opgenomen, voor elk tijdvak, en meer bepaald:

1) Toegelaten activiteit als loontrekkende:

Het brutomaandloon na aftrek van de socialezekerheidsbijdragen ten laste van de werknemer.

De toepasselijke “noemer” voor het delen van het maandinkomen moet eveneens worden vermeld wanneer die noemer niet gelijk is aan 26, dus in principe:

- als de toegestane activiteit begint en/of eindigt in de loop van de maand.
- Voor de maanden met verlofdagen RJV (arbeiders):

$$Vd = VU/(Q/6)$$

Vd = aantal vakantiedagen per maand

Vu = aantal vakantie-uren

Q = stelsel gemiddelde wekelijkse arbeidsduur

2) Toegelaten activiteit als zelfstandige:

Het belastbaar nettomaandinkomen (na aftrek van de fiscaal aftrekbare beroepskosten) vermenigvuldigd met 100/80.

- In geval van cumulatie met een toegelaten activiteit voor gerechtigden vergoed in het zelfstandigenstelsel (art. 23, 23bis en 28bis K.B. 20.07.1971)⁴:

De toepassing van een vermindering van 10% en het wetsartikel in kwestie

In geval van herneming van een activiteit zonder volledige reïntegratie, doelstelling in de zin van artikel 23 of mislukking van de volledige re-integratie bij het einde van de toegelaten activiteit in de zin van artikel 23 (art. 23bis):

Vanaf de 1^{ste} januari van het vierde jaar volgend op de aanvang van de toegelaten activiteit vermeldt de verzekeringsinstelling het bedrag van de beroepsinkomsten die voortvloeien uit de toegelaten activiteit. Indien in toepassing van artikel 28bis, § 3 Koninklijk besluit van 20 juli 1971 de invaliditeitsprestaties hierdoor worden verminderd, vermeldt de verzekeringsinstelling het verminderingpercentage van de prestaties.

- In geval van toekenning van het recht op Belgische uitkeringen door samentelling met de buitenlandse tijdvakken van verzekering: de loopbaancoëfficiënt die door de verzekeringsinstelling is toegepast.

3. Voorlopige vermindering van de Belgische invaliditeitsuitkeringen in afwachting van de definitieve beslissing van het RIZIV

Wanneer de buitenlandse instelling overgaat tot de rechtstreekse uitbetaling van de uitkeringen aan de verzekerde, moet de verzekeringsinstelling de Belgische invaliditeitsuitkering verminderen in afwachting van de definitieve beslissing van het RIZIV (overeenkomstig artikel 50, §1, van de verordening (EG) nr. 987/2009 en artikel 136, §2 Gecoördineerde Wet), rekening houdende met de beschikbare informatie.

Dat principe geldt voor alle dossiers waarin het recht op Belgische invaliditeitsuitkeringen werd geopend **zonder samentelling** van de Belgische verzekeringstijdvakken en buitenlandse verzekeringstijdvakken. Wanneer langs Belgische zijde enkel het *proratabedrag* is verschuldigd, moet de verzekeringsinstelling immers het voorlopige of definitieve *proratabedrag*, als dat reeds door het RIZIV is meegedeeld, blijven doorbetalen.

4. En art. 20bis K.B. 20.07.1971 tot 01.07.2015.

Bij ontvangst van de buitenlandse beslissing licht het RIZIV de verzekeringsinstelling in over het tijdstip van rechtstreekse uitbetaling door de buitenlandse instelling en het buitenlandse dagbedrag dat in mindering moet worden gebracht op de Belgische uitkering.

Als de verzekeringsinstelling zonder tussenkomst van DIAF kennis neemt van de buitenlandse toekenning en rechtstreekse betaling (bijv. via de verzekerde of rechtstreeks door de buitenlandse instelling), is het **niet nodig te wachten op de specifieke instructies van de Afdeling DIAF**. De verzekeringsinstelling gaat uit eigen beweging over tot de **vermindering** van de Belgische uitkeringen op basis van de bedragen meegedeeld door de buitenlandse instelling en bezorgt de Afdeling DIAF het herzieningen- en voorschottenblad.

De verzekeringsinstellingen worden erop gewezen dat zij verplicht zijn de verzekerde altijd schriftelijk in te lichten over de provisionele vermindering van zijn uitkeringen en de reden voor die vermindering.

Wanneer er twijfel zou bestaan over de datum van effectieve rechtstreekse betaling van de buitenlandse rente aan de betrokkene controleert de verzekeringsinstelling bij de betrokkene of de rente reeds effectief wordt uitbetaald en vanaf wanneer.

Tot slot wordt erop gewezen dat de voorlopig verminderde uitkeringen ook in afwachting van de definitieve berekening door het RIZIV het voorwerp uitmaken van de indexeringen en revalorisaties van toepassing op Belgische invaliditeitsuitkeringen (art. 59, § 2 van verordening (EG) 883/2004).

4. Inwerkingtreding

Deze omzendbrief treedt in werking op 15 mei 2017.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/125 – 83/471 van 27 april 2017.

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

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

De omzendbrief stelt de modaliteiten en termijnen vast voor de gegevensuitwisseling tussen de Dienst voor administratieve controle (DAC) en de verzekeringsinstellingen (VI) in het kader van dit proces. Als bijlage bij deze omzendbrief gaat een technische¹ beschrijving van deze gegevensuitwisseling.

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

Deze omzendbrief en het bijhorend technisch document hebben betrekking op het MAF-jaar 2017.

1. Inleiding

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

1. Hier niet gepubliceerd.

2. Het doel van het proces

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

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

3. Algemene beschrijving van het proces

3.1. Beschrijving van het proces

De grote lijnen van de procedure voor het bepalen van het gezinsinkomen worden beschreven in het Koninklijk besluit van 15 juli 2002. De beschrijving is terug te vinden in artikel 16 van het Koninklijk besluit van 15 juli 2002.

De verzekeringsinstellingen houden per gezin het bereikte totaal bedrag aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging bij. Indien dit totaal bedrag 459 EUR bereikt, maken de verzekeringsinstellingen de identificatiegegevens van de leden van het betrokken gezin over aan de DAC van het RIZIV.²

Deze mededeling heeft enkel betrekking op een gezin waarvan de leden 459 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt en voor wie de sociale MAF niet werd toegepast (tenzij het rijksregistergezin ook bestaat uit leden die geen deel uitmaken van het gezin waaraan de sociale Maximumfactuur werd toegekend).

Nadat de DAC de gezinnen heeft ontvangen, maakt de dienst de betrokken sociaal verzekerden, via de Kruispuntbank, over aan de FOD Financiën. In antwoord maakt de FOD Financiën via de Kruispuntbank de fiscale inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid) in de flux L330. De toekenning van de MAF gebeurt op basis van het netto gezinsinkomen zoals het gekend is door de FOD Financiën.

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 5 categorieën (zie Omz. V.I. nr. 2016/398 van 23.12.2016: Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2017 & het technisch document blz. 13). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond

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

2. 350 EUR in het geval dat het gaat om een gezin met (potentieel) de MAF chronisch Zieken.

De verwerking van een MAF-jaar neemt 3 kalenderjaren in beslag. Een MAF-jaar wordt 2 jaar na het betreffende kalenderjaar afgesloten, omdat de getuigschriften voor verstrekte hulp tot 2 jaar na de verstrekingsdatum kunnen worden ingediend. Zo zullen de remgeldtellers voor het MAF-jaar 2017 worden afgesloten op 31 december 2019.

Zo kan iemand in 2018 nog recht krijgen op de MAF voor prestaties uit 2017 waarvoor hij nu pas zijn getuigschriften opstuurt naar zijn ziekenfonds.

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

3.2. Gebruik van het aanvraagnummer

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

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

3.3. Het effect van een mutatie tijdens het proces

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

Informatie over de MAF zit in de mutatieflux. (NOTA CIN MAF. Transmission inter-organisme assureur après mutations/transferts. Version 12.0 13.06.2007) Bij een mutatie naar een andere verzekeringsinstelling, moet de oude verzekeringsinstelling alle informatie ter beschikking stellen of doorsturen die het nieuw ziekenfonds toelaat de MAF verder toe te passen.

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

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

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

4. Lijst met gezinnen met 459 EUR remgeld (aanvragen)

4.1. Overdracht van de gegevens

De verzekeringsinstellingen dienen uiterlijk op 31 mei van 2017 hun eerste zending met aanvragen voor het betreffende MAF-jaar, namelijk MAF 2017, over te maken aan de DAC. Nadien versturen zij maandelijks minstens één zending met aanvragen door. De verplichting van één zending per maand houdt op te bestaan in de maand december van het MAF-jaar +1. Voor het MAF-jaar 2017 is dat in december 2018. Na deze datum zijn de verzekeringsinstellingen vrij om de frequentie waarmee nog zendingen worden overgemaakt zelf te bepalen. Zijn er geen dossiers in een bepaalde maand voor december 2018 dan dient de verzekeringsinstelling dit te melden in een gemotiveerd schrijven aan de DAC. Het minimum aantal zendingen mag steeds overschreden worden.

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

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

4.2. Welke gezinnen?

Zodra een gezin voor een bepaald MAF-jaar 459 EUR aan persoonlijke tussenkomsten heeft ten laste genomen, zijn de verzekeringsinstellingen er toe gehouden het dossier over te maken.

Voor de bepaling van de inkomenscategorie van een gezin met de inkomensmaximumfactuur waarvan minstens één lid chronisch ziek is, volgens de bepaling van de maatregel Maximumfactuur Chronisch Zieken, maakt de verzekeringsinstelling de aanvraag over aan de Cel MAF van de DAC vanaf het ogenblik dat het gezin een bedrag van 350 EUR aan persoonlijke tussenkomsten in zijn remgeldteller heeft staan. (art. 16, K.B. 15.07.2002)

De verzekeringsinstelling stuurt evenwel geen aanvraag voor een gezin waarvan de leden 450 EUR aan persoonlijke aandelen in de kosten van geneeskundige verzorging hebben bereikt én voor wie de sociale Maximumfactuur werd toegepast (tenzij het rijksregistergezin ruimer is dan het VT-gezin en dus ook bestaat uit leden die geen deel uitmaken van het gezin waaraan de sociale Maximumfactuur werd toegekend).

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

De voornaamste informatie in dit bestand is het INSZ-nummer, vooral het INSZ-nummer van de aanvrager, maar ook deze van de verschillende gezinsleden. Het INSZ-nummer van de aanvrager wordt in het bestand systematische controle opgenomen in een apart veld. De aanvrager is het oudste gezinslid (zie technisch document blz. 3-5).

4.4. Sociaal verzekerden zonder INSZ-nummer

Voorbeelden waar een gezinslid geen INSZ-nummer heeft:

- De rechthebbende, sociaal verzekerde, woont in het buitenland. Deze heeft, samen met zijn/haar gezin, een recht op de maximumfactuur na een inkomstenonderzoek. Deze gezinsleden hebben geen INSZ- of bisnummer

- De pasgeboren baby's die nog geen INSZ-nummer hebben. Dit is weinig waarschijnlijk. De INSZ-nummers worden binnen de 2 à 10 dagen gegeven.

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

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

4.5. Aanvraagtypes

Het gebruik van de aanvraagtypes heeft te maken met de verschillende gezinssituaties van de rechthebbenden op de Maximumfactuur. (art. 9, K.B. 15.07.2002). Personen die in gemeenschappen wonen, worden onder bepaalde voorwaarden beschouwd als verschillende eenpersoonsgezinnen in plaats van één groot rijksregistergezin. Er bestaan ook andere uitzonderingen op de regel "rijksregistergezin op 1 januari 2017".

AANVRAAG TYPE 0

Aanvraag voor een gezin met een verblijfplaats in het buitenland volgens de omzendbrief V.I. nr. 2011/301 van 18 juli 2011 "MAF - rechthebbenden van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging woonachtig in een land waar de Europese Verordeningen inzake sociale zekerheid of een overeenkomst betreffende de sociale zekerheid, gesloten tussen België en één of meerdere Staten, van toepassing zijn".

Deze omzendbrief is van toepassing vanaf 1 januari 2012. Belgische sociaal verzekerden in 31 landen met een terugkeerrecht voor geneeskundige verzorging hebben ook recht op de MAF voor prestaties geneeskundige verzorging die ze in België ondergaan volgens de richtlijnen van deze omzendbrief.

AANVRAAG TYPE 1

Aanvraag voor een Rijksregistergezin op 1 januari 2017.

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

Het gezin wordt aangevuld met de eerste inschrijving in het Rijksregister met een leeftijd van maximaal 16 jaar zoals bedoeld in artikel 11 van het Koninklijk besluit van 15 juli 2002. Voor de MAF 2017 zijn dat de eerste inschrijvingen van kinderen geboren tussen "2000 en 2017". Eerste inschrijving in het Rijksregister geboren in het jaar 1999 of ouder worden in 2017 niet bij het MAF-gezin gerekend.

AANVRAAG TYPE 2

De rechthebbende die op 1 januari 2017 zijn hoofdverblijfplaats heeft in een kloostergemeenschap wordt beschouwd als een eenpersoonsgezin (Art. 9, § 1., 2^{de} lid).

Onder “kloostergemeenschap” wordt de gemeenschap verstaan die in aanmerking wordt genomen voor de inschrijving in de hoedanigheid van gerechtigde in de zin van artikel 32, eerste lid, 21^o van de wet.

AANVRAAG TYPE 3

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

AANVRAAG TYPE 4

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

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

AANVRAAG TYPE 5

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

AANVRAAG TYPE 6

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

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

AANVRAAG TYPE 7

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

Dat geldt eveneens als een rechthebbende dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt. Vormen een feitelijk gezin, de personen die samen onder hetzelfde dak wonen en de huishoudelijke problemen hoofdzakelijk gemeenschappelijk regelen. De situatie die in aanmerking wordt genomen voor gezinnen met aanvraagtype 7 is ook de situatie op 1 januari van het jaar waarin de maximumfactuur wordt toegekend. In deze omzendbrief dus 1 januari 2017.

AANVRAAG TYPE 8

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

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

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

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

AANVRAAG TYPE 9

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

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

5. Controle uitgevoerd door de DAC (gezinssamenstelling, dubbele aanvragen, ...)

De DAC controleert de aanvragen op een correcte samenstelling van het doorgestuurde gezin. Deze controle is afhankelijk van het aanvraagtype. De Cel MAF controleert 100 % van de aanvragen.

Naast de controle op de gezinssamenstelling voert de Cel MAF ook een controle uit op dubbele aanvragen (relatiecontrole). Deze relatiecontrole kan leiden tot de vaststelling van een dubbele aanvraag. De definitie van een dubbele aanvraag is dat de dienst in eenzelfde MAF-jaar twee keer hetzelfde INSZ-nummer tegenkomt in meer dan één aanvraag. Bij deze dubbele aanvragen kan men een onderscheid maken tussen verschillende types. Sommige dubbele aanvragen leiden tot een vaststelling, andere niet.

Een eerste soort dubbele aanvragen zijn deze waar eenzelfde verzekeringsinstelling een aanvraag terug doorstuurt nadat het voordien een vaststelling had gekregen van de dienst. De verzekeringsinstelling corrigeerde de aanvraag en stuurde deze een tweede keer door.

Dit type leidt niet tot een nieuwe vaststelling als het gezin de tweede keer correct werd samengesteld. Indien er een fout zit in de samenstelling wordt een code gegeven die wijst op de gemaakte fout in de gezinssamenstelling.

Een tweede soort dubbele aanvragen zijn deze waar eenzelfde verzekeringsinstelling twee keer identiek dezelfde aanvraag doorstuurt voor eenzelfde gezin. Dit leidt tot vaststelling 40 (zie technisch document blz. 12).

Een derde soort dubbele aanvragen zijn deze waar 2 verschillende verzekeringsinstellingen identiek dezelfde aanvraag doorsturen. Dit leidt tot vaststelling 41 (zie technisch document blz. 12). De vaststellingen 41 worden voor de tweede verzekeringsinstelling niet meegeteld voor het rapport ten aanzien van het CDZ in het kader van de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen omdat deze fouten te wijten zijn aan problemen in de intermutualistische flux na een mutatie.

Voor de fouten in gezinssamenstelling en naar aanleiding van een dubbele aanvraag die werd gedetecteerd na een relatiecontrole kunnen dus verschillende returncodes worden meegedeeld. De code is afhankelijk van de specifieke situatie. Deze codes staan opgelijst op pagina 12 van het technisch document in bijlage.

Naast de inhoudelijke controle worden de aanvragen ook op andere soorten fouten gecontroleerd. Sommige fouten worden teruggevonden na een syntactische controle. Het gaat hier bijvoorbeeld om een aanvraag met niet bestaand ziekenfonds of numerieke waarde in de zone aanvraagnummer. Daarnaast zijn er ook de controles bij de integratie van de INSZ -en bisnummers bij de Kruispuntbank Sociale Zekerheid (KSZ). Wanneer er INSZ- of bisnummers ongeldig zijn, stuurt de KSZ een foutmelding. Deze foutcodes en KSZ-foutmelding worden ook doorgestuurd naar de verzekeringsinstellingen onder de vorm van een code. Deze kan men ook terugvinden in het technisch document. De melding dat er een nieuw INSZ-nummer is bij de KSZ, blokkeert het proces niet. Deze wijzigingen van INSZ-nummer worden via een afzonderlijk circuit aan de verzekeringsinstellingen gemeld.

6. Opvragen en ontvangen inkomstengegevens door DAC

6.1. Gegevensuitwisseling

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

Als antwoord maakt de FOD Financiën, ook via de KSZ, de netto-inkomsten van betrokkenen over aan de DAC (per aanslagjaar en per gezinslid). Naast de inkomsten worden ook een inkomenscode (indicatie van de kwaliteit van het antwoord) en een heleboel andere gegevens doorgestuurd. (zie document beschrijving L330)

6.2. Het inkomstenjaar (X-3)

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

De inkomsten voor het MAF-jaar zelf zijn niet bekend bij de FOD Financiën bij de aanvang van het MAF-jaar. De belastingdienst beschikt niet over de inkomsten van het lopende jaar. De inkomsten uit het derde jaar voorafgaand aan MAF- jaar waren de enige inkomsten waarover men bij de creatie van de MAF met zekerheid beschikte. De notie van het meest recente inkomstensjaar is moeilijk te definiëren en leidt tot het gebruik van verschillende jaren afhankelijk per gezin. Daarom werd het jaar MAF-3 ingevoerd als inkomstenjaar bij de toepassing van de inkomensmaximumfactuur.

Voor de MAF 2017 is het jaar van de inkomsten 2014.

6.3. Berekening fiscale leeftijd (zie technisch document)

De leeftijd van een gezinslid wordt geëvalueerd ten opzichte van de datum van 1 januari van het aanslagjaar. Op basis van de geboortedatum van het INSZ bepalen wij of het lid ouder of jonger is dan 16 jaar op datum van 1 januari van het aanslagjaar.

De berekening van de leeftijd is gerechtvaardigd door het feit dat elke belastingplichtige verondersteld wordt gekend te zijn bij FOD Financiën (geregistreerd in hun database) als hij de leeftijd van 16 jaar bereikt heeft op 1 januari van het aanslagjaar. Vanaf de leeftijd van 16 jaar kan het gebrek aan inkomsten gekend bij de FOD Financiën voor die persoon leiden tot een onbetrouwbare inkomenscode.

Het inkomen waarmee rekening wordt gehouden voor het MAF-jaar 2017 is het inkomen ontvangen in 2014. Het aanslagjaar is het jaar 2014. De leeftijd (+ of – 16 jaar) wordt berekend ten opzichte van 1 januari 2015. (tot 2000, kind < 16 jaar; vanaf 1999, kind ≥ 16 jaar).

7. Berekening gezinsinkomen en toekennen MAF-categorie

De DAC telt de inkomsten samen per gezin en het gezinsinkomen wordt ondergebracht in één van de 5 categorieën in de Omzendbrief V.I. nr. 2016/398 van 23 december 2016: Maximumfactuur. Vaststelling van de referentiebedragen van het inkomen voor het dienstjaar 2017 & het technisch document blz. 13). De DAC stuurt de resultaten gecodeerd door naar de verzekeringsinstellingen. De codes staan voor het remgeldplafond dat van toepassing is voor het gezin. Deze informatie is voldoende om de verzekeringsinstelling in staat te stellen om het recht correct toe te kennen.

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

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

8. Versturen MAF-categorieën en vaststellingen door de DAC (antwoorden)

8.1. Overdracht van de gegevens aan de verzekeringsinstelling

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

8.2. Welke informatie?

Het antwoord in het bestand kan erg verschillen tussen verschillende gezinnen (records) van de lijst. Voor de correct samengestelde gezinnen wordt een MAF-categorie (letter van B tot F) meegedeeld. Deze letter staat voor het plafondbedrag dat de verzekeringsinstelling voor dat gezin mag toepassen. Naast de letter wordt ook meegedeeld of het antwoord betrouwbaar is of niet. Betrouwbaar wil zeggen dat de inkomsten van alle gezinsleden gekend zijn bij de FOD Financiën.

Met onbetrouwbaar worden de gezinnen bedoeld waar het plafond (en het inkomen) berekend werden op onvolledige informatie omdat voor tenminste één gezinslid geen informatie beschikbaar was bij de FOD Financiën. Bij de aanvragen met onbetrouwbaar remgeldplafond wordt ook het detail van de gekende fiscale gegevens meegedeeld aan de verzekeringsinstellingen (opgenomen).

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

De verschillende opties:

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

9. Feedback van de verzekeringsinstellingen

9.1. Soorten feedback

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

9.2. Welke informatie?

Zoals vermeld staat in de inleiding zijn er twee zaken waarvoor de verzekeringsinstellingen feedback versturen naar de Cel MAF:

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

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

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

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

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

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

Volgende criteria limiteren de behartigenswaardige situaties waaruit blijkt dat het betrokken gezinsinkomen aanzienlijk is verminderd. De gezinnen hebben hun situatie zien wijzigen door hetzij:

- stopzetten van hun beroepsactiviteit
- vrijstelling van bijdragen in het raam van het sociaal statuut van de zelfstandigen voor een periode van meer dan een kwartaal
- volledig gecontroleerd werkloos zijn sinds ten minste zes maanden
- arbeidsongeschikt zijn sinds ten minste zes maanden.

De verzekeringsinstelling moet kunnen vaststellen dat het inkomen van dat gezin lager is dan één van de eerste twee inkomensgrensbedragen, bedoeld in [art. 37^{undecies}, § 1 van de wet].

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

9.3. Overdracht van de feedback gegevens

Voor een MAF-jaar moeten de verzekeringsinstellingen tussen de 1^{ste} en de 31^{ste} januari van dat zelfde MAF-jaar+2 en MAF-jaar+3 de feedbackbestanden overmaken aan de Dienst voor administratieve controle.

De verzekeringsinstellingen sturen dan 2 aparte feedbackbestanden door voor elk van de 2 types beslissingen.

De inhoud van de feedbackzendingen moet conform zijn opgesteld aan de lay-out beschreven in het technisch document "*Uitvoering Maximumfactuur 2017 Stroom VI <-> RIZIV*". Het technisch document bevindt zich in bijlage bij deze omzendbrief.

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


10. De financiële responsabilisering van de verzekeringsinstellingen

In het Koninklijk besluit van 28 augustus 2002 betreffende de responsabilisering van de verzekeringsinstellingen met betrekking tot het bedrag van hun administratiekosten, werden tien criteria vastgelegd waarop de beheersprestaties van de verzekeringsinstellingen beoordeeld worden om aanspraak te maken op het variabel gedeelte van de administratiekosten.

Met betrekking tot het criterium 2 – de termijnen waarbinnen de dossiers van de Maximumfactuur worden afgehandeld, de nauwkeurigheid bij het beheer van de dossiers en de snelheid waarmee voldaan wordt aan de andere terugbetalingsverplichtingen – vindt u met deze omzendbrief de te respecteren termijnen.


11. Bewaringstermijn(en) van de gegevens

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

 **Opmerking:** Alhoewel in het kader van het gebruik van de “Carenet”-infrastructuur, een historiek wordt bijgehouden over 10 jaar, betekent deze historiek niet dat de gegevens met betrekking tot de toepassing van de maximumfactuur ook effectief over de ganse duur van deze periode nog gebruikt kunnen worden: de machtiging voor de gegevensuitwisselingen die door het sectoraal comité van de federale overheid werd verleend, beperkt de bewaringstermijn, tot 5 jaar – zoals hiervoor vermeld. Dit betekent dat de gegevens die in het raam van de historiek van de Carenet-gegevensoverdracht worden bijgehouden, dus slechts voor deze termijn effectief gebruikt kunnen worden.

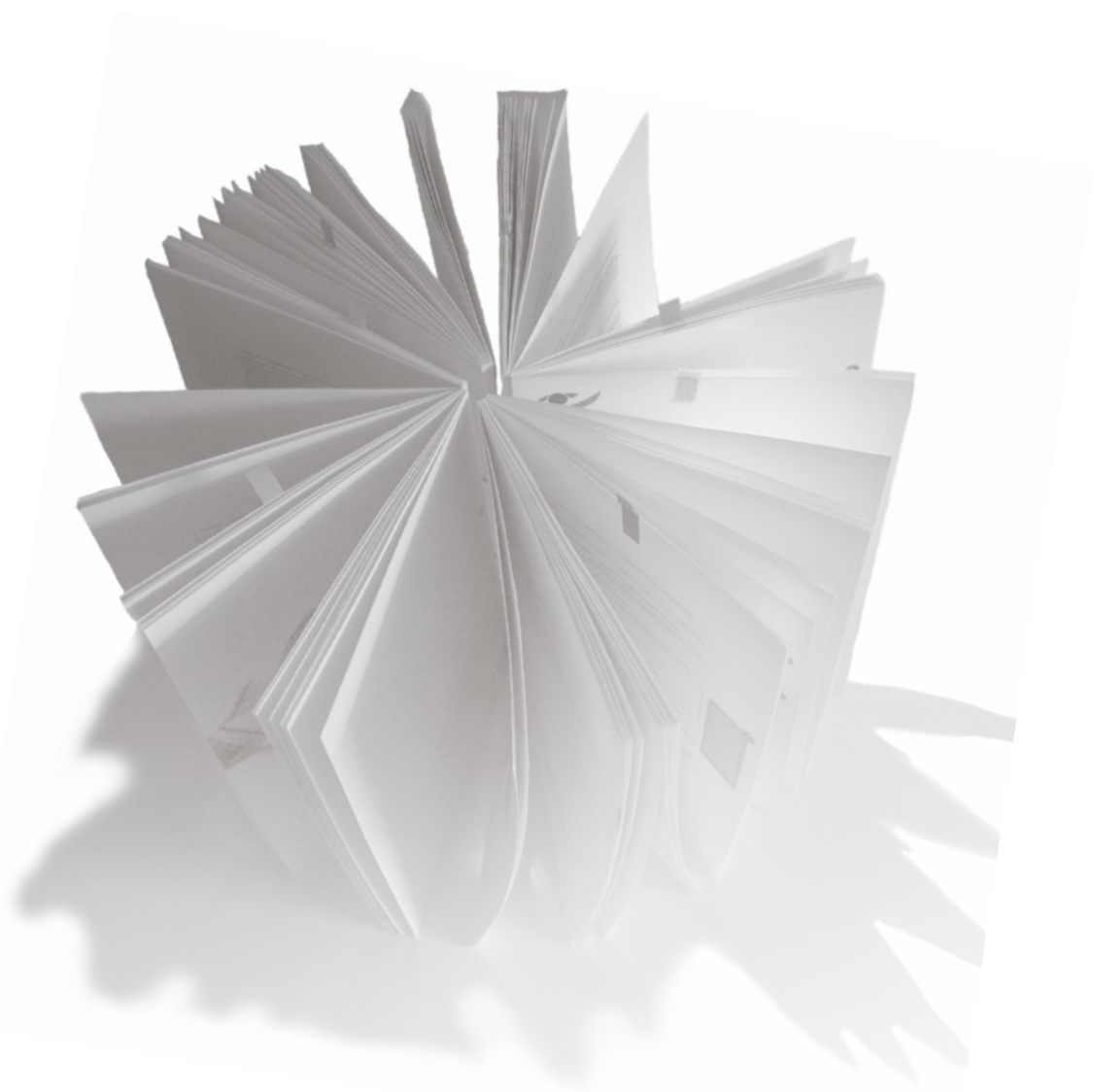
12. Algemene bepalingen

Deze omzendbrief is van toepassing voor het proces Inkomstenmaximumfactuur voor het MAF-jaar 2017.

 Omzendbrief V.I. nr. 2017/109 – 3998/39 van 11 april 2017.

5^e Deel

Basisgegevens



I. Minimumwaarde van de bijdragebescheiden voor het jaar 2017 - Berekening van de aanvullende bijdrage

In toepassing van artikel 286 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken vastgesteld rekening houdend met het gemiddeld minimum maandinkomen dat wordt gewaarborgd door de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 43 die is afgesloten in de Nationale Arbeidsraad en algemeen bindend verklaard bij Koninklijk besluit van 29 juli 1988.

Voor de werknemer van 21 jaar en ouder is de minimumwaarde die de bijdragebescheiden moeten bereiken gelijk aan vier maal het bedrag van het voornoemde gemiddeld minimum maandinkomen.

Voor de werknemers jonger dan 21 jaar bedraagt dit minimumloon drie vierden van het bedrag dat in aanmerking moet worden genomen voor de leeftijdsgroep boven 21 jaar.

De minimumwaarde die de gerechtigde dient te bewijzen is deze die geldt voor de leeftijdscategorie waartoe hij behoort bij het begin van het kalenderjaar of deze waaraan hij beantwoordt op het ogenblik van zijn inschrijving.

Rekening houdend met het feit dat het gewaarborgd minimum maandinkomen, zoals vastgelegd in de Nationale Arbeidsraad, werd aangepast aan het indexcijfer op 1 juni 2016, en sedertdien 1531,93 EUR bedraagt, moeten de minimumwaarden van de bijdragebescheiden voor het kalenderjaar 2017 als volgt worden vastgesteld :

21 jaar en ouder : 1.531,93 EUR x 4 = 6.127,72 EUR

Minder dan 21 jaar : 6.127,72 EUR x 3/4 = 4.595,79 EUR

De bezoldigingen die in aanmerking mogen worden genomen zijn deze die voorkomen op de bijdragebescheiden. Zij mogen niet met 8 % verhoogd worden omdat zodoende, voor de periode van jaarlijkse vakantie een dubbele loonaanrekening plaatsvindt. Inderdaad, wanneer het loon met 8 % wordt verhoogd (om de niet betaling van bijdragen op het vakantiegeld te compenseren) en anderzijds een forfaitair loon wordt berekend voor de wettelijke vakantiedagen, dan wordt voor deze dagen tweemaal loon in rekening gebracht.

Om dit te vermijden moet de berekening van de aanvullende bijdrage gebeuren op basis van het loon op de bijdragebon (aan 100 %) en door een forfaitair loon te berekenen voor de gelijkgestelde dagen.

De aanvullende bijdrage wordt als volgt berekend:

- A. van het minimumjaarloon wordt de bezoldiging die voorkomt op de bijdragebons afgetrokken;
- B. vervolgens, voor de tijdvakken beschreven in artikel 290, A, 2 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt het bedrag in mindering gebracht dat wordt bekomen door het minimum jaarloon te vermenigvuldigen met een breuk waarvan de teller gevormd wordt door het aantal werkdagen van het tijdvak en waarvan de noemer 240 bedraagt;

C. het bedrag van de aanvullende bijdrage wordt berekend door het bekomen bedrag, afgerond tot de naasthogere euro te vermenigvuldigen met het percentage van de verschuldigde bijdragen voor de sector geneeskundige verzorging en desgevallend voor de sector uitkeringen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. **Wanneer dit bedrag lager ligt dan 10,00 EUR, dan hoeft geen aanvullende bijdrage te worden gevorderd.**

De integratie van de mijnwerkers en de gelijkgestelden in het algemeen stelsel van de sociale zekerheid – geregeld bij de programmawet van 24 december 2002, titel II, hoofdstuk 8 , artikel 149-167 (B.S. van 31.12.2002, pag. 58716 – 58717) heeft voor gevolg dat ook voor deze werknemers aanvullende bijdragen verschuldigd kunnen zijn.

Hierna gaat een tabel met de op 1 januari 2017 geldende percentages van de sociale zekerheidsbijdragen voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

We merken hierbij op, dat voor het statutair overheidspersoneel enkel het percentage voor de sector geneeskundige verzorging wordt weergegeven, aangezien deze niet onderworpen zijn aan de sector uitkeringen.

| Categorieën | Totale bijdrage | Aandeel van de werkgever | Aandeel van de werknemer |
|------------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Arbeiders en bedienden | 10,85 % | 6,15 % | 4,70 % |
| Mijnwerkers | 8,85 % | 5,15 % | 3,70 % |
| Overheidsdiensten | 7,35 % | 3,80 % | 3,55 % |

Artikel 286, 3^{de} alinea, van het voormelde Koninklijk besluit van 3 juli 1996 bepaalt ook dat voor de mindervaliden die in beschutte werkplaatsen zijn tewerkgesteld, de in aanmerking te nemen jaarlijkse lonen zijn vastgesteld op 80.400 BEF of 1993,06 EUR (voor de personen van 21 jaar en ouder), 64.800 BEF of 1606,37 EUR (voor de 19- en 20-jarigen), 48.000 BEF of 1189,90 EUR (voor de 17- en 18-jarigen) en 40.800 BEF of 1011,42 EUR (voor de min 17-jarigen).

Dit zijn forfaitaire bedragen, welke niet gekoppeld zijn aan het indexcijfer.

In bijlage¹ gaan de tabellen die een overzicht geven van de berekening van de aanvullende bijdragen voor de loonverschillen vanaf 0,01 EUR.



Omzendbrief V.I. nr. 2017/120 – 271/65 van 25 april 2017.

1. Hier niet gepubliceerd.

Redactiecomité

De h. Guy Lombaerts
De h. Luc Maroy
De h. Frank Nassen
Mevr. Isabelle Daumerie
Mevr. Nancy Demarneffe
Mevr. Marie Beaucoudray
Mevr. Charlotte Lefebre
Mevr. Caroline Lekane
Mevr. Caroline Marthus
Mevr. Marie Lejeune

De opgenomen artikelen verschijnen onder de verantwoordelijkheid van de auteurs

Disponible en français

ISSN 0046-9726