

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS  
DE BELGIQUE

27 novembre 2012

**PROJET DE LOI**  
**portant des dispositions diverses en matière**  
**d'accessibilité aux soins de santé**

	Pages
SOMMAIRE	
1. Exposé des motifs .....	3
2. Avant-projet .....	26
3. Avis du Conseil d'État.....	38
4. Projet de loi.....	50
5. Annexe: Coordination .....	65

BELGISCHE KAMER VAN  
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

27 november 2012

**WETSONTWERP**  
**houdende diverse bepalingen inzake de**  
**toegankelijkheid van de gezondheidzorg**

	Blz.
INHOUD	
1. Memorie van toelichting .....	3
2. Voorontwerp .....	26
3. Advies van de Raad van State .....	38
4. Wetsontwerp.....	50
5. Bijlage: Coördinatie .....	65

*Le gouvernement a déposé ce projet de loi le 27 novembre 2012.*

*Le "bon à tirer" a été reçu à la Chambre le 30 novembre 2012.*

*De regering heeft dit wetsontwerp op 27 november 2012 ingediend.*

*De "goedkeuring tot drukken" werd op 30 november 2012 door de Kamer ontvangen.*

N-VA	:	<i>Nieuw-Vlaamse Alliantie</i>
PS	:	<i>Parti Socialiste</i>
MR	:	<i>Mouvement Réformateur</i>
CD&V	:	<i>Christen-Democratisch en Vlaams</i>
sp.a	:	<i>socialistische partij anders</i>
Ecolo-Groen	:	<i>Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen</i>
Open Vld	:	<i>Open Vlaamse liberalen en democraten</i>
VB	:	<i>Vlaams Belang</i>
cdH	:	<i>centre démocrate Humaniste</i>
FDF	:	<i>Fédéralistes Démocrates Francophones</i>
LDD	:	<i>Lijst Dedecker</i>
MLD	:	<i>Mouvement pour la Liberté et la Démocratie</i>

  

<i>Abréviations dans la numérotation des publications:</i>	<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties:</i>
<i>DOC 53 0000/000:</i> Document parlementaire de la 53 <sup>e</sup> législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	<i>DOC 53 0000/000:</i> Parlementair document van de 53 <sup>e</sup> zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
<i>QRVA:</i> Questions et Réponses écrites	<i>QRVA:</i> Schriftelijke Vragen en Antwoorden
<i>CRIV:</i> Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	<i>CRIV:</i> Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
<i>CRABV:</i> Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	<i>CRABV:</i> Beknopt Verslag (blauwe kaft)
<i>CRIV:</i> Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	<i>CRIV:</i> Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
<i>PLEN:</i> Séance plénière	<i>PLEN:</i> Plenum
<i>COM:</i> Réunion de commission	<i>COM:</i> Commissievergadering
<i>MOT:</i> Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)	<i>MOT:</i> Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

*Publications officielles éditées par la Chambre des représentants*

*Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers*

*Commandes:*  
*Place de la Nation 2*  
*1008 Bruxelles*  
*Tél. : 02/549 81 60*  
*Fax : 02/549 82 74*  
*www.lachambre.be*  
*e-mail : publications@lachambre.be*

*Bestellingen:*  
*Natieplein 2*  
*1008 Brussel*  
*Tel. : 02/ 549 81 60*  
*Fax : 02/549 82 74*  
*www.dekamer.be*  
*e-mail : publications@dekamer.be*

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

MESDAMES ET MESSIEURS,

**CHAPITRE 1<sup>er</sup>****Disposition introductory****Article 1<sup>er</sup>**

Cet article précise le fondement constitutionnel en matière de compétence.

**CHAPITRE 2****Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994****Section 1<sup>re</sup>**

*Mineurs étrangers non accompagnés*

**Art. 2**

Parmi les conditions que doit remplir, pour pouvoir être inscrit en qualité de titulaire MENA dans le cadre de l'assurance obligatoire, un jeune identifié comme MENA selon la loi Tutelle qui se trouve en âge d'obligation scolaire, figure la condition d'avoir fréquenté depuis au moins trois mois consécutifs l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire dans un établissement d'enseignement agréé par une autorité belge.

Cet article vise à octroyer au Roi le droit de déterminer des périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire.

En effet, il arrive souvent que la fréquentation scolaire des MENA soit retardée en raison du manque de place d'accueil en 2<sup>e</sup> phase, ce qui prolonge leur séjour dans les centres d'observation et d'orientation.

Par ailleurs, les jeunes présumés victimes de la traite des êtres humains, s'ils sont transférés rapidement dans un centre spécifique plus adapté (Centre Esperanto), doivent rester cachés et ne peuvent être inscrits directement dans un établissement scolaire.

**MEMORIE VAN TOELICHTING**

DAMES EN HEREN,

**HOOFDSTUK 1****Inleidende bepaling****Artikel 1**

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

**HOOFDSTUK 2****Wijzigingen aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994****Afdeling 1**

*Niet begeleide minderjarige vreemdelingen*

**Art. 2**

Onder de voorwaarden die een minderjarige, geïdentificeerd als NBMV krachtens de Voogdijwet, die de leerplichtige leeftijd heeft, moet vervullen, om ingeschreven te kunnen worden in de hoedanigheid van NBMV in het raam van de verplichte verzekering, staat de voorwaarde vermeld om gedurende tenminste drie opeenvolgende maanden onderwijs te hebben gevolgd van het basisniveau of tweede niveau in een door een Belgische overheid erkende onderwijsinstelling.

Dit artikel beoogt aan de Koning het recht te geven om de periodes te bepalen, die gelijkgesteld worden met periodes van volgen van onderwijs van het basisniveau of tweede niveau.

Het gebeurt immers vaak dat het schoolbezoek van NBMV wordt uitgesteld wegens een gebrek aan opvangplaats in de tweede fase, wat hun verblijf in de centra voor observatie en oriëntatie verlengt.

De minderjarigen, die verondersteld zijn slachtoffers te zijn van mensenhandel, indien zij snel overgebracht werden naar een specifiek en meer aangepast centrum (Centrum Esperanto), moeten overigens verstopt blijven en kunnen niet rechtstreeks ingeschreven worden in een onderwijsinstelling.

Ces jeunes sont bien souvent introduits dans un réseau de traite des êtres humains; le Centre Esperanto a été créé pour les protéger et les sécuriser et leur apporter la garantie qu'ils ne seraient plus en danger vis-à-vis du réseau exploitant.

Etant donné que la durée des deux situations exposées ci-dessus peut être longue, et qu'il importe que ces jeunes puissent rapidement, s'ils répondent aux conditions légales, être inscrits en qualité de titulaire MENA, afin de bénéficier d'une prise en charge de leurs soins de santé, certaines périodes de séjour dans les centres d'observation et d'orientation et dans le centre Esperanto doivent pouvoir être assimilées à des périodes de fréquentation scolaire.

## Section 2

### *Sevrage tabagique*

#### Art. 3

Cet article vise à donner à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique un caractère désormais optionnel pour le Roi.

L'intervention éventuelle pour l'aide médicamenteuse dans l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé fait, en effet, encore débat.

Lors de l'examen de ce qui allait devenir l'arrêté royal du 31 août 2009 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités pour l'assistance au sevrage tabagique, le Conseil d'État a relevé que la version actuelle de la loi prévoyait formellement cette intervention pour l'aide médicamenteuse, point que n'exécutait pas le projet d'arrêté royal.

La présente modification légale n'élargit donc pas l'intervention de l'assurance. Une éventuelle intervention dans l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique nécessiterait donc une modification de l'arrêté royal du 31 août 2009.

Deze minderjarigen worden vaak geïntroduceerd in een netwerk van mensenhandel; het Centrum Esperanto werd gecreëerd om hen te beschermen en hen te beveiligen en om hen de waarborg te geven dat ze niet meer in gevaar zouden zijn ten aanzien van het uitbuitende netwerk.

Aangezien de duur van de twee voorvernoemde situaties lang kan zijn, en aangezien het van belang is dat deze minderjarigen zo snel mogelijk ingeschreven worden in de hoedanigheid van NBMV, indien ze aan de reglementaire voorwaarden voldoen, om te genieten van een tenlasteneming van hun geneeskundig verzorging, moeten bepaalde periodes van verblijf in centra voor observatie en oriëntatie en in centra Esperanto kunnen worden gelijkgesteld met periodes van schoolbezoek.

## Afdeling 2

### *Tabaksontwenning*

#### Art. 3

Dit artikel laat de Koning toe om aan de hulp met geneesmiddelen bij tabaksontwenning een facultatief karakter te geven.

De eventuele tegemoetkoming voor hulp met geneesmiddelen in de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is immers nog het voorwerp van debatten.

Bij het onderzoek van wat het koninklijk besluit van 31 augustus 2009 inzake de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeer- ringen voor de hulp bij tabaksontwenning zou worden, heeft de Raad van State erop gewezen dat die te- gemoetkoming voor de hulp met geneesmiddelen formeel in de huidige versie van de wet was opgenomen; dit punt werd echter niet uitgevoerd in het ontwerpbesluit.

De huidige wettelijke wijziging breidt de verzeke- ringstegemoetkoming dus niet uit. Een eventuele te- gemoetkoming voor de hulp met geneesmiddelen bij tabaksontwenning vereist dus een wijziging van het koninklijk besluit van 31 augustus 2009.

**Section 3***Prothèses capillaires***Art. 4**

L'assurance obligatoire octroie actuellement une intervention forfaitaire pour les prothèses capillaires lorsqu'elles sont prescrites en vue de traiter certaines indications, comme la calvitie complète consécutive à une radiothérapie ou une chimiothérapie. Comme base légale d'intervention, il peut toujours être fait usage des dispositions relatives aux dispositifs médicaux. Le Conseil d'État a toutefois fait remarquer dans un avis que les prothèses capillaires ne peuvent pas être considérées comme des dispositifs médicaux. Afin de pouvoir conserver à l'avenir une intervention pour les bénéficiaires, il est proposé de créer une base légale spécifique et d'inscrire formellement les prothèses capillaires dans la liste des prestations de santé.

Sur le plan pratique, le remboursement actuel sera maintenu mais désormais sur une base légale plus conforme.

**Art. 5**

Cet ajout permet au médecin-conseil d'accorder le cas échéant une autorisation pour l'intervention en question. Le médecin-conseil peut alors exercer le contrôle nécessaire sur la prescription et la délivrance correctes ou non de la prestation concernée.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

**Art. 6**

Cet ajout donne compétence au Roi de fixer l'intervention de l'assurance pour les prothèses capillaires ainsi que les conditions de cette intervention.

**Section 4***Radio-isotopes*

La présente section apporte les modifications nécessaires à la mise en place de la nouvelle procédure de remboursement des radio-isotopes. L'objectif est de mettre au point un système comparable à celui en vigueur pour les spécialités pharmaceutiques: inscription

**Afdeling 3***Haarprotheses***Art. 4**

De verplichte verzekering kent momenteel een forfaitaire tegemoetkoming toe voor haarprothesen indien ze worden voorgeschreven ter behandeling van bepaalde indicaties, zoals volledige kaalhoofdigheid door radiotherapie of chemotherapie. Als wettelijke basis voor die tegemoetkoming werd steeds beroep gedaan op de bepalingen inzake de medische hulpmiddelen. De Raad van State heeft in een advies echter opgemerkt dat de haarprothesen niet als medische hulpmiddelen kunnen worden beschouwd. Om ook in de toekomst nog een tegemoetkoming voor de rechthebbenden te kunnen behouden wordt voorgesteld om een specifieke wettelijke basis te creëren en de haarprothesen uitdrukkelijk op te nemen in de lijst van de geneeskundige verstrekkingen.

Praktisch gezien zal de huidige terugbetaling worden behouden maar voortaan via een meer conforme wettelijke basis.

**Art. 5**

Deze toevoeging laat de adviserend geneesheer toen om indien nodig een machtiging te verlenen voor de desbetreffende tegemoetkoming. De adviserend geneesheer kan dan ook de nodige controle uitoefenen over het al dan niet correct voorschrijven en afleveren van de desbetreffende verstrekking.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

**Art. 6**

Deze toevoeging geeft aan de Koning de bevoegdheid om de verzekeringstegemoetkoming voor de haarprothesen vast te stellen alsook de voorwaarden van die tegemoetkoming.

**Afdeling 4***Radio-isotopen*

Deze afdeling brengt de nodige aanpassingen aan om de nieuwe terugbetalingsprocedure voor radio-isotopen te installeren. De doelstelling is het op punt stellen van een systeem dat vergelijkbaar is met dat van de farmaceutische specialiteiten: inschrijving per product, na

par produit, après évaluation d'un dossier de demande par le Conseil Technique des Radio-isotopes, dans des délais déterminés.

#### Art. 7

Cet article complète l'article 18 de la loi coordonnée afin de permettre à la Commission de contrôle budgétaire d'être informée trimestriellement des adaptations apportées à la liste instaurée par la réforme.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

#### Art. 8

Cet article abroge la mention de l'article 35, § 2ter dans la liste des propositions de modifications de la nomenclature des prestations de santé à transmettre par le Comité de l'assurance. En effet, avec l'introduction de la nouvelle procédure de remboursement, une simplification s'impose pour respecter les délais courts et contraignants.

#### Art. 9

Cet article abroge, pour les propositions et avis qui sont dispensés conformément à l'article 35, § 2ter, l'obligation d'avis du Service d'évaluation et de contrôle médical. En effet, avec l'introduction de la nouvelle procédure de remboursement, une simplification s'impose pour respecter les délais courts et contraignants.

#### Art. 10

Pour permettre une adaptation rapide de la liste, cet article prévoit que la liste, confirmée par le Roi, peut être adaptée par le ministre sur proposition du Conseil Technique des Radio-isotopes sans passage par le Comité de l'assurance. Le Conseil Technique des radio-isotopes conserve sa compétence de proposition ou d'avis. Dans la mesure où l'intention (Travaux préparatoires relatifs aux modifications des articles 81 à 86 de la loi du 27 décembre 2005 portant des dispositions diverses — Projet de loi portant des dispositions diverses, Doc.parl., Ch. Repr., sess. ord. 2005-2006, n°2098/001, pp.59-61) a toujours été de mettre en place une procédure de remboursement spécifique pour les produits radio-pharmaceutiques, indépendamment du statut de ces produits (spécialité pharmaceutique, dispositif médical, préparation magistrale, ...), cet article permet également au Roi, pour l'application de l'art. 35, § 2ter, d'assimiler aux radio-isotopes remboursables les

evaluatie van een aanvraagdossier door de Technische Raad Radio-isotopen, binnen vastgestelde termijnen.

#### Art. 7

Dit artikel vervolledigt het artikel 18 van de gecoördineerde wet teneinde de Commissie voor begrotingscontrole toe te laten om trimestrieel te worden geïnformeerd over de wijzigingen aangebracht aan de lijst ingesteld door de hervorming.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

#### Art. 8

Dit artikel schrappt de vermelding van artikel 35, § 2ter in de lijst van de door het Verzekeringscomité door te sturen voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Bij de invoering van de nieuwe terugbetalingsprocedure dringt zich immers een vereenvoudiging op om korte en bindende termijnen na te leven.

#### Art. 9

Dit artikel schrappt voor de voorstellen en adviezen die verstrekt zijn overeenkomstig artikel 35, § 2ter de verplichting van een advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Bij de invoering van de nieuwe terugbetalingsprocedure dringt zich immers een vereenvoudiging op om de korte en bindende termijnen na te leven.

#### Art. 10

Om een vlotte aanpassing van de lijst mogelijk te maken voorziet dit artikel dat de lijst die door de Koning bevestigd werd, op voorstel van de Technische Raad Radio-isotopen, aangepast kan worden door de minister zonder passage bij het Verzekeringscomité. De Technische Raad Radio-isotopen behoudt hierbij haar bevoegdheid tot het formuleren van voorstellen en adviezen. In de mate dat het steeds de betrachting was (Voorbereidende werken betreffende de wijzigingen van artikels 81 tot 86 van de wet van 27 december 2005 houdende diverse bepalingen, Wetsontwerp houdende diverse bepalingen, Parl. Doc. Kamer Volks. Gewone zitting 2005-2006, nr. 2098/001, p.59-61) een specifieke terugbetalingsprocedure op te richten voor de radiofarmaceutische producten ongeacht het statuut van deze producten (farmaceutische specialiteit, medisch hulpmiddel, magistrale bereiding, ...) laat dit artikel de Koning tevens toe, voor de toepassing van art. 35, § 2

produits radioactifs ou rendus radioactifs appartenant à d'autres catégories des prestations de santé.

#### Art. 11

Etant donné que la nouvelle formulation de l'article 35, § 2ter, prévoit que le ministre adapte la liste sur proposition du Conseil Technique des Radio-isotopes, le dernier alinéa du § 3 de l'article 37 qui prévoit que le Roi définit la nomenclature et détermine la base de remboursement est abrogé.

#### Art. 12

Contrairement à la situation actuelle, les produits radio-pharmaceutiques seront repris dans la liste de manière limitative. L'inscription dans la liste sera obtenue après une demande de remboursement introduite par le demandeur.

Ici est insérée une section qui définit les obligations des demandeurs qui mettent sur le marché belge des produits radio-pharmaceutiques et en demandent le remboursement, dans une optique similaire à celle qui existe pour les spécialités pharmaceutiques.

L'article 77*quinquies* prévoit explicitement une obligation d'approvisionnement du marché par la firme qui demande le remboursement d'un produit radio-pharmaceutique. Il détermine également les obligations d'information corollaires ainsi que les conséquences de l'incapacité à approvisionner le marché.

En réponse à la remarque du Conseil d'État, il est précisé que les termes "produits radio-pharmaceutiques" et "radio-isotopes" ont un contenu différent. Les médicaments, les dispositifs médicaux et les préparations magistrales peuvent contenir des radio-isotopes. Tous ces moyens se composent d'une partie chaude (radio-isotopes) et d'une partie froide (véhicule d'administration). Le terme "produits radio-pharmaceutiques" vise les deux. L'objectif est de lister les deux parties. Le projet ne doit donc pas être adapté.

ter, radioactieve producten of producten die radioactief gemaakt worden en die behoren tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen gelijk te stellen aan vergoedbare radio-isotopen.

#### Art. 11

Aangezien de nieuwe formulering van artikel 35, § 2ter voorziet dat de minister op voorstel van de Technische Raad Radio-isotopen, de lijst aanpast, wordt het laatste lid van § 3 van artikel 37, dat voorziet dat de Koning de nomenclatuur vastlegt en de vergoedingsbasis bepaalt opgeheven.

#### Art. 12

In tegenstelling tot de huidige situatie zullen de radiofarmaceutische producten limitatief in de lijst opgenomen worden. De inschrijving in de lijst wordt bekomen na een aanvraag tot terugbetaling vanwege de aanvrager.

Hier wordt een afdeling ingevoegd die de verplichtingen vastlegt van de aanvragers die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengen en terugbetaling vragen, met een optiek die soortgelijk is als deze die bestaat voor de farmaceutische specialiteiten.

Artikel 77*quinquies* voorziet explicet de verplichting tot het bevoorraden van de markt door de firma die terugbetaling aanvraagt voor een radiofarmaceutisch product. Het bepaalt tevens de informatieplicht die daar uit voortvloeit en de gevolgen van het niet in staat zijn van het bevoorraden van de markt.

In antwoord op de opmerking van de Raad van State wordt verduidelijkt dat de termen "radiofarmaceutische producten" en "radio-isotopen" een verschillende inhoud hebben. Geneesmiddelen, medische hulpmiddelen en magistrale bereidingen kunnen radio-isotopen bevatten. Al deze middelen bestaan uit een warm gedeelte (radio-isotoop) en een koud gedeelte (toedieningsvehikel). De term "radio-farmaceutische producten" beoogt beide. Het is de bedoeling beide delen afzonderlijk op te lijsten. Het ontwerp dient dus niet te worden aangepast.

**Section 5***Maximum à facturer***Art. 13**

Cet article apporte des modifications en ce qui concerne l'intervention personnelle qui est prise en compte pour l'application du maximum à facturer pour les médicaments.

Pour l'instant, ne sont repris de manière générale dans le maximum à facturer que les interventions personnelles pour les médicaments de catégories A, B et C de la liste, l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui sont admis dans un hôpital général et l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui séjournent dans un hôpital psychiatrique ou dans une maison de soins psychiatriques.

En 2012, ont été créées les catégories de remboursement Fa et Fb pour lesquelles la base de remboursement est établie comme un montant fixe ou un maximum par indication, traitement ou examen pour le médicament ou l'ensemble de médicaments qui sont délivrés pour cette indication, ce traitement ou cet examen. Les modifications proposées visent à inclure les médicaments repris aux catégories de remboursement Fa et Fb dans le maximum à facturer. Il s'agit de médicaments nécessaires sur le plan médico-thérapeutique tout comme ceux qui relèvent des catégories A et B et qui sont déjà pris en compte dans le cadre du maximum à facturer.

Une seconde modification permet de prendre également en compte dans le maximum à facturer l'intervention personnelle qui est fixée en vertu de l'article 37, § 3/3 de la loi coordonnée pour les médicaments qui sont délivrés à des bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour ou d'autres institutions qui constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées comme c'est déjà le cas pour l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments dispensés aux bénéficiaires hospitalisés et pour l'intervention personnelle forfaitaire pour les médicaments dispensés aux bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'Etat.

**Afdeling 5***Maximumfactuur***Art. 13**

Dit artikel brengt enkele wijzigingen aan met betrekking tot het persoonlijk aandeel van geneesmiddelen dat in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van de maximumfactuur.

Momenteel worden in het algemeen enkel de persoonlijke aandelen van de geneesmiddelen die behoren tot de categorieën A, B en C van de lijst, alsook het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen en het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven opgenomen in de maximumfactuur.

In 2012 werden de vergoedingscategorieën Fa en Fb gecreëerd, waarbij de vergoedingsbasis wordt vastgesteld op een vast bedrag of een maximum per indicatie, behandeling of onderzoek voor het geneesmiddel of het geheel van de geneesmiddelen die voor deze indicatie, deze behandeling of dit onderzoek worden verstrekt. De voorgestelde wijzigingen hebben tot doel om de geneesmiddelen die behoren tot de vergoedingscategorieën Fa en Fb op te nemen in de maximumfactuur. Het gaat hierbij om medisch-therapeutisch noodzakelijke geneesmiddelen zoals degene die momenteel behoren tot de categorieën A en B en die reeds in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.

Een tweede wijziging laat toe om ook het persoonlijk aandeel dat in uitvoering van artikel 37, § 3/3 van de gecoördineerde wet wordt vastgesteld voor geneesmiddelen die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf of andere instellingen die de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken in aanmerking te nemen voor de maximumfactuur, zoals dit reeds het geval is voor het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen die worden verstrekt aan gehospitaliseerde recht-hebbenden en voor het forfaitair persoonlijk aandeel voor geneesmiddelen die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

## Art. 14

A l'article 37*septies* sont déterminés les cas dans lesquels l'intervention de l'assurance obligatoire reste inchangée même lorsque le montant de référence des interventions personnelles prises en charge par le bénéficiaire est atteint. Les modifications proposées permettent également de rembourser les interventions personnelles relatives aux médicaments qui, conformément à l'article précédent, sont prises en compte pour le montant de référence, lorsque ce montant de référence est atteint.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

## Art. 15

Cet article fixe la date d'entrée en vigueur des articles 13 et 14. Comme les quotes-parts personnelles visées pourront éventuellement être prises en compte avant que la loi soit portée à la connaissance des bénéficiaires, une entrée en vigueur avec effet rétroactif est exigée afin qu'elles puissent être prises en compte immédiatement pour le maximum à facturer.

La disposition s'inscrit donc dans les hypothèses citées par le Conseil d'État.

**Section 6***Statut affection chronique*

La présente section vise à introduire dans la loi un statut "affection chronique". Ce statut devant être précisé et défini par le Roi permet de cibler une catégorie de bénéficiaires à laquelle certains droits seront accordés automatiquement.

Il s'intitule "statut affection chronique" pour qu'il n'y ait pas de confusion avec les dispositions relatives aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique (article 37, § 16bis) et les enfants malades chroniques (article 25*quinquies*) qui conservent leurs droits.

## Art. 16

L'article vise à introduire le cadre général d'un statut affection chronique qui est une des mesures envisagées dans le cadre du Plan "Priorités aux malades chroniques" du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. La reconnaissance d'un "statut" de la personne atteinte d'une affection chronique a pour

## Art. 14

In artikel 37*septies* wordt bepaald in welke gevallen de tegemoetkoming van de verplichte verzekering ongewijzigd blijft, zelfs als het referentiebedrag van de door de rechthebbende ten laste genomen persoonlijke aanden is bereikt. De voorgestelde wijzigingen laten toe om de persoonlijke aanden betreffende geneesmiddelen die overeenkomstig het vorige artikel in aanmerking worden genomen voor het referentiebedrag ook terug te betalen eens het referentiebedrag is bereikt.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

## Art. 15

Dit artikel stelt de datum van inwerkingtreding van de artikels 13 en 14 vast. Vermits de beoogde persoonlijke aanden mogelijks reeds voor de bekendmaking van de wet aan de rechthebbenden zullen kunnen worden aangerekend is een inwerkingtreding met terugwerkende kracht vereist opdat zij onmiddellijk in aanmerking zouden kunnen worden genomen voor de maximumfactuur.

De bepaling schrijft zich dus in in de hypothesen aangehaald door de Raad van State.

**Afdeling 6***Statuut chronische aandoening*

Deze afdeling beoogt de invoering van een statuut "chronische aandoening" in de wet. Dit statuut moet nog verder worden uitgewerkt en gedefinieerd door de Koning, en laat toe om een categorie van rechthebbenden af te bakenen die automatisch een aantal rechten kan worden toegekend.

Dit statuut wordt "statuut chronische aandoening" genoemd opdat er geen verwarring zou ontstaan met de bepalingen betreffende rechthebbenden met een chronische ziekte (artikel 37, § 16bis) en chronisch zieke kinderen (artikel 25*quinquies*), die hun rechten behouden.

## Art. 16

Het artikel beoogt de invoering van het algemeen kader van het statuut "chronische aandoening"; dit is een van de maatregelen die worden beoogd in het kader van het programma "Prioriteit aan chronisch zieke" van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De erkenning van een "statuut" voor de persoon met een

objectif d'aider les personnes atteintes de maladie chronique sévère à faire face à leurs frais de soins de santé. Cette reconnaissance devra permettre aux patients de bénéficier automatiquement de certains droits. Afin d'identifier les futurs bénéficiaires du "statut" de personne atteinte d'affection chronique, l'INAMI a mis en place un groupe de travail composé de représentants des associations de patients, des organismes assureurs et des services INAMI, SPF Santé Publique et Sécurité sociale. Ce groupe de travail a élaboré un modèle basé principalement sur les dépenses en soins de santé répétées.

Trois critères ont été dégagés:

1° un montant minimum de dépenses de santé sur une certaine durée, pour démontrer la chronicité de la maladie.

Un montant de 300 euros par trimestre durant huit trimestres consécutifs a été envisagé sur base de calculs ayant été effectués en tenant compte de différentes catégories de patients, différentes dépenses de santé récurrentes et des mécanismes existants pour les malades chroniques.

Une base trimestrielle permet de mieux tenir compte des frais réels et de la chronicité (conditionnement de trois mois pour certains médicaments, traitements paramédicaux facturés par 'groupe' de séances, ...).

La durée de huit trimestres consécutifs est envisagée pour ne pas prendre en compte les "accidents de santé", par exemple, les personnes qui présentent des frais importants répétés sur une période plus ou moins longue sans pour autant souffrir d'une maladie chronique.

En ce qui concerne les dépenses totales de santé, il est envisagé de tenir compte à la fois du montant remboursé par l'assurance soins de santé obligatoire et de l'intervention personnelle qui reste à charge de l'assuré social. A ce stade de la réflexion, les suppléments exigés des assurés sociaux ne seraient pas pris en considération. Dans ce cadre, le coût, tel que défini ci-dessus, des prestations prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire serait, en tout cas comptabilisé. La disposition légale telle que rédigée permet une évolution du statut en fonction des buts à atteindre et de l'évolution de la situation des patients atteints d'une maladie chronique. Ainsi, il n'est pas inenvisageable que des prestations de santé non encore prises en charge par l'assurance soins de santé obligatoire soient prises

chronische aandoening beoogt de personen met een ernstige chronische ziekte te helpen om hun kosten voor medische verzorging te dragen. Deze erkenning moet toelaten dat de patiënten automatisch bepaalde rechten genieten. Om de toekomstige rechthebbenden van het "statuut" van personen met een chronische aandoening te identificeren, heeft het RIZIV een werkgroep opgericht waarin vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, verzekeringsinstellingen en diensten van het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en de FOD Sociale zekerheid zetelen. Deze werkgroep heeft een model uitgewerkt dat voornamelijk is gebaseerd op de steeds terugkerende kosten voor geneeskundige verzorging.

Drie criteria werden ontwikkeld:

1° een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging over een bepaalde tijdsspanne, om de chronische aard van de ziekte aan te tonen.

Er wordt een bedrag beoogd van 300 euro per trimester gedurende acht opeenvolgende trimesters op basis van berekeningen waarbij rekening wordt gehouden met de verschillende categorieën patiënten, verscheidene terugkerende uitgaven voor gezondheidszorg en de bestaande mechanismen voor de chronisch zieken.

Door een trimestriële basis in aanmerking te nemen kan beter rekening worden gehouden met de werkelijke kosten en het chronisch karakter (verpakking van drie maanden voor bepaalde geneesmiddelen, paramedische behandelingen gefactureerd per 'reeks' van zittingen...).

De duur van acht opeenvolgende trimesters wordt beoogd om te vermijden dat "gezondheidsongevallen" in aanmerking zouden worden genomen; men kan hierbij bijvoorbeeld denken aan personen die over een min of meer lange periode hoge en terugkerende kosten hebben zonder echter chronisch ziek te zijn.

Wat de totale uitgaven voor geneeskundige verzorging aangaat, wordt beoogd om zowel rekening te houden met het bedrag dat wordt terugbetaald door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, als met het persoonlijk aandeel dat ten laste blijft van de sociaal verzekerde. In de huidige fase van de reflectie worden de supplementen van de sociaal verzekerden niet in aanmerking genomen. In dit kader zou in elk geval de kost, zoals ze hierboven is gedefinieerd, van de verstrekkingen die worden ten laste genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, worden bijgehouden. De wettelijke bepaling is zodanig opgesteld dat het statuut kan evolueren in functie van de te bereiken doeleinden en de evolutie van de situatie van patiënten met een chronische ziekte. Het is dus niet

en considération parce qu'elles grèvent plus ou moins lourdement le budget du malade chronique.

2° ce statut sera également octroyé aux bénéficiaires de l'actuel forfait malade chronique visé à l'article 37, § 16bis, 2° de la même loi;

3° ce statut sera également octroyé aux bénéficiaires de l'assurance soins de santé souffrant d'une maladie rare ou orpheline.

Pour la définition de la notion de maladie rare ou de maladie orpheline, il sera tenu compte des critères énoncés par le Groupe de travail "statut malade chronique" à savoir une prévalence inférieure à 1/2 000, reprise sur le site Orphanet et sur attestation médicale rédigée par un médecin spécialiste travaillant dans un centre de référence pour maladie rare.

Il faudra aussi déterminer la méthode d'évaluation de la gravité des conséquences de la maladie.

Le Roi déterminera également les conditions d'ouverture, de maintien et de retrait du statut affection chronique, sur proposition du groupe de travail "assurabilité" ou après avis rendu par ce groupe à la demande du ministre des Affaires sociales dans le délai fixé par lui et après avis du comité d'assurance.

Selon les conclusions du Groupe de travail "Statut malade chronique", ce statut serait octroyé pour une période de deux ans sur base d'un des critères ci-dessus. Par la suite, il serait prolongé si le bénéficiaire présente des dépenses de santé de 1 200 euros (ou d'un des deux autres critères que le premier ci-dessus) pendant une année civile considérée comme période de référence. Tant l'octroi que le maintien de ce statut se ferait essentiellement de manière automatique sans qu'aucune démarche particulière ne soit demandée à l'assuré social concerné.

La base annuelle serait privilégiée de manière à tenir compte des patients souffrant d'une pathologie chronique évoluant par poussées (maladie de Crohn, rectocolite ulcéreuse, psoriasis, polyarthrite rhumatoïde...) et dont les dépenses suivent cette évolution.

ondenkbaar dat geneeskundige verstrekkingen die nog niet ten laste worden genomen door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, in aanmerking worden genomen wanneer ze min of meer zwaar wegen op het budget van de chronisch zieke.

2° dit statuut zal eveneens worden toegekend aan de rechthebbenden van het huidige forfait chronisch zieke dat wordt bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2°, van dezelfde wet.

3° dit statuut zal eveneens worden toegekend aan de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging die lijden aan een zeldzame ziekte of een weesziekte.

Voor de definitie van de notie "zeldzame ziekte" of "weesziekte", zal rekening worden gehouden met de criteria die zijn aangehaald door de Werkgroep "statuut chronisch zieke" zoals de prevalentie van minder dan 1/2 000, die wordt vermeld op de site Orphanet en op het geneeskundig getuigschrift dat wordt opgesteld door een geneesheer-specialist die werkt in een referentiecentrum voor zeldzame ziekten.

Ook de methode waarmee de ernst van de gevolgen van de ziekte zal worden beoordeeld dient te worden bepaald.

De Koning moet eveneens de voorwaarden vastleggen voor de toegang, het behoud en het intrekken van het statuut chronisch aandoening, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid of na advies van deze groep gegeven op verzoek van de minister van Sociale Zaken binnen de door hem vastgelegde termijn en na advies van de verzekeringscomité.

Op grond van de conclusies van de Werkgroep "statuut chronisch zieke" zou het statuut voor een periode van twee jaar worden verleend op basis van één van de hierboven opgenomen criteria. Vervolgens zou het worden verlengd mits de rechthebbende 1 200 euro gezondheidsuitgaven heeft gehad (of één van de twee andere criteria dan het eerste hierboven) gedurende een kalenderjaar dat wordt beschouwd als referentieperiode. Zowel de toekenning als het behoud van het statuut zouden voornamelijk automatisch gebeuren zonder dat de betrokken sociaal verzekerde bepaalde stappen moet ondernemen.

Door het naar voor schuiven van een jaarlijkse basis, kan rekening worden gehouden met patiënten die een chronische ziekte hebben die afwisselend verdwijnt en weer opflakkert (ziekte van Crohn, rectocolitis, psoriasis, reumatische polyarthritis...) en waarvan de uitgaven die evolutie volgen.

Dans son avis, le Conseil d'État souligne l'étendue de la délégation donnée au Roi en ce qu'elle porte sur plusieurs éléments importants pour l'octroi du statut. Comme indiqué ci-dessus, ce statut, de nature administrative, vise à permettre d'identifier les personnes atteintes de maladie chronique au moyen de critères pertinents. Sur la base des connaissances et des données à disposition des membres du groupe de travail, celui-ci a formulé des propositions et procédé à des calculs. Il est important de prévoir une adaptation possible de ce statut en permettant la prise en considération des évolutions constatées sur le terrain afin de coller au mieux à la réalité vécue par ces patients. Pour ces raisons, il a été jugé opportun de prendre une base légale souple permettant, ainsi que déjà souligné, d'adapter ou d'affiner les critères retenus et d'estimer si certains d'entre eux doivent être cumulés.

Le texte de l'article a été adapté suite à l'avis du Conseil d'État en ce qui concerne son numéro et les procédures d'avis.

## Section 7

### *Tiers payant*

#### Art. 17

Le tiers payant, en ce qu'il permet à l'assuré de ne pas faire l'avance du coût des soins de santé pris en charge par l'assurance obligatoire, améliore l'accessibilité financière des prestations de santé remboursées. Pour le moment, les dispensateurs de soins ont en principe le libre choix de ne pas appliquer le régime du tiers payant. Il existe seulement une obligation dans certains cas spécifiques. Ainsi, le régime du tiers payant doit, entre autre, être appliqué pour le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé dans le prix d'une journée d'entretien et les prestations médicales qui sont octroyées pendant une hospitalisation. La disposition introduite a pour objet de rendre obligatoire l'application du tiers payant pour deux groupes plus vulnérables sur ce plan: les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique, et ce pour toutes les prestations de santé qui leur sont octroyées.

L'obligation d'application du régime du tiers payant vaudra pour tous les bénéficiaires de l'intervention majorée, à la fois pour ceux repris à l'article 37, § 19, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, comme pour les pensionnés, les veuves et les veufs, les invalides, qui

De Raad van State benadrukt in zijn advies het uitgebreid karakter van de bevoegdheid aan de Koning voor wat betreft verschillende belangrijke elementen voor de toekenning van het statuut. Zoals hierboven werd aangegeven beoogt het statuut, dat administratief van aard is, de identificatie van personen met een chronische ziekte door middel van pertinente criteria. De werkgroep heeft, op basis van de kennis en de gegevens waarover haar leden beschikt, voorstellen gedaan en berekeningen gemaakt. Het is belangrijk een mogelijke aanpassing van dit statuut te voorzien opdat rekening kan worden gehouden met de evoluties op het terrein teneinde zo goed als mogelijk in te spelen op de realiteit zoals deze wordt beleefd door deze patiënten. Om die reden werd het aangewezen geacht om een soepele wettelijke basis te nemen opdat — zoals reeds werd benadrukt — de weergehouden criteria kunnen worden aangepast of verfijnd en opdat kan worden bepaald of sommige van deze criteria dienen te worden gecumuleerd.

De tekst van het artikel werd aangepast aan het advies van de Raad van State wat het nummer van het artikel betreft en de adviesprocedures.

## Afdeling 7

### *Derdebetaler*

#### Art. 17

De derdebetalersregeling, die de verzekerde toelaat de kosten voor geneeskundige verzorging die worden ten laste genomen door de verplichte verzekering niet te moeten voorschieten, draagt bij tot de financiële toegankelijkheid van de terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. Momenteel hebben zorgverleners in principe de vrije keuze om de derdebetalersregeling al dan niet toe te passen. Enkel in een aantal welbepaalde gevallen bestaat er een verplichting. Zo moet de derdebetalersregeling onder meer worden toegepast voor de betaling van de verzekerings-tegemoetkoming in de verpleegdagprijs en de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend tijdens een hospitalisatie. De ingevoerde bepaling wil de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht maken voor twee groepen die kwetsbaarder zijn op dat vlak: de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en de rechthebbenden op het statuut chronische aandoening, en dit voor al de geneeskundige verstrekkingen die hen worden verleend.

De verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling zal gelden ten aanzien van alle rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, zowel ten aanzien van deze bedoeld in artikel 37, § 19, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, als ten aanzien van de

sont actuellement repris à l'article 37, § 1. La disposition en projet tient compte de la réforme de l'intervention majorée qui est prévue par la loi Programme (I) du 29 mars 2012 et par laquelle tous les bénéficiaires sont regroupés sous le § 19.

La disposition insérée relative à l'interdiction qui peut être imposée aux dispensateurs individuels offre la possibilité de contrer les abus de la réglementation. Etant donné que le régime du tiers payant a pour but en premier lieu de garantir l'accessibilité financière des prestations de santé, il est précisé que l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant a la priorité sur une éventuelle interdiction.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

#### Art. 18

L'entrée en vigueur de l'habilitation au Roi de préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels est fixée au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

L'entrée en vigueur de l'application obligatoire du tiers payant pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique est fixée au même jour que celle de la réforme de l'intervention majorée qui est prévue par la loi Programme (I) du 29 mars 2012. Cette réforme entre en vigueur à une date déterminée par le Roi et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Dans le projet qui a été présenté au Conseil d'État pour avis, ce lien n'était pas fait. Ceci est toutefois nécessaire afin d'éviter que l'obligation ne soit d'application que seulement pour certains bénéficiaires de l'intervention majorée.

#### Section 8

##### *Des sanctions*

#### Art. 19

L'article 37, § 6, de la loi coordonnée stipule que le Roi fixe le montant des honoraires que les dispensateurs de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer les sanctions visées à l'article 170 de la loi coordonnée

gepensioneerden, weduwen en weduwnaars, invaliden en wezen, die momenteel worden bedoeld in artikel 37, § 1. De ontworpen bepaling houdt rekening met de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming die is voorzien door de Programmawet (I) van 29 maart 2012 en waarbij alle rechthebbenden worden gegroepeerd in paragraaf 19.

De ingevoerde bepaling mbt het verbod dat kan worden opgelegd aan individuele zorgverleners biedt de mogelijkheid om misbruiken van de regeling tegen te gaan. Gezien de derdebetalersregeling in de eerste plaats tot doel heeft de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te waarborgen wordt gepreciseerd dat de verplichting om de derdebetalersregeling toe te passen voorrang heeft op een eventueel verbod.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

#### Art. 18

De inwerkingtreding van de bevoegdverklaring van de Koning om de voorwaarden en modaliteiten te preciseren volgens dewelke een verbod wordt uitgesproken ten aanzien van individuele zorgverleners wordt vastgesteld op 1 januari 2013.

De inwerkingtreding van de verplichte toepassing van de derdebetalersregeling voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en rechthebbenden op het statuut chronische aandoening wordt vastgesteld op dezelfde dag als deze van de hervorming van de verhoogde tegemoetkoming die is voorzien door de Programmawet (I) van 29 maart 2012. Deze hervorming treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum en ten laatste op 1 januari 2014. In het ontwerp dat aan de Raad van State voor advies is voorgelegd was deze koppeling niet gemaakt. Dit is echter noodzakelijk om te vermijden dat de verplichting enkel zou gelden ten aanzien van bepaalde rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.

#### Afdeling 8

##### *Sancties*

#### Art. 19

Artikel 37, § 6, van de gecoördineerde wet bepaalt dat de Koning de honoraria vaststelt die de zorgverleners voor wie geen overeenkomst bestaat, op straffe van de in artikel 170 van de gecoördineerde wet vermelde sancties, moeten naleven voor de wegens revalidatie

pour les soins de rééducation. La loi du 6 juin 2010 introduisant le Code pénal social, annule toutefois l'article 170 et reprend cette sanction dans un article 101. Le renvoi à l'article 170 est dès lors devenu sans objet et est remplacé par un renvoi à l'article correspondant du Code pénal social.

## Section 9

### *Accord national*

#### Art. 20

L'article 50 de la loi coordonnée ne prévoit aucune disposition quant au statut de conventionnement des médecins et praticiens de l'art dentaire dans la période entre l'accord ou document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2°, venu à expiration et le nouvel accord ou document précité. Il en résulte une incertitude quant aux tarifs que le médecin ou le praticien de l'art dentaire peuvent pratiquer durant cette période.

Le présent projet contient une nouvelle disposition qui clarifie la situation.

Avec cette disposition, le médecin ou le praticien de l'art dentaire conserve le même statut de conventionnement qu'il avait avant expiration de l'accord ou du document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2°, jusqu'au jour où il notifie son refus d'adhésion au nouvel accord ou document ou jusqu'au jour où il est réputé avoir adhéré au nouvel accord ou document.

Ainsi tous les interlocuteurs concernés sont au courant des tarifs qui peuvent être pratiqués par les médecins ou les praticiens de l'art dentaire dans la période entre la fin d'un accord ou document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2° et l'entrée en vigueur du nouvel accord ou document précité, étant entendu que les tarifs applicables sont ceux en vigueur au moment de la prestation en ce compris ceux prévus par le nouvel accord ou le document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2°. Le maintien du statut que le médecin ou le praticien de l'art dentaire avait dans le cadre de l'accord venu à expiration n'implique donc aucunement le maintien automatique de l'application des anciens tarifs prévus par l'accord ou le document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2°, venu à expiration. La disposition assure ainsi la sécurité juridique pour tous les concernés.

vereiste hulp. De wet van 6 juni 2010 tot invoering van het Sociaal Strafwetboek, die in werking is getreden op 1 juli 2011, heft artikel 170 echter op en herneemt die sanctie in een artikel 101. De verwijzing naar artikel 170 is bijgevolg zonder voorwerp geworden en wordt vervangen door een verwijzing naar het overeenkomstige artikel van het Sociaal Strafwetboek.

## Afdeling 9

### *Nationaal Akkoord*

#### Art. 20

In artikel 50 is geen regeling voorzien voor wat het statuut van conventionering van geneesheren en tandheelkundigen betreft in de periode tussen een akkoord of document zoals bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, dat is verstreken, en het nieuwe akkoord of voorname document. Hierdoor heerst onzekerheid over de tarieven die de geneesheren en tandheelkundigen kunnen hanteren tijdens die periode.

Dit ontwerp bevat een nieuwe bepaling die daarom duidelijkheid verschafft.

Door deze bepaling, behoudt een geneesheer of tandheelkundige hetzelfde statuut van conventionering dat die had voor het verstrijken van het akkoord of document zoals bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, tot de dag waarop hij kennis geeft van zijn weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document, of tot de dag waarop hij wordt geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document.

Op die manier zijn alle betrokkenen op de hoogte van de tarieven die de geneesheren of tandheelkundigen mogen hanteren in de periode tussen het aflopen van een akkoord of document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2° en het inwerkingtreden van een nieuw akkoord of voorname document, met dien verstande dat de toepasselijke tarieven die zijn welke op het ogenblik van de verstrekkings van kracht zijn, met inbegrip van die waarin de nieuwe overeenkomst of het document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2° voorzien. Het behoud van het statuut dat de arts of de tandarts in het kader van de afgelopen overeenkomst had, betekent dus helemaal niet dat de oude tarieven uit de afgelopen overeenkomst of het document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2° automatisch verder blijven gelden. Deze bepaling verzekert zo rechtszekerheid voor alle betrokkenen.

**Section 10***Liaison pédiatrique*

Dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les dispositions relatives à la conclusion de conventions entre l'INAMI et les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile sont abrogées. La raison de cette abrogation réside dans le fait que ces équipes ont été réglementées dans le domaine de la Santé publique. En exécution du Plan Cancer, des normes d'agrément ont été fixées par un arrêté royal du 15 novembre 2010 pour la fonction "liaison pédiatrique". Dans le cadre du budget des moyens financiers des hôpitaux, un financement structurel est prévu, combiné à un agrément.

**Art. 21**

La disposition qui prévoit que le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, conclut des conventions en matière d'équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile, est abrogée. Cette matière est dorénavant régie non pas par voie de conventions mais dans le domaine de la Santé publique. Les fonctions "liaison pédiatrique" peuvent être agréées et financées en exécution de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins.

**Art. 22**

La disposition qui prévoit que le Collège des médecins-directeurs établit des projets de conventions avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile, est également abrogée. Comme expliqué à l'article A, plus aucune convention n'est conclue en la matière.

**Art. 23**

Les conditions minimales d'agrément d'une convention entre l'INAMI et les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile sont abrogées. Comme déjà dit, des normes minimales auxquelles la fonction "liaison pédiatrique" doit répondre pour être agréée ont été fixées par l'arrêté royal du 15 novembre 2010, en exécution de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008. Pour une fonction agréée par la Communauté/la Région, l'hôpital perçoit un financement dans le cadre du budget des moyens financiers des hôpitaux.

**Afdeling 10***Pediatrische liaison*

In de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de bepalingen opgeheven die betrekking hebben tot het sluiten van convenenties tussen het RIZIV en pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes. Reden voor deze opheffing is dat deze équipes werden gereglementeerd binnen het domein Volksgezondheid. In uitvoering van het Kankerplan werden bij een koninklijk besluit van 15 november 2010 erkenningsnormen vastgesteld voor de functie pediatrische liaison. Gekoppeld aan een erkenning is binnen het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen een structurele financiering voorzien.

**Art. 21**

De bepaling die voorziet dat het Verzekeringscomité op voorstel van het College van geneesheren-directeurs convenenties sluit op het vlak van pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes, wordt opgeheven. Deze materie wordt voortaan niet via convenenties maar binnen het domein Volksgezondheid geregeld. Functies pediatrische liaison kunnen in uitvoering van de gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen worden erkend en gefinancierd.

**Art. 22**

De bepaling dat het college van geneesheren-directeuren ontwerpen van convenenties met pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes opstelt, wordt eveneens opgeheven. Zoals bij artikel A is toegelicht worden er terzake geen convenenties meer gesloten.

**Art. 23**

De minimale voorwaarden voor de erkenning van een conventie tussen het RIZIV en pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes worden opgeheven. Zoals reeds gesteld zijn bij het koninklijk besluit van 15 november 2010 in uitvoering van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, minimale normen vastgesteld waaraan de functie pediatrische liaison moet voldoen om te worden erkend. Voor een door de gemeenschap/het gewest erkende functie ontvangt het ziekenhuis een financiering in het kader van het budget voor financiële middelen van de ziekenhuizen.

### CHAPITRE 3

#### **Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008**

Aucune modification n'a été apportée à l'intitulé du chapitre et aux références à la loi sur les hôpitaux et autres établissements hospitaliers, coordonnée le 10 juillet 2008 pour tenir compte de la remarque du Conseil d'État.

#### Art. 24

Un nouveau chapitre "Accessibilité financière de l'hôpital" est ajouté au titre Ier "Dispositions générales" de la loi sur les hôpitaux et autres établissements hospitaliers, coordonnée le 10 juillet 2008.

#### Art. 25

L'accord de gouvernement précise que les suppléments d'honoraires dans les chambres communes et à deux lits doivent être interdits. Le fait de réclamer des suppléments d'honoraires dans les chambres communes et à deux lits est, en ce qui concerne les médecins hospitaliers, interdit par l'adaptation dans le présent projet de loi de l'article 152 de la loi sur les hôpitaux et autres établissements hospitaliers coordonnée le 10 juillet 2008.

D'autres praticiens, qui peuvent travailler comme indépendants dans l'hôpital (par exemple les sages-femmes, kinésithérapeutes, infirmiers...), ne sont néanmoins pas visés par l'article 152.

Le présent article confie au Roi la possibilité d'étendre, par arrêté délibéré, les règles pertinentes de l'article 152 à d'autres professionnels de la santé exerçant dans l'hôpital pour que la réglementation sur les suppléments d'honoraires existant pour les médecins hospitaliers, y compris les exceptions, puisse s'appliquer à ces autres praticiens.

La présente modification vise également à éviter toute discrimination entre les prestataires médicaux et les autres prestataires, vu la modification de l'article 152 de la loi sur les hôpitaux, comme décrit ci-après. Ceci suite à une jurisprudence du Conseil d'État concernant une question comparable (Arrêt n° 208 435 du 26 octobre 2010).

### HOOFDSTUK 3

#### **Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008**

Geen aanpassingen werden aangebracht aan de titel van het hoofdstuk en aan de verwijzingen naar de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen in antwoord op de opmerking van de Raad van State.

#### Art. 24

Er wordt een nieuw hoofdstuk "Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis" aan titel I "Algemene bepalingen" van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen toegevoegd.

#### Art. 25

Het regeerakkoord bepaalt dat honorariumsupplementen in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers moeten worden verboden. De aanpassing in het voorliggend wetsontwerp van artikel 152 van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen verbiedt, wat de ziekenhuisgeneesheren betreft, het aanrekenen van honorariumsupplementen in gemeenschappelijke en tweepersoonskamers.

Artikel 152 slaat echter niet op andere beroepsbeoefenaars die op zelfstandige basis in het ziekenhuis werkzaam kunnen zijn (bijv. vroedvrouwen, kinesisten, verpleegkundigen...).

Dit artikel geeft de Koning de mogelijkheid om, bij een in ministerraad overlegd besluit, de relevante regels uit artikel 152 naar andere in het ziekenhuis werkzame beroepsbeoefenaars uit te breiden opdat de regelgeving over de bestaande honorariumsupplementen voor de ziekenhuisgeneesheren, met inbegrip van de uitzonderingen, ook voor die andere beoefenaars zou gelden.

Deze wijziging beoogt ook elke discriminatie tussen de medische beroepsbeoefenaars en de andere beroepsbeoefenaars te vermijden, gelet op de wijziging van artikel 152 van de wet op de ziekenhuizen, zoals hierna omschreven. Dat is het gevolg van rechtspraak van de Raad van State betreffende een gelijkaardige kwestie (Arrest nr. 208 435 van 26 oktober 2010).

## Art. 26

La modification de l'article 152, décrite ci-après, implique également une adaptation de l'article 98 actuel de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

## Art. 27

L'accord de gouvernement prévoit, dans le cadre des réformes socio-économiques et sociales, d'améliorer l'accès aux soins de santé pour tous. L'interdiction des suppléments d'honoraires pour les chambres à deux lits et communes compte parmi les mesures qui doivent permettre d'améliorer cet accès. Cette interdiction requiert une modification de l'article 152 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

Le paragraphe 1<sup>er</sup> reprend clairement que l'article 152 vise les prestations à l'attention des patients hospitalisés et n'est donc pas d'application aux prestations ambulatoires. En ce qui concerne l'hospitalisation de jour, le Roi détermine quelles sont les prestations qui tombent précisément sous le vocable "hospitalisation de jour" pour l'application de cet article.

L'alinéa 1<sup>er</sup> du paragraphe 2 instaure le principe selon lequel les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des suppléments d'honoraires qu'aux patients admis en chambre individuelle. Des suppléments d'honoraires ne peuvent donc en aucun cas être facturés à des patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune. Cette disposition s'applique à tous les médecins hospitaliers, qu'ils soient conventionnés ou non.

L'alinéa 2 prévoit un certain nombre d'exceptions. Il s'agit de 4 cas dans lesquels aucun supplément d'honoraires ne peut être facturé à des patients admis en chambre individuelle:

a) les cas dans lesquels l'état de santé du patient ou les conditions techniques de l'examen, du traitement ou de la surveillance requièrent le séjour en chambre individuelle;

b) les cas dans lesquels les nécessités du service ou la non-disponibilité de lits inoccupés en chambre à deux lits ou en chambre commune requièrent le séjour en chambre individuelle;

## Art. 26

De hierna beschreven wijziging van artikel 152 vereist ook een aanpassing van het huidige artikel 98 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

## Art. 27

Het regeerakkoord voorziet in het kader van de sociaal-economische en maatschappelijke hervormingen, de verbetering van de toegang tot de gezondheidszorg voor iedereen vooropgesteld. Als een van de maatregelen die deze toegang dient te verbeteren, wordt het verbieden van honorariumsupplementen voor kamers met twee bedden en gemeenschappelijke kamers genoemd. Dergelijk verbod vergt een wijziging van artikel 152 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Paragraaf 1 maakt duidelijk dat artikel 152 de verstrekkingen ten aanzien van gehospitaliseerde patiënten viseert en dus niet van toepassing is op ambulante verstrekkingen. Wat betreft daghospitalisatie verduidelijkt de Koning welke verstrekkingen er precies vallen onder het begrip "daghospitalisatie" voor de toepassing van dit artikel.

In het eerste lid van paragraaf 2 wordt het principe dat ziekenhuisgeneesheren enkel ereloon supplementen mogen aanrekenen aan patiënten die worden opgenomen in een individuele kamer ingeschreven. Aan patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers en in gemeenschappelijke kamers mogen dus in geen enkel geval ereloon supplementen worden aangerekend. Deze bepaling is van toepassing op alle ziekenhuisgeneesheren ongeacht ze geconventioneerd zijn of niet.

Het tweede lid voorziet een aantal uitzonderingen. Het betreffen 4 gevallen waarin aan patiënten opgenomen in een individuele kamer toch geen ereloon supplementen mogen worden aangerekend:

a) wanneer de gezondheidstoestand van de patiënt of de technische voorwaarden van het onderzoek, van de behandeling of van het toezicht, het verblijf in een individuele kamer vereisen;

b) wanneer de noodwendigheden van de dienst of het niet beschikken over onbezette bedden in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, het verblijf in een individuele kamer vereisen;

c) les cas dans lesquels le patient est admis dans une unité de soins intensifs ou de soins urgents indépendamment de sa volonté et pour la durée du séjour;

d) les cas dans lesquels l'admission concerne un enfant accompagné d'un parent pendant le séjour à l'hôpital.

Il est à noter qu'il s'agit également des cas dans lesquels aucun supplément de chambre ne peut être facturé.

Dans le dernier cas, à savoir le séjour d'un enfant accompagné d'un parent (le "rooming-in") en chambre individuelle, un supplément d'honoraires peut malgré tout être demandé moyennant le respect de deux conditions cumulatives strictes. Ces conditions sont les suivantes:

1° le parent a expressément opté pour une chambre individuelle dans le document qui a lui a été soumis en même temps que la déclaration d'admission (voir le paragraphe 6);

2° l'hôpital compte suffisamment de lits disponibles dans lesquels les enfants peuvent séjourner en compagnie de leurs parents sans que des suppléments de chambre ne puissent être facturés.

Il est à noter que le régime d'exception et l'exception à l'exception relative au rooming-in étaient également déjà prévus dans la réglementation actuelle.

Dans les cas précités de séjour en chambre individuelle, des suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés que si des tarifs maximums ont été fixés par la réglementation générale de l'hôpital. Cet élément de la réglementation générale doit être communiqué à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et à l'INAMI, lequel la transmet aux organismes assureurs.

La réglementation susmentionnée relative à la facturation de suppléments d'honoraires s'applique aussi bien à l'hospitalisation classique qu'à l'hospitalisation de jour.

Le paragraphe 3 prévoit que le gestionnaire et le conseil médical se portent garants du fait qu'aucun supplément d'honoraires ne sera effectivement facturé au patient dans les cas où aucun supplément ne peut être facturé en vertu du paragraphe 2 (chambres à deux lits, chambres communes et 4 cas exceptionnels de séjour en chambre individuelle). Le gestionnaire, après

c) wanneer de opname geschiedt op een eenheid voor intensieve zorg of voor spoedgevallenverzorg, buiten de wil van de patiënt en voor de duur van het verblijf in een dergelijke eenheid;

d) wanneer de opname een kind betreft dat samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijft.

Terzijde, het betreffen dezelfde gevallen als waarvoor er ook geen kamersupplementen mogen worden aangerekend.

Onder twee strikte cumulatieve voorwaarden mag er in het laatste geval namelijk het verblijf van een kind samen met de ouder (zogenaamde *rooming-in*) in een individuele kamer toch een ereloonssupplement worden gevraagd. De na te leven voorwaarden zijn de volgende:

1° de ouder heeft in het document dat samen met de opnameverklaring werd voorgelegd uitdrukkelijk voor een individuele kamer geopteerd (zie paragraaf 6);

2° er zijn in het ziekenhuis voldoende bedden beschikbaar waarin kinderen met hun ouders kunnen verblijven zonder dat kamer-supplementen kunnen worden aangerekend.

Merk op dat de uitzonderingsregeling en de uitzondering op de uitzondering met betrekking tot rooming-in voordien ook reeds in de huidige regeling waren voorzien.

In de bovenstaande gevallen van verblijf in een individuele kamer mogen enkel ereloonssupplementen worden aangerekend indien in de algemene regeling van het ziekenhuis maximumtarieven zijn vastgelegd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient te worden overgemaakt aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en aan het RIZIV dat het overmaakt aan de verzekeringinstellingen.

Bovenstaande regeling met betrekking tot het aanrekenen van ereloonssupplementen is van toepassing zowel bij klassieke hospitalisatie als bij daghospitalisatie.

Paragraaf 3 stelt dat zowel beheerder als medische raad moeten garanderen dat in de gevallen waarin in gevolge paragraaf 2 geen ereloonssupplementen mogen worden aangerekend (nl. tweepatiëntenkamer, gemeenschappelijke kamer, 4 bijzondere gevallen van verblijf in een individuele kamer) er aan de patiënt ook daadwerkelijk geen supplementen worden aangerekend.

concertation avec le conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin. Des modalités plus précises peuvent être fixées en la matière par arrêté royal.

Le paragraphe 2 énonce le principe selon lequel des suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés que dans le cas d'un séjour en chambre individuelle.

Le paragraphe 4 prévoit ensuite la possibilité de définir, par arrêté royal, délibéré en Conseil des ministres, les catégories de patients auxquels des suppléments d'honoraires ne peuvent malgré tout pas être facturés pour un séjour en chambre individuelle. On pense ici à certains groupes de patients vulnérables pour lesquels il y a tout particulièrement lieu de garantir l'accès aux soins de santé.

Le paragraphe 4 a été adapté suite aux remarques du Conseil d'État.

La loi précise dans un paragraphe 5 qu'aucun supplément ne peut être appliqué aux honoraires forfaitaires pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune. Cette disposition n'est pas nouvelle: elle figurait auparavant dans un septième paragraphe.

Il convient d'attirer à ce titre l'attention sur la jurisprudence de la Cour de cassation, en son arrêt du 3 juin 2011.

Le paragraphe 6 reprend la disposition spécifique relative au *rooming-in* (anciennement le paragraphe 8). Un document est soumis à la signature du parent accompagnant en même temps que la déclaration d'admission. Dans ce document, il est proposé au parent d'opter soit pour un séjour hospitalier en chambre à deux lits ou en chambre commune sans suppléments d'honoraires, soit pour un séjour en chambre individuelle avec possibilité de facturation de suppléments d'honoraires. Cette possibilité particulière de facturation de suppléments d'honoraires a été expliquée plus haut dans le cadre du paragraphe 2. En cas d'absence de ce document signé, des suppléments d'honoraires ne peuvent en aucun cas être facturés.

#### Art. 28

Un alinéa 2 est inséré à l'article 153. Il s'agit de l'actuel article 152, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>. Comme précisé dans le commentaire de l'article 24, le fait d'être ou non conventionné est désormais sans influence sur la possibilité de facturer des suppléments d'honoraires. Cependant, pour que le gestionnaire puisse, à l'intention

De beheerde neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige initiatieven. Bij koninklijk besluit kunnen op dit vlak nadere modaliteiten worden bepaald.

Paragraaf 2 bevat het principe dat enkel bij een verblijf in een individuele kamer ereloon supplementen mogen worden aangerekend.

Paragraaf 4 bevat vervolgens de mogelijkheid om bij koninklijk besluit, overlegd in ministerraad, categorieën patiënten te bepalen waaraan bij het verblijf in een individuele kamer toch geen ereloon supplementen mogen worden aangerekend. Er wordt daarbij gedacht aan bepaalde kwetsbare patiëntengroepen waarvoor de toegang tot de gezondheidszorg in het bijzonder moet worden gegarandeerd.

Paragraaf 4 werd aangepast aan de opmerkingen van de Raad van State.

De wet zelf stelt in een paragraaf 5 dat geen supplementen mogen worden aangerekend op forfaitaire honoraria voor verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming bij opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer. Deze bepaling is niet nieuw: ze stond voordien in een paragraaf 7.

Het past om hierbij de aandacht op de rechtspraak in het arrest van 3 juni 2011 van het Hof van Cassatie te vestigen.

Paragraaf 6 herneemt de specifieke bepaling met betrekking tot *rooming-in* (voorheen paragraaf 8). Aan de begeleidende ouder wordt samen met de opnameverklaring een document ter ondertekening voorgelegd waarin deze de keuze wordt geboden om ofwel zonder ereloon supplementen in het ziekenhuis te verblijven in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer ofwel met mogelijkheid tot aanrekening van ereloon supplementen in een individuele kamer te verblijven. Deze bijzondere mogelijkheid tot aanrekenen van ereloon supplementen werd hierboven bij paragraaf 2 toegelicht. Indien een dergelijk ondertekend document ontbreekt kunnen in geen enkel geval ereloon supplementen worden aangerekend.

#### Art. 28

Aan artikel 153 wordt een tweede lid toegevoegd. Het betreft het huidige artikel 152, § 2, eerste lid. Zoals bij de besprekking van artikel 24 werd toegelicht is het al dan niet geconventioneerd zijn irrelevant geworden voor het al dan niet kunnen aanrekenen van ereloon supplementen. Echter opdat de beheerde voor de patiënten lijsten

des patients, dresser la liste des médecins hospitaliers conventionnés et non conventionnés, comme le prévoit actuellement l'article 153, il est toujours indispensable que les médecins hospitaliers informent le gestionnaire à ce sujet. C'est la raison pour laquelle l'article 152, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, est déplacé à l'article 153, § 2.

#### Art. 29

L'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est abrogé, pour des raisons de sécurité juridique. En effet, cet arrêté définit les catégories de patients protégés contre les suppléments d'honoraires en cas de séjour en chambre commune ou à deux lits, suppléments rendus interdits par l'adaptation de l'article 152 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

#### Art. 30

Les modifications apportées aux articles 98, 152 et 153 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### CHAPITRE 4

#### **Modification à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale**

Le but du projet de réforme des remboursements des frais médicaux par les CPAS est d'organiser une collaboration soutenue entre les partenaires concernés afin de simplifier, accélérer et mieux contrôler le traitement des factures de soins médicaux pour les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par les CPAS.

En vue de réaliser cette simplification administrative, le projet doit inclure les points suivants:

- une gestion automatisée des engagements de prise en charge des frais médicaux par les CPAS, compte tenu des modalités légales;

- le transfert du contrôle et du paiement des factures des prestataires de soins (pour les personnes à charge d'un CPAS) à la CAAMI.

kan opstellen met de verbonden en niet-verbonden ziekenhuisgeneesheren zoals momenteel voorzien in artikel 153, is het nog steeds nodig dat de ziekenhuisgeneesheren de beheerde terzake informatie verschaffen. Vandaar de verplaatsing van artikel 152, § 2, eerste lid, naar artikel 153, § 2.

#### Art. 29

Het koninklijk besluit van 29 september 2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt opgeheven omwille van redenen van rechtszekerheid. Dit besluit definieert namelijk de categorieën van patiënten die bescherming genieten tegen honorariumsupplementen in het geval een verblijf in een gemeenschappelijke of tweepersoonskamer. Deze supplementen worden door de wijziging van artikel 152 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgings-inrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, verboden.

#### Art. 30

De wijzigingen van artikels 98, 152 en 153 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgings-inrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, treden in werking op 1 januari 2013.

### HOOFDSTUK 4

#### **Wijziging van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn**

De doelstelling van het hervormingsproject van de betalingen van medische kosten door het OCMW bestaat erin een intensieve samenwerking tussen de betrokken partners te organiseren teneinde de behandeling van de facturen m.b.t. de medische zorgen, voor personen die van een tenlasteneming door het OCMW genieten, te vereenvoudigen, te versnellen en de controle te verbeteren.

Om deze administratieve vereenvoudiging te verwzenlijken, moet het project volgende zaken omvatten:

- een geautomatiseerd beheer van de verbintenis sen tot tenlasteneming van de medische kosten door de OCMW's, met in achtneming van de wettelijke modaliteiten;

- de overdracht van de controle en de betaling van de facturen van de zorgverstrekkers (voor personen ten laste van een OCMW) aan de HZIV.

L'élément clé du projet est donc la création d'un système informatique permettant de:

- gérer de manière automatisée et intégrée les engagements de prise en charge par les CPAS;
- donner aux prestataires de soins la possibilité de consulter les données mémorisées;
- confier à la CAAMI le traitement automatisé des factures des prestataires de soins;
- prévoir un remboursement automatisé par le SPP Intégration sociale à la CAAMI.

#### Avantages visés:

- Le fait de travailler avec une base de données centrale génère déjà d'une manière générale plusieurs avantages:
  - tous les acteurs disposent des mêmes données
  - les éventuels abus peuvent être limités
  - les informations requises ont rapidement disponibles
  - tous les partenaires savent immédiatement à qui il convient de facturer
  - sans décision de prise en charge par un CPAS, le paiement d'une facture est impossible.

— Les CPAS tirent également du système des avantages spécifiques:

- le nombre de factures de frais médicaux encore à traiter par eux est fortement réduit
  - ils peuvent faire contrôler les factures par un organisme spécialisé
  - plus d'acompte à payer sur la partie pouvant être mise à charge de l'État
  - ils peuvent se concentrer sur leur "core business"
- = mener les enquêtes sociales + prendre les décisions
- grâce à ce système unique de gestion et de paiement, l'intervention d'un CPAS est requise, l'occasion est ainsi donnée aux CPAS de mener dans tous les cas une enquête sociale

— Avantages résultant de l'association de la CAAMI au projet:

- le contrôle des factures/prestations (sur la base de la nomenclature INAMI) est effectué par un organisme spécialisé
- le contrôle est automatisé, toutes les factures électroniques pouvant être contrôlées (tandis qu'actuellement ce contrôle est effectué de manière aléatoire par le Service d'inspection du SPP Intégration sociale)

Het belangrijkste element van het project is dan ook de creatie van een informaticasysteem dat toelaat om:

- de verbintenissen tot tenlasteneming door de OCMW's op een geautomatiseerde en geïntegreerde wijze te beheren;
- de zorgverstrekkers de mogelijkheid te verschaffen de opgeslagen gegevens te raadplegen;
- de HZIV de facturen van de zorgverstrekkers op geautomatiseerde wijze te laten behandelen;
- op geautomatiseerde wijze in een terugbetaling door de POD Maatschappelijke Integratie aan de HZIV te voorzien.

#### Beoogde voordelen:

- Het werken met een gecentraliseerde gegevensbank levert algemeen gezien al een aantal voordelen op:
  - alle actoren beschikken over dezelfde gegevens
  - eventuele misbruiken kunnen ingeperkt worden
  - de nodige info is snel beschikbaar
  - alle partners weten onmiddellijk aan wie moet gefactureerd worden
  - zonder beslissing tot tenlasteneming door een OCMW, is een betaling van een factuur onmogelijk.

— Voor de OCMW's ontlenen eveneens specifieke voordelen aan het systeem:

- het aantal facturen van medische kosten nog door hen te behandelen, wordt sterk verminderd.
- zij kunnen de facturen laten controleren door een gespecialiseerde instelling
- geen voorschot meer te betalen op het gedeelte dat ten laste van de Staat kan gelegd worden
- zij kunnen zich richten op hun kerntaken = het voeren van sociale onderzoeken + het nemen van beslissingen
- door dit uniek beheers- en betalingssysteem is de tussenkomst van een OCMW noodzakelijk, op die manier wordt de mogelijkheid gecreëerd voor de OCMW's om altijd een sociaal onderzoek te voeren

— Voordelen door de HZIV bij het project te betrekken:

- de controle van de facturen/prestaties (op basis van de RIZIV-nomenclatuur) gebeurt door een gespecialiseerd organisme
- de controle verloopt op geautomatiseerde wijze waardoor alle elektronische facturen kunnen gecontroleerd worden (terwijl dit nu per steekproef gebeurt door de inspectiedienst van de POD Maatschappelijke Integratie)

- les attestations d'aide médicale urgente (aux étrangers en séjour illégal) peuvent être contrôlées (*a posteriori*) par un médecin contrôleur

- Avantages pour les prestataires de soins:
  - ils seront informés plus rapidement des différentes décisions de prise en charge
  - ils connaissent plus rapidement le CPAS compétent
  - toute l'information passe par un seul canal
  - la facturation s'effectue via un seul point de contact

Toutefois, vu la grande complexité du projet, il va falloir travailler par phase. La création de la phase 1 devra bien évidemment tenir compte des éléments qui seront nécessaires aux phases suivantes.

3 phases ont été prévues:

- Phase 1: le traitement automatisé des factures électroniques d'hôpitaux pour les personnes non assurées (et non assurables)
- Phase 2: le traitement de toutes les factures (également hors hôpitaux) venant d'un prestataire de soins qui sait déjà travailler via MyCarnet/Webservice.
- Phase 3: le traitement de toutes les factures provenant de l'ensemble des prestataires de soins

La première phase entrera en vigueur en 2012. Pour les deux phases suivantes, un planning concret doit encore être élaboré.

### Art. 31

Afin de répondre au principe de bonne administration, il est important de déterminer ce que doit comprendre l'enquête sociale. Ainsi, lorsque l'État fédéral effectue une inspection, la sécurité juridique est assurée tant vis-à-vis du CPAS que du citoyen.

### Art. 32

Cet article introduit le projet réforme des remboursements des frais médicaux par les CPAS. Le but est de simplifier et d'accélérer le traitement de toutes les factures de soins de santé qui émanent de tous les prestataires de soins pour les personnes qui bénéficient d'une prise en charge par le CPAS dans le cadre de l'aide médicale.

- de attesteren van dringende medische hulp (aan vreemdelingen die illegaal verblijven) kunnen (*a posteriori*) gecontroleerd worden door een controlerend geneesheer

- Voordelen voor de zorgverstrekkers:
  - zij worden sneller geïnformeerd over de verschillende beslissingen tot tenlasteneming
  - zij kennen veel sneller het bevoegde OCMW
  - alle informatie verloopt via eenzelfde kanaal
  - de facturatie verloopt via eenzelfde contactpunt

Aangezien het project echter dermate complex is, zal in fasen moeten gewerkt worden. Bij de creatie van fase 1 zal er vanzelfsprekend rekening moeten gehouden worden met de elementen die in de volgende fasen noodzakelijk zijn.

Er worden 3 fasen voorzien:

- Fase 1: de geautomatiseerde behandeling van de elektronische ziekenhuisfacturen voor de niet-verzekerde (en niet-verzekerbare) personen
- Fase 2: de behandeling van alle facturen (ook buiten ziekenhuis) komende van een zorgverstrekker die reeds via MyCarnet/Webservices kan werken.
- Fase 3: de behandeling van alle facturen van het geheel van zorgverstrekkers

De eerste fase zal in werking treden in 2012. Voor de volgende twee fasen moet een concrete planning nog worden uitgewerkt.

### Art. 31

Met het oog op het principe van behoorlijk bestuur moet worden bepaald wat het sociaal onderzoek moet behelzen. Wanneer de Federale Staat aldus een inspectie verricht, is de rechtszekerheid zowel ten aanzien van het OCMW als van de burger gewaarborgd.

### Art. 32

Dit artikel voert het hervormingsproject van de betalingen van medische kosten door het OCMW in. Het is de bedoeling de verwerking van alle facturen voor geneeskundige verzorging afkomstig van alle zorgverleners voor personen die in het kader van de medische hulp door de OCMW's ten laste worden genomen, te vereenvoudigen en te versnellen.

Cette modification légale vise notamment à améliorer les contrôles réalisés sur le remboursement des frais de traitement et permet de rendre obligatoire les nouvelles instructions de facturation.

§ 1<sup>er</sup>. Pour l'application de la réforme des remboursements des frais médicaux par les CPAS, une nouvelle procédure doit se mettre en place. Dans une première phase, elle ne concerne que les décisions prises par les CPAS concernant l'aide médicale et pharmaceutique, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, octroyée aux personnes indigentes, ne bénéficiant pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et ne pouvant pas être assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.

Ce sont donc les personnes qui se trouvent dans un état de besoin, et pour lesquelles aucune assurance légale ou conventionnelle ne peut intervenir.

Dans les phases suivantes, le but est d'appliquer cette nouvelle procédure à toute aide médicale et pharmaceutique octroyée à un bénéficiaire d'un CPAS.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

## § 2. Le § 2 limite la rétroactivité de la procédure.

§ 3. Pour que le mécanisme s'enclenche, il faut que le CPAS ouvre le droit et introduise dans le programme informatique cette décision afin que les prestataires de soins soient au courant de cet octroi. Il faut donc que le laps de temps entre ces deux moments soit le plus court possible.

§ 4. Le § 4 introduit une sanction en cas de non-respect des dispositions prévues au § 3.

Le délai est fixé en fonction de l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 21 janvier 1993 portant exécution de l'article 62bis, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale. Cette disposition prévoit que toute décision en matière d'aide individuelle est communiquée dans les huit jours à compter de la date de la décision, à la personne qui a demandé l'aide.

§ 5. L'État charge la CAAMI d'effectuer des contrôles et le paiement aux prestataires de soins des frais médicaux et pharmaceutiques conformément aux conditions

Deze wetswijziging voorziet met name in een verbetering van de controles op de terugbetaling van de behandelingskosten en laat toe nieuwe facturatie-instructies op te leggen.

§ 1. Voor de toepassing van de hervorming van de betalingen van medische kosten door het OCMW, moet een nieuwe procedure opgesteld worden. In een eerste fase betreft het enkel de beslissingen genomen door de OCMW's die betrekking hebben op de medische en farmaceutische hulp, met of zonder hospitalisatie, in een verplegingsinstelling, toegekend aan behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet verzekerd kunnen worden op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar koninklijk besluit van 3 juli 1993 tot uitvoering ervan.

Het betreft dus personen die zich in een staat van behoeftigheid bevinden en waarvoor geen enkele wetelijke of contractuele verzekering kan tussenkomen.

In de volgende fasen is het de bedoeling deze nieuwe procedure toe te passen voor iedere medische en farmaceutische hulp toegekend aan een OCMW-gerechtigde.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

## § 2. Het § 2 beperkt de terugwerkende kracht van de procedure.

§ 3. Om het mechanisme in werking te stellen, moet het OCMW het recht openen en deze beslissing in het informaticaprogramma invoeren opdat de zorgverleners kennis zouden hebben van deze toekenning. De termijn tussen beide tijdstippen moet dus zo kort mogelijk zijn.

§ 4. § 4 voorziet in een sanctie ingeval de bepalingen van § 3 niet worden nageleefd.

De termijn wordt bepaald in functie van artikel 1 van het koninklijk besluit van 21 januari 1993 tot uitvoering van artikel 62bis, eerste lid, van de organieke wet van 8 juli 1976, betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. Deze beschikking bepaalt dat iedere beslissing inzake individuele hulpverlening binnen de acht dagen te rekenen vanaf de datum van de beslissing, wordt meegedeeld aan de persoon die de hulp heeft gevraagd.

§ 5. De Staat belast de HZIV met de uitvoering van controles en de betaling aan de zorgverstrekkers van de medische en farmaceutische kosten in overeen-

mentionnées dans la loi du 2 avril 1965. La CAAMI effectue cette tache au nom et pour compte de l'État.

En vue de répondre à cette charge, une avance est octroyée à la CAAMI. Le Roi est chargé de fixer les modalités de contrôles et de remboursements.

#### Art. 33

Le § 2 exprime clairement la sanction en cas d'absence d'enquête sociale.

Le texte a été adapté à l'avis du Conseil d'État.

#### Art. 34 et 35

Ces suppressions évitent la redondance.

#### Art. 36

L'article 36 est une conséquence de l'entrée en application du projet de réforme du remboursement des frais médicaux aux CPAS dont les frais suivent une procédure distincte des autres frais de l'aide sociale.

#### Art.37

Afin que le système d'exploitation informatique soit totalement opérationnel, le Roi désignera par étapes les CPAS et les établissements de soins qui seront intégrés dans la nouvelle procédure. A terme, l'ensemble des CPAS et des établissements de soins seront soumis au nouvel article 9ter de la loi du 2 avril 1965.

Cet article a été ajouté suite à l'avis du Conseil d'État.

Telle est, Mesdames et Messieurs, la portée du projet de loi que le Gouvernement a l'honneur de soumettre à votre approbation.

stemming met de voorwaarden vermeld in de wet van 2 april 1965. De HZIV voert deze taak uit in naam en voor rekening van de Staat.

Om zich van deze taak te kunnen kwijten, wordt de HZIV een voorschot toegekend. De Koning is belast met het bepalen van de modaliteiten van de controles en de terugbetalingen.

#### Art. 33

§ 2 vermeldt duidelijk de sanctie wanneer er geen sociaal onderzoek is geweest.

De tekst werd aangepast aan het advies van de Raad van State.

#### Art. 34 et 35

Met deze schrappingen worden overbodige bepalingen vermeden.

#### Art. 36

Het artikel 36 is een gevolg van de invoering van het project van de hervorming van de betalingen van medische kosten door het OCMW voor de kosten waarvan een andere procedure geldt dan die voor de overige kosten van maatschappelijke dienstverlening.

#### Art. 37

Opdat het informaticaexploitatieysteem volledig operationeel zou zijn, zal de Koning de OCMW's en verplegingsinstellingen die in de nieuwe procedure zullen worden opgenomen, stapsgewijs aanduiden. Op termijn zal het nieuw artikel 9ter van de wet van 2 april 1965 van toepassing zijn op alle OCMW's en verplegingsinstellingen.

Dit artikel werd toegevoegd in antwoord op het advies van de Raad van State.

Dit is, Dames en Heren, de draagwijdte van het ontwerp die de regering de eer heeft u ter goedkeuring voor te leggen.

*La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,*

Laurette ONKELINX

*La ministre de la Justice,*

Annemie TURTELBOOM

*La secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté,*

Maggie DE BLOCK

*De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,*

Laurette ONKELINX

*De minister van Justitie,*

Annemie TURTELBOOM

*De staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding,*

Maggie DE BLOCK

<p><b>AVANT-PROJET DE LOI</b></p> <p><b>soumis à l'avis du Conseil d'État</b></p> <hr/> <p><b>Avant-projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux Soins de santé</b></p> <hr/> <p><b>CHAPITRE 1<sup>er</sup></b></p> <p><b>Disposition introductory</b></p> <p>Article 1<sup>er</sup></p> <p>La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.</p> <p><b>CHAPITRE 2</b></p> <p><b>Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994</b></p> <p><b>Section 1<sup>re</sup></b></p> <p><i>Mineurs étrangers non accompagnés</i></p> <p>Art. 2</p> <p>À l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 13 décembre 2006, l'alinéa 1<sup>er</sup> est complété par la phrase suivante:</p> <p>“Le Roi peut déterminer des périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire.”.</p> <p><b>Section 2</b></p> <p><i>Sevrage tabagique</i></p> <p>Art. 3</p> <p>Dans l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, le 24°, inséré par la loi du 27 décembre 2004, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, modifié par la loi du 22 décembre 2008, est remplacé par ce qui suit:</p> <p>“24° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique. Le Roi peut étendre l'intervention de l'assurance à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique.”.</p>
--

**Section 3***Prothèses capillaires*

## Art. 4

Dans l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi-programme du 23 décembre 2009, est inséré le 20°bis rédigé comme suit:

“20°bis la fourniture de prothèses capillaires”.

## Art. 5

Dans l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, de la même loi, inséré par la loi du 24 décembre 1999 et modifié par les lois des 10 août 2001, 22 août 2002 et 22 décembre 2003, les mots “et 20°” sont remplacés par les mots “, 20° et 20°bis”.

## Art. 6

Dans l'article 37, § 20, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par les lois des 27 avril 2005, 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les mots “les prestations visées à l'article 34, 14°, 24° et 25°” sont remplacés par les mots “les prestations visées à l'article 34, 14°, 20°bis, 24° et 25°”.

**Section 4***Radio-isotopes*

## Art. 7

Dans l'article 18, alinéa 4, de la même loi, remplacé par la loi du 25 janvier 1999 et modifié par la loi du 24 décembre 1999, par la loi du 10 août 2001 et l'arrêté royal du 17 septembre 2005, les mots “une note récapitulant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35bis” sont remplacés par les mots “deux notes récapitulatives, la première reprenant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35, § 2ter, et la seconde celles apportées à la liste visée à l'article 35bis”.

## Art. 8

Dans l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de la même loi, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, les mots “visée aux articles 23, § 2, 35, § 1<sup>er</sup>, et 35, § 2ter” sont remplacés par les mots “visée aux articles 23, § 2 et 35, § 1<sup>er</sup>”.

## Art. 9

Dans l'article 27, alinéa 4, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1999, par la loi du 10 août 2001 et par

**Afdeling 3***Haarprothesen*

## Art. 4

In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de programmawet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 20°bis ingevoegd, luidende:

“20°bis het verstrekken van haarprothesen”.

## Art. 5

In artikel 35, § 1, achtste lid, van de dezelfde wet, ingevoegd bij wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij de wetten van 10 augustus 2001, 22 augustus 2002 en 22 december 2003, worden de woorden “en 20°” vervangen door de woorden “, 20° en 20°bis”.

## Art. 6

In artikel 37, § 20, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wetten van 27 april 2005, 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de woorden “de in artikel 34, 14°, 24° en 25° bedoelde verstrekkingen” vervangen door de woorden “de in artikel 34, 14°, 20°bis, 24° en 25° bedoelde verstrekkingen”.

**Afdeling 4***Radio-isotopen*

## Art. 7

In artikel 18, vierde lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 25 januari 1999 en gewijzigd bij de wet van 24 december 1999 de wet van 10 augustus 2001 en bij het koninklijk besluit van 17 september 2005, worden de woorden “een overzichtsnota op met de wijzigingen aan de in artikel 35bis bedoelde lijst” vervangen door de woorden “twee overzichtsnota's op, waarvan in de eerste de wijzigingen zijn opgenomen aan de in artikel 35, § 2ter, bedoelde lijst en in de tweede die welke zijn aangebracht aan de in artikel 35bis bedoelde lijst”.

## Art. 8

In artikel 22, eerste lid, 4<sup>o</sup>, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 27 december 2005, worden de woorden “de artikelen 23, § 2, 35, § 1, en 35, § 2ter” vervangen door de woorden “de artikelen 23, § 2 en 35, § 1”.

## Art. 9

In artikel 27, vierde lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1999, bij de wet van 10 augustus 2001 en bij

la loi du 24 décembre 2002, les mots “visé à l’alinéa 2” sont remplacés par les mots “prévu à l’article 35, § 2”.

#### Art. 10

Dans l’article 35, de la même loi, le paragraphe 2ter, inséré par la loi du 22 décembre 2003, remplacé par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 13 décembre 2006, est remplacé par ce qui suit:

“§ 2ter. Le Roi confirme la liste des radio-isotopes remboursables visés à l’article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, d). Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, ou après avis de celui-ci, le ministre modifie la liste des radio-isotopes remboursables visées à l’article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, d), ainsi que les conditions de remboursement y relatives. Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, le Roi détermine la procédure qui doit être suivie par ceux qui demandent l’admission, une modification ou la suppression d’un produit sur la liste des radio-isotopes remboursables. Il définit en outre les délais et les obligations qui doivent être respectés en cas de demande d’admission, de modification ou de suppression. Pour l’application du présent paragraphe, le Roi peut assimiler aux radio-isotopes remboursables des produits radioactifs ou rendus radioactifs qui appartiendraient à d’autres catégories de prestations de santé.”.

#### Art. 11

Dans l’article 37, § 3, de la même loi, modifié par l’arrêté royal du 21 février 1997, par la loi du 22 décembre 2003, par la loi du 27 décembre 2005 et par la loi du 13 décembre 2006, le dernier alinéa est abrogé.

#### Art. 12

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, il est inséré une section XXI contenant un article 77quinquies rédigé comme suit:

“Section XXI. Des obligations des firmes qui mettent des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et demandent leur admission au remboursement

Art. 77quinquies. § 1<sup>er</sup>. La firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est tenue, à partir de l’introduction d’une demande de remboursement, de garantir que le produit radio-pharmaceutique concerné sera effectivement disponible au plus tard le jour de la date d’entrée en vigueur du remboursement et de garantir la continuité de la disponibilité du produit.

Lorsque la firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est dans l’incapacité d’approvisionner le marché pour un conditionnement, ce conditionnement est considéré

de wet van 24 december 2002, worden de woorden “bedoeld in het tweede lid” vervangen door de woorden “bedoeld in artikel 35, § 2”.

#### Art. 10

In artikel 35, van dezelfde wet wordt paragraaf 2ter, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003, vervangen bij de wet van 27 december 2005 en gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, vervangen als volgt:

“§ 2ter. De Koning bekrachtigt de lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen of na diens advies wijzigt de minister de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, d), bedoelde lijst van vergoedbare radio-isotopen, alsook de vergoedingsvoorraarden die erop betrekking hebben. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen legt de Koning de procedure vast die moet worden gevolgd door wie de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product uit de lijst van de vergoedbare radio-isotopen vraagt. Voorts legt hij de termijnen en de verplichtingen vast die in acht moeten worden genomen in geval van een vraag tot aanneming, tot wijziging of tot schrapping. Voor de toepassing van deze paragraaf kan de Koning radioactieve of radioactief gemaakte producten die tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen zouden behoren, gelijkstellen met radio-isotopen.”.

#### Art. 11

In artikel 37, § 3, van dezelfde wet, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 februari 1997, de wet van 22 december 2003, de wet van 27 december 2005 en de wet van 13 december 2006, wordt het laatste lid opgeheven.

#### Art. 12

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt een afdeling XXI ingevoegd met een artikel 77quinquies dat luidt als volgt:

“Afdeling XXI. Verplichtingen van de firma’s die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengen en hun aanneming voor vergoeding vragen

Art. 77quinquies. § 1. De firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, is verplicht om vanaf de indiening van een vergoedingsaanvraag te garanderen dat het betrokken radiofarmaceutisch product uiterlijk de dag van inwerkingtreding van de vergoeding daadwerkelijk beschikbaar zal zijn en om de continuïteit van de beschikbaarheid van het product te garanderen.

Wanneer de firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, in de onmogelijkheid verkeert om voor een verpakking de markt te bevoorraden, dan wordt die verpakking als onbeschikbaar

comme indisponible. La firme doit notifier la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité au Conseil technique des radio-isotopes.

§ 2. Si le service des soins de santé de l'Institut est informé de l'indisponibilité d'un produit radio-pharmaceutique autrement que par la firme, il demande confirmation à la firme que le produit est effectivement indisponible. La firme dispose d'un délai de 14 jours à partir de la réception de cette demande pour confirmer ou infirmer l'indisponibilité par lettre recommandée avec accusé de réception. Si elle l'infirme, elle joint à son envoi les éléments probants qui attestent que le produit est disponible. Si la firme confirme l'indisponibilité, elle précise la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité.

Si la firme ne répond pas dans le délai imparti, ou si les éléments qu'elle fournit ne permettent pas d'établir avec certitude la disponibilité du produit, la spécialité est supprimée le plus rapidement possible de la liste, de plein droit et sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.

§ 3. Si la firme communique que le conditionnement va être indisponible pendant plus de trois mois, ou si l'indisponibilité dure plus de trois mois, le conditionnement concerné est supprimé de plein droit de la liste, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter, respectivement le premier jour du mois qui suit l'écoulement d'un délai de 10 jours à compter de la réception de la notification ou le premier jour du quatrième mois d'indisponibilité.

§ 4. Si l'indisponibilité est la conséquence d'un cas prouvé de force majeure, le conditionnement est de plein droit à nouveau inscrit sur la liste le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la fin de l'indisponibilité, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.”.

## Section 5

### *Maximum à facturer*

Art. 13

À l'article 37sexies, alinéa 8, 1°, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans les dispositions reprises sous a), les mots “des interventions personnelles fixées en application de l'article 37, § 2 (b), pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B et C dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables” sont remplacés par les mots “des interventions personnelles pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B,

beschouwd. De firma moet aan de Technische Raad voor Radio-isotopen kennis geven van de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

§ 2. Indien de dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Instituut op een andere manier dan door de firma wordt ingelicht over de onbeschikbaarheid van een radiofarmaceutisch product, vraagt hij aan de firma de bevestiging dat het product daadwerkelijk onbeschikbaar is. De firma beschikt over een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van die vraag, om per aangetekende brief met ontvangstbewijs de onbeschikbaarheid te bevestigen of te ontkennen. Indien zij ontkennt, voegt zij bij de brief de bewijsstukken dat het product beschikbaar is. Indien de firma de onbeschikbaarheid bevestigt, vermeldt zij de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

Indien de firma niet antwoordt binnen de opgelegde termijn of indien de meegedeelde elementen niet toelaten om met zekerheid de beschikbaarheid van het product aan te tonen, wordt de specialiteit zo snel mogelijk van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.

§ 3. Indien de firma meedeelt dat de verpakking gedurende meer dan drie maanden onbeschikbaar zal zijn of indien de onbeschikbaarheid langer dan drie maanden duurt, wordt de betrokken verpakking van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd, respectievelijk de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de kennisgeving of de eerste dag van de vierde maand van de onbeschikbaarheid.

§ 4. Indien de onbeschikbaarheid het gevolg is van een aangetoond geval van overmacht, wordt de verpakking van rechtswege opnieuw opgenomen in de lijst op de eerste dag van de maand volgend op het einde van de onbeschikbaarheid, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.”

## Afdeling 5

### *Maximumfactuur*

Art. 13

In artikel 37sexies, achtste lid, 1°, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder a) worden de woorden “de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld met toepassing van artikel 37, § 2 (b), voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B en C van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten” vervangen door de woorden “de persoonlijke aandelen voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B,

C, Fa et Fb dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables”;

2° il est ajouté une disposition sous g) rédigée comme suit:

g) de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/3, par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées.”.

#### Art. 14

À l'article 37*septies*, alinéa 1<sup>er</sup>, premier tiret, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 24 décembre 2002, 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, sont apportées les modifications suivantes:

1° les mots “des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C” sont remplacés par les mots “des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B, C, Fa et Fb”;

2° les mots “de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées” sont insérés entre les mots “maison de soins psychiatriques,” et les mots “et de la différence éventuelle”.

#### Art.15

Les articles 13 et 14 produisent leurs effets au 1<sup>er</sup> mars 2012.

### Section 6

#### *Statut affection chronique*

#### Art. 16

Dans le titre III de la même loi, il est inséré un chapitre IIIter contenant un article 37*bisvicies* rédigé comme suit:

“Chapitre IIIter — Du statut affection chronique

Art. 37*bisvicies*. Le Roi établit, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, un statut affection chronique auquel il lie les droits qu'il détermine. Pour l'élaboration de ce statut, il est notamment tenu compte d'un ou plusieurs des critères suivants:

C, Fa en Fb van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten”;

2° de bepaling onder g) wordt toegevoegd, luidende:

g) het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/3, wordt gedragen door de rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken.”.

#### Art. 14

In artikel 37*septies*, eerste lid, eerste streepje, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 24 december 2002, 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden “de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C” worden vervangen door de woorden “de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B, C, Fa en Fb”;

2° de woorden “het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken” worden ingevoegd tussen de woorden “psychiatrisch verzorgingstehuis” en de woorden “en het eventuele verschil”.

#### Art. 15

Artikels 13 en 14 hebben uitwerking met ingang van 1 maart 2012.

### Afdeling 6

#### *Statuut chronische aandoening*

#### Art. 16

In titel III van dezelfde wet wordt een hoofdstuk IIIter ingevoegd met een artikel 37*bisvicies* dat luidt als volgt:

“Hoofdstuk IIIter — Statuut chronische aandoening

Art.37*bisvicies*. Bij een in de Ministerraad overlegd besluit stelt de Koning een statuut chronische aandoening vast, waaraan hij de rechten verbindt die Hij bepaalt. Voor het opstellen van dit statuut wordt inzonderheid rekening gehouden met een of meer van de volgende criteria:

1° un montant minimum de dépenses de santé d'un bénéficiaire à fixer par le Roi, sur une période d'une durée à fixer par le Roi;

2° le bénéfice de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16bis, 2°;

3° être atteint d'une affection rare ou orpheline.

Sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31bis et après avis du Comité de l'assurance, le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les conditions d'ouverture, de maintien, de retrait du statut affection chronique ainsi que les droits qui y sont liés. Il précise également ce qu'il faut entendre par "dépenses de santé" visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et par "affection rare ou orpheline" pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, 3°".

## **Section 7**

### *Tiers payant*

Art. 17

À l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, de la même loi, les phrases suivantes sont insérées après la première phrase:

"L'application du tiers payant est notamment obligatoire pour toutes les prestations de santé lorsqu'elles sont octroyées aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, et aux bénéficiaires du statut affection chronique visé à l'article 37bisvicies. Le Roi peut également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du tiers payant est prononcé à l'égard de dispensateurs individuels."

Art. 18

L'article 17 entre en vigueur au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2014 en ce qui concerne la première phrase insérée.

Le Roi peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 2; cette date peut être différente selon les catégories de dispensateurs de soins qu'il détermine.

L'article 17, entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013 en ce qui concerne la deuxième phrase insérée.

1° een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging, dat door de Koning moet worden vastgelegd, door een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning zal worden vastgelegd;

2° het genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2°;

3° lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte.

Op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid bedoeld in artikel 31bis en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning bij een in de Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden vast voor de ingang, het behoud en het intrekken van het statuut chronische aandoening, alsook de rechten die eraan verbonden zijn. Hij legt eveneens vast wat moet worden verstaan onder "uitgaven voor geneeskundige verzorging" bedoeld in het eerste lid, 1°, en onder "een zeldzame aandoening of een weesziekte", voor de toepassing van het eerste lid, 3°".

## **Afdeling 7**

### *Derdebetaler*

Art. 17

In artikel 53, § 1, achtste lid, van dezelfde wet, worden de volgende zinnen ingevoegd na de eerste zin:

"De toepassing van de derdebetalersregeling is met name verplicht voor alle geneeskundige verstrekkingen wanneer deze worden verleend aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, en aan rechthebbenden van het statuut chronische aandoening bedoeld in artikel 37bisvicies. De Koning kan tevens de voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen."

Art. 18

Artikel 17 treedt ten laatste in werking op 1 januari 2014 wat de eerste ingevoegde zin betreft.

De Koning kan een datum van inwerkingtreding bepalen voorafgaand aan de datum vermeld in het tweede lid; deze datum kan verschillen naargelang de categorieën van zorgverleners die hij bepaalt.

Artikel 17, treedt in werking op 1 januari 2013 wat de tweede ingevoegde zin betreft.

**Section 8***Des sanctions*

Art. 19

Dans l'article 37, § 6, de la même loi, remplacé par la loi du 12 août 2000, les mots "les sanctions visées à l'article 170" sont remplacés par les mots "une sanction de niveau 2 visée à l'article 101 du Code pénal social".

**Section 9***Accord national*

Art. 20

L'article 50, § 3 de la même, inséré par la loi du 27 août 1994 et modifié par la loi du 22 décembre 2008, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

"Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2°, existe, et que cet accord ou ce document couvre une période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration et ce, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document.".

**Section 10***Liaison pédiatrique*

Art. 21

À l'article 22, 6<sup>ter</sup>, de la même loi, remplacé par la loi du 18 mars 2009, les mots "et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21<sup>°bis</sup>" sont abrogés.

Art. 22

À l'article 23, § 3<sup>bis</sup>, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 18 mars 2009, les mots "et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21<sup>°bis</sup>" sont abrogés.

Art. 23

À l'article 34 de la même loi, les dispositions au 21<sup>°bis</sup>, insérées par la loi du 18 mars 2009, sont abrogées.

**Afdeling 8***Sancties*

Art. 19

In artikel 37, § 6, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 12 augustus 2000, worden de woorden "de in artikel 170 bedoelde sancties" vervangen door de woorden "een sanctie van niveau 2 bedoeld in artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek".

**Afdeling 9***Nationaal akkoord*

Art. 20

Artikel 50, § 3 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 27 augustus 1994 en gewijzigd bij de wet van 22 december 2008, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bestaat, en dit akkoord of document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of document dat is verstreken, behouden de geneesheren en tandheelkundigen voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, dezelfde situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document, ofwel tot de dag waarop zij hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document betekenen, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document.".

**Afdeling 10***Pediatrische liaison*

Art. 21

In artikel 22, 6<sup>ter</sup>, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden "en de in artikel 34, 21<sup>°bis</sup>, bedoelde pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes" opgeheven.

Art. 22

In artikel 23, § 3<sup>bis</sup>, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden "en de pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes, bedoeld in artikel 34, 21<sup>°bis</sup>," opgeheven.

Art. 23

In artikel 34 van dezelfde wet worden de bepalingen onder 21<sup>°bis</sup>, ingevoegd bij de wet van 18 maart 2009, opgeheven.

## CHAPITRE 3

**Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008**

## Art. 24

Dans titre I, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, il est inséré un chapitre VI intitulé "Accessibilité financière de l'hôpital".

## Art. 25

Dans le chapitre VI, inséré par l'article 24, il est inséré un article 30/1 rédigé comme suit:

"Art. 30/ 1. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre les dispositions visées à l'article 152, § 2, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, et § 4, à d'autres catégories de professionnels de santé visés par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, exerçant dans l'hôpital.

§ 3. Pour l'application du § 2, les suppléments visés sont compris comme les montants réclamés en surplus des tarifs obligatoires si des conventions ou accords tels que visés au Titre III, chapitre V, sections I<sup>re</sup> et II de la loi sur l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, ou des tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance si de tels conventions ou accords ne sont pas en vigueur."

## Art. 26

Dans l'article 98, alinéa 2, de la même loi, les mots ", alinéa 3" sont abrogés.

## Art. 27

L'article 152 de la même loi est remplacé comme suit:

"Art. 152. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un

## HOOFDSTUK 3

**Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008**

## Art. 24

In titel I van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen wordt een hoofdstuk VI ingevoegd, luidende "Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis".

## Art. 25

In hoofdstuk VI, ingevoegd bij artikel 24, wordt een artikel 30/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 30/1. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. Inzake het aanrekenen van supplementen kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit,) de in artikel 152, § 2, eerste en tweede lid, en § 4 bedoelde bepalingen naar andere in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bedoelde en in het ziekenhuis werkzame categorieën beroeps-beoefenaars, uitbreiden.

§ 3. Voor de toepassing van § 2 verstaat men onder supplementen de bedragen die bovenop de verplichte tarieven worden gevraagd indien de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bedoelde overeenkomsten of akkoorden gelden, of tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoet-koming indien dergelijke overeenkomsten of akkoorden niet van kracht zijn."

## Art. 26

In artikel 98, tweede lid, van dezelfde wet worden de woorden ", derde lid" opgeheven.

## Art. 27

Artikel 152 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

"Art. 152. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. Enkel voor de opname in een individuele kamer mogen ziekenhuisgeneesheren tarieven aanrekenen die afwijken

accord tel que visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Ces tarifs sont ci-après appelés "suppléments".

En dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les médecins hospitaliers ne peuvent facturer de suppléments pour l'admission en chambre individuelle dans les cas prévus à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus.

En dérogation à l'alinéa 2, les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments pour l'admission en chambre individuelle visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), à condition que:

1° le parent accompagnant opte expressément, selon les modalités visées au paragraphe 5, pour une admission en chambre individuelle;

2° le nombre de lits que l'hôpital met à disposition pour l'hébergement des patients souhaitant être admis sans supplément, en application de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, comporte suffisamment de lits pour les enfants qui séjournent à l'hôpital avec un parent accompagnant.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1<sup>er</sup> et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

§ 3. Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus, à l'exception de la dérogation prévue à l'alinéa 3 du paragraphe 2, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, définir les catégories de patients pour lesquels les médecins hospitaliers ne peuvent, en vertu du paragraphe 2, facturer de supplément en cas d'admission en chambre individuelle.

§ 5. Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune, appliquer de suppléments aux honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les

van de verbintenistarieven indien er een akkoord is zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord is. Deze tarieven worden hierna "supplementen" genoemd.

In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer geen supplement aanrekenen in de gevallen zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d).

In afwijking op het tweede lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), supplementen aanrekenen op voorwaarde dat:

1° de begeleidende ouder uitdrukkelijk volgens de modaliteiten zoals bedoeld in paragraaf 5 kiest voor een opname in een individuele kamer;

2° het aantal bedden dat het ziekenhuis in toepassing van artikel 97, § 1, ter beschikking stelt voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen, voldoende bedden omvat voor kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven.

Ziekenhuisgeneesheren mogen in toepassing van het eerste en het derde lid enkel supplementen aanrekenen op voorwaarde dat in de algemene regeling zoals bedoeld in artikel 144 maximumtarieven zijn vastgelegd. Dit onderdeel van de algemene regeling wordt voor de toepassing ervan door de beheerder aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld.

§ 3. De beheerder en de medische raad garanderen dat patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers evenals patiënten opgenomen in een individuele kamer in de gevallen bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d), met uitzondering van de afwijking voorzien in het derde lid van paragraaf 2, zonder de aanrekening van supplementen door de ziekenhuisgeneesheren, worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, de categorieën van patiënten bepalen ten aanzien van de welke ziekenhuis-geneesheren in toepassing van paragraaf 2 geen supplementen mogen aanrekenen bij opname in een individuele kamer.

§ 5. De ziekenhuisgeneesheren mogen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake

prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur l'ensemble des composantes desdits honoraires.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre individuelle, appliquer de suppléments sur les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur la partie forfaitaire desdits honoraires.

**§ 6.** En cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent tel que visé à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), un document distinct est soumis à la signature de ce parent en même temps que la déclaration d'admission. Ce document prévoit la possibilité de choisir une admission ne permettant pas aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments, à savoir une admission en chambre à deux lits ou en chambre commune.

Dans ce document, le parent accompagnant peut renoncer à la possibilité de choix visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> et opter expressément pour un séjour en chambre individuelle.

En cas d'absence du document signé en question, dans lequel le parent accompagnant fait un choix, les médecins hospitaliers ne peuvent en aucun cas facturer des suppléments.”.

#### Art. 28

L'article 153 de la même loi, dont le texte actuel constituera le paragraphe 1<sup>er</sup>, est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit:

“§ 2. Les médecins hospitaliers font savoir au gestionnaire s'ils sont ou non liés dans le cadre de l'accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le gestionnaire en informe le conseil médical.”.

#### Art. 29

L'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est abrogé.

#### Art. 30

Les articles 24 à 29 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

#### CHAPITRE 4

klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het geheel van de bestanddelen van die honoraria.

De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in een individuele kamer, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het forfaitaire deel van die honoraria.

**§ 6.** In geval van opname van een kind met een begeleidende ouder zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), wordt aan de begeleidende ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de keuzemogelijkheid aangeboden van een opname waarbij de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen mogen aanrekenen met name een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.

De begeleidende ouder kan in het document verzaken aan de in het eerste lid bedoelde keuzemogelijkheid en uitdrukkelijk kiezen voor een verblijf in een individuele kamer.

Indien bedoeld ondertekend document waarin door de begeleidende ouder een keuze wordt gemaakt ontbreekt, mogen de ziekenhuisgeneesheren in geen enkel geval supplementen aanrekenen.”.

#### Art. 28

Artikel 153 van dezelfde wet waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

“§ 2. De ziekenhuisgeneesheren delen aan de beheerder mee of ze al dan niet verbonden zijn in het kader van het akkoord zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De beheerder geeft daarvan kennis aan de medische raad.”.

#### Art. 29

Het koninklijk besluit van 29 september 2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt opgeheven.

#### Art. 30

De artikelen 24 tot en met 29 treden in werking op 1 januari 2013.

#### HOOFDSTUK 4

**Modification à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale**

Art. 31

Dans la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, il est inséré un article 9bis rédigé comme suit:

"Art. 9bis. Lorsque les frais sont à charge de l'État, conformément à l'article 4 ou à l'article 5, une enquête sociale doit permettre de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide.

Le Roi peut déterminer les éléments d'enquête qui seront soumis au contrôle organisé par le ministre."

Art. 32

Dans la même loi, il est inséré un article 9ter rédigé comme suit:

"Art. 9ter. § 1<sup>er</sup>. Les articles 9 et 10, § 1<sup>er</sup> ne sont pas d'application lorsque le centre public d'action sociale prend une décision concernant l'aide médicale et pharmaceutique, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, octroyée aux personnes indigentes, ne bénéficiant pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et ne pouvant pas être assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.

Le Roi détermine la date de l'entrée en vigueur de la présente disposition. Il peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres étendre le champ d'application de cette disposition à d'autres catégories de bénéficiaires et/ou pour d'autres formes d'aide médicale et pharmaceutique.

§ 2. La décision visée au § 1<sup>er</sup> ne peut pas porter sur les aides octroyées au cours d'une période qui a débuté plus de quarante-cinq jours avant cette décision.

§ 3. Lorsque le centre public d'action sociale prend une décision mentionnée au paragraphe 1, il doit l'introduire dans la base de données déterminée à cet effet selon les modalités fixées par le ministre et au plus tard lors de la communication à l'intéressé de la décision du centre.

§ 4. À défaut d'avoir introduit la décision conformément aux dispositions du paragraphe 3, le centre public d'action sociale est tenu de prendre en charge ces frais dans les limites de l'article 11, § 1<sup>er</sup> à partir du neuvième jour à compter de la date de décision jusqu'au moment où il introduit cette décision dans la base de données.

**Wijziging van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn**

Art. 31

In de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt een artikel 9bis ingevoegd, luidende:

"Art. 9bis. Wanneer de kosten overeenkomstig artikel 4 of 5 ten laste zijn van de Staat, moet een sociaal onderzoek toelaten het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening vast te stellen.

De Koning kan de elementen van het sociaal onderzoek vaststellen die onderworpen zullen worden aan de door de minister georganiseerde controle."

Art. 32

In dezelfde wet wordt een artikel 9ter ingevoegd, luidende:

"Art. 9ter. § 1. De artikelen 9 en 10, § 1 zijn niet van toepassing wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing neemt betreffende de medische en farmaceutische hulp, met of zonder hospitalisatie, in een verplegingsinstelling, toegekend aan behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet verzekerd kunnen worden op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering ervan.

De Koning bepaalt de datum waarop deze bepaling in werking treedt. Hij kan het toepassingsgebied van deze bepaling bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad uitbreiden tot andere categorieën van begünstigden en/of andere vormen van medische en farmaceutische hulp.

§ 2. De in § 1 vermelde beslissing kan geen betrekking hebben op de hulpverlening die een aanvang nam in een periode van meer dan vijfenveertig dagen eraan voorafgaand.

§ 3. Wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een in paragraaf 1 vermelde beslissing neemt, moet het deze beslissing inbrengen in de daartoe vastgestelde gegevensbank volgens de door de minister bepaalde modaliteiten en dit uiterlijk op het ogenblik dat de beslissing van het centrum wordt medegedeeld aan de betrokkenen..

§ 4. Werd de beslissing niet ingebracht overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 3, dan moet het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn deze kosten ten laste nemen, binnen de grenzen van artikel 11, § 1, vanaf de negende dag te rekenen vanaf de datum van de beslissing tot het moment waarop het deze beslissing inbrengt in de gegevensbank.

§ 5. Dans l'hypothèse visée au paragraphe 1<sup>er</sup>, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité est chargée d'effectuer des contrôles et le remboursement des frais de l'aide précitée au nom et pour le compte de l'État.

Une avance sera versée à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.

Chaque mois, sur la base d'un état mensuel électronique, l'État rembourse à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité les montants versés.

Le Roi détermine les modalités des contrôles et des remboursements.

Sur proposition du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidé, le Service public fédéral de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes fixe les instructions de facturation sur support électronique applicables à la facturation de l'aide médicale et pharmaceutique visée au § 1<sup>er</sup>".

#### Art. 33

À l'article 10 de la même loi, dont le texte actuel formera le § 1<sup>er</sup>, il est ajouté un § 2, rédigé comme suit:

“§ 2. Lorsqu'il y a absence d'enquête sociale telle que prévue à l'article 9bis, le ministre doit, par décision motivée, exiger la récupération, auprès du centre public d'action sociale, des frais pris en charge par l'État.”.

#### Art. 34

Dans l'article 11, § 1<sup>er</sup>, de la même loi, le dernier alinéa est abrogé.

#### Art. 35

Dans l'article 11, § 2, de la même loi, les mots “pour autant qu'une enquête sociale préalable ait permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide” sont abrogés.

#### Art. 36

Dans l'article 12, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, les mots “Les frais recouvrables sont” sont remplacés par les mots “À l'exclusion des frais prévu à l'article 9ter, les frais recouvrables sont”.

§ 5. In de hypothese bedoeld in paragraaf 1, wordt de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering belast om controles en de terugbetaling van de kosten van voormelde hulp, te verrichten in naam en voor rekening van de Staat.

Een voorschot zal worden betaald aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Elke maand betaalt de Staat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de gestorte bedragen terug op basis van een elektronisch maandoverzicht.

De Koning bepaalt de modaliteiten van de controles en de terugbetalingen.

Op voorstel van het Verzekeringscomité van het Rijks-instituut voor ziekte- en invaliditeits-verzekering bepaalt de Programmatorische federale overhedsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid de instructies betreffende de facturatie op elektronische drager van toepassing op de facturatie van de medische en farmaceutische hulp bedoeld in § 1.”.

#### Art. 33

Artikel 10 van dezelfde wet, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, wordt aangevuld met een § 2, luidende:

“§ 2. Bij gebrek aan een sociaal onderzoek zoals voorzien in artikel 9bis, zal de minister, door middel van een gemotiveerde beslissing, van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn de terugvordering eisen van de door de Staat ten laste genomen kosten.”.

#### Art. 34

In artikel 11, § 1, van dezelfde wet wordt het laatste lid opgeheven.

#### Art. 35

In artikel 11, § 2, van dezelfde wet worden de woorden “voor zover een voorafgaand sociaal onderzoek het bestaan en de omvang van de behoefte aan maatschappelijke hulp heeft kunnen aantonen” opgeheven.

#### Art. 36

In artikel 12, eerste lid, van dezelfde wet worden de woorden “De terugvorderbare kosten zijn” vervangen door de woorden “Met uitzondering van de kosten voorzien in artikel 9ter, zijn de terugvorderbare kosten”.

**AVIS DU CONSEIL D'ÉTAT**  
**N° 51 558/1-2/V-3**  
**du 18 juillet 2012**

Le Conseil d'État, section de législation, saisi par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, le 19 juin 2012, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un avant-projet de loi "portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé", a donné l'avis suivant les 3 juillet 2012 (troisième chambre), 10 juillet 2012 (première chambre) et 18 juillet 2012 (deuxième chambre des vacations):

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, tel qu'il est remplacé par la loi du 2 avril 2003, la section de législation limite son examen au fondement juridique de l'avant-projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, l'avant-projet appelle les observations suivantes.

**CHAPITRE 1<sup>ER</sup>**

**Disposition introductory**

Ce chapitre n'appelle aucune observation.

**CHAPITRE 2**

**Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire  
soins de santé et indemnités, coordonnée  
le 14 juillet 1994**

**Section 1<sup>ère</sup>**

*Mineurs étrangers non accompagnés*

Cette section n'appelle aucune observation.

**Section 2**

*Sevrage tabagique*

Cette section n'appelle aucune observation.

**Section 3**

*Prothèses capillaires*

Art. 5

Il y a lieu d'insérer les mots "chaque fois" entre les mots "sont" et "remplacés".

**ADVIES VAN DE RAAD VAN STATE**  
**NR. 51 558/1-2/V-3**  
**van 18 juli 2012**

De Raad van State, afdeling Wetgeving, op 19 juni 2012 door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een voorontwerp van wet "houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidzorg", heeft het volgende advies gegeven op 3 juli 2012 (derde kamer), 10 juli 2012 (eerste kamer) en 18 juli 2012 (tweede vakantiekamer):

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals het is vervangen bij de wet van 2 april 2003, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het voorontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Over deze drie punten, geeft het voorontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

**HOOFDSTUK 1**

**Inleidende bepaling**

Bij dit hoofdstuk zijn geen opmerkingen te maken.

**HOOFDSTUK 2**

**Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994**

**Afdeling 1**

*Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen*

Deze afdeling geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

**Afdeling 2**

*Tabakswetwening*

Deze afdeling geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

**Afdeling 3**

*Haarprothesen*

Art. 5

Men schrijft: "... worden de woorden "en 20°" telkens vervangen door de woorden ...".

**Section 4***Radio-isotopes*

## Art. 7

Il y a lieu de compléter l'historique de la disposition modifiée afin d'y mentionner que l'arrêté royal du 17 septembre 2005 a été confirmé par une loi du 27 décembre 2005.

## Art. 12

Il y a lieu, afin d'améliorer la sécurité juridique, de veiller à l'uniformité de la terminologie utilisée dans la section XXI insérée par l'article 12 de l'avant-projet. Il y est fait référence "aux produits radio-pharmaceutiques". Selon le projet d'exposé des motifs, ces produits seront repris de manière limitative dans la liste des radio-isotopes remboursables prévue à l'article 10. Selon cet article, elle reprendra les radio-isotopes remboursables ainsi que les produits radioactifs ou rendus radioactifs, assimilés par le Roi, appartenant à d'autres catégories des prestations de santé. Il est dès lors conseillé d'écrire, dans la section XXI en projet, "radio-isotopes remboursables" au lieu de "produits radio-pharmaceutiques", sauf si cette expression fait référence à d'autres produits.

**Section 5***Maximum à facturer*

## Art. 13

L'article 13, 2°, de l'avant-projet prévoit d'ajouter à la liste des exceptions prévues à l'article 37sexies, alinéa 8, 1°, "l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/3, par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées".

L'article 37, § 3/3 auquel il est renvoyé est rédigé comme suit:

"3/3. Pour les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>e</sup>, a), b) et c), qui sont dispensés à des bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi, le Roi peut prévoir des règles particulières pour l'intervention de l'assurance soins de santé et l'intervention personnelle des bénéficiaires.

**Afdeling 4***Radio-isotopen*

## Art. 7

De ontstaansgeschiedenis van de gewijzigde bepaling moet worden aangevuld met de vermelding dat het koninklijk besluit van 17 september 2005 bekrachtigd is bij wet van 27 december 2005.

## Art. 12

Ter wille van de rechtszekerheid moet in afdeling XXI, ingevoegd bij artikel 12 van het voorontwerp, gezorgd worden voor een vormigheid van de terminologie. Aldaar is sprake van "radiofarmaceutische producten". Naar luid van het ontwerp van memorie van toelichting zullen die producten limitatief worden opgenomen in de lijst van de vergoedbare radio-isotopen waarvan sprake is in artikel 10. Volgens dit artikel zullen op de lijst de vergoedbare radio-isotopen voorkomen, alsook de door de Koning gelijkgestelde radioactieve of radioactief gemaakte producten die tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen behoren. Bijgevolg wordt voorgesteld om in de ontworpen afdeling XXI "vergoedbare radio-isotopen" te schrijven in plaats van "radiofarmaceutische producten", tenzij met die uitdrukking andere producten worden bedoeld.

**Afdeling 5***Maximumfactuur*

## Art. 13

Art. 13, 2°, van het voorontwerp voegt in de lijst met uitzonderingen bedoeld in artikel 37sexies, achtste lid, 1°, het volgende toe: "het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/3, wordt gedragen door de rechthebbenden die verblijven in rusten verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken."

Art. 37, § 3/3, waarnaar wordt verwezen, luidt als volgt:

"Voor de geneesmiddelen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, a), b), c), die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden, kan de Koning in bijzondere regels voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden.

Pour le coût des médicaments susvisés, aucun montant autre que l'intervention personnelle fixée par le Roi ne peut être porté en compte aux bénéficiaires".

La disposition en projet ne reprend dès lors pas toutes les conditions prévues par l'article auquel il est renvoyé et qu'elle reproduit partiellement. Elle omet que les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, doivent répondre aux conditions fixées par le Roi.

Il faut dès lors, dans un souci de sécurité juridique, compléter l'avant-projet afin d'y reproduire l'ensemble des conditions prévues par l'article 37, § 3/3.

La même observation vaut pour l'article 14, 2°, de l'avant-projet. S'il ne fait pas référence à l'article 37, § 3/3, il en reprend les conditions sauf, à nouveau, que les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, doivent répondre aux conditions fixées par le Roi.

### Art. 15

Il ne peut être conféré d'effet rétroactif aux arrêtés que sous certaines conditions, à savoir lorsque la rétroactivité a une base légale, lorsqu'elle concerne une règle qui accorde des avantages dans le respect du principe de l'égalité ou dans la mesure où elle s'impose pour assurer le bon fonctionnement ou la continuité des services et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises.

La rétroactivité des dispositions concernées ne peut se justifier que si elle s'inscrit dans une des hypothèses précitées.

### Section 6

#### *Statut affection chronique*

##### Art. 16

1. L'article 37bisvicies en projet confère une large habilitation au Roi, portant sur l'établissement d'un statut affection chronique auquel il lie les droits qu'il détermine" et la détermination "des conditions d'ouverture, de maintien, de retrait du statut affection chronique ainsi que les droits qui y sont liés".

Aux termes de la deuxième phrase de l'alinéa 1<sup>er</sup>, en projet,

"Pour l'élaboration de ce statut, il est notamment tenu compte d'un ou plusieurs des critères suivants:

1° un montant minimum de dépenses de santé d'un bénéficiaire, à fixer par le Roi, sur une période d'une durée à fixer par le Roi;

Voor de kosten van de voornoemde geneesmiddelen mogen geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden worden aangerekend dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld."

De ontworpen bepaling bevat dus niet alle voorwaarden gesteld in het artikel waarnaar wordt verwezen en dat gedeeltelijk wordt overgenomen. Ze vermeldt niet dat de instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, moeten beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden.

Ter wille van de rechtszekerheid moet het voorontwerp aldus worden aangevuld, waarbij daarin alle voorwaarden worden opgenomen die worden gesteld bij artikel 37, § 3/3.

Dezelfde opmerking geldt voor artikel 14, 2°, van het voorontwerp. Dit artikel verwijst weliswaar niet naar artikel 37, § 3/3, maar neemt de erin gestelde voorwaarden over, wederom met uitzondering van de vermelding dat de instellingen die, zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, moeten beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden.

### Art. 15

Het verlenen van terugwerkende kracht aan besluiten kan slechts onder bepaalde voorwaarden toelaatbaar worden geacht, te weten indien voor de retroactiviteit een wettelijke grondslag bestaat, de retroactiviteit betrekking heeft op een regeling die, met inachtneming van het gelijkheidsbeginsel, voordelen toekent of in zoverre de retroactiviteit noodzakelijk is voor de goede werking of de continuïteit van de diensten en daardoor, in beginsel, geen verkregen situaties worden aangestast.

Enkel indien de retroactiviteit van de betreffende bepalingen in één van de voormelde gevallen valt in te passen, kan deze worden gebillijkt.

### Afdeling 6

#### *Statuut chronische aandoening*

##### Art. 16

1. Het ontworpen artikel 37bisvicies verleent een ruime machtiging aan de Koning met betrekking tot het vaststellen van "een statuut chronische aandoening, waaraan Hij de rechten verbindt die Hij bepaalt" en van "de voorwaarden voor de ingang, het behoud en het intrekken van het statuut chronische aandoening, alsook de rechten die eraan verbonden zijn".

De tweede zin van het ontworpen eerste lid luidt als volgt:

"Voor het opstellen van dit statuut wordt inzonderheid rekening gehouden met een of meer van de volgende criteria:

1° een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging, dat door de Koning moet worden vastgelegd, door een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning zal worden vastgelegd;

2° le bénéfice de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16bis, 2°;

3° être atteint d'une affection rare ou orpheline".

Indépendamment des critiques qu'appelle la disposition à l'examen quant à sa qualité rédactionnelle, il y a lieu de relever le caractère particulièrement large des habilitations conférées au Roi pour mettre sur pied le "statut affection chronique" envisagé. Ceci résulte notamment du caractère exemplatif des critères énoncés et du fait que, selon le commentaire de la disposition, ils ne sont pas cumulatifs<sup>1</sup>.

Il y a lieu de rappeler à cet égard que, dans les matières que la Constitution réserve à la loi<sup>2</sup>, la possibilité pour le législateur de déléguer des compétences au Roi n'est admissible que si le législateur a défini cette délégation avec une précision suffisante, l'habilitation ne pouvant en principe concerner que l'exécution de mesures dont les éléments essentiels ont été fixés au préalable dans la loi.

L'article 16 doit être réexaminé en conséquence<sup>3</sup>.

2. Il y a lieu de numéroter l'article inséré "37vicies/1" au lieu de "37bisvicies"<sup>4</sup>. Il faudra dès lors modifier le renvoi à cet article à l'article 17 de l'avantprojet.

## Section 7

### *Tiers payant*

#### Art. 17

1. L'article 17 de l'avant-projet examiné a pour but d'étendre le paiement en tiers payant en vue d'améliorer l'accessibilité financière des prestations de santé remboursables. Il prévoit qu'il est dorénavant obligatoire pour toutes les prestations de soins de santé lorsqu'elles sont octroyées aux bénéficiaires de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 19 de la loi coordonnée précitée<sup>5</sup> et aux bénéficiaires du

<sup>1</sup> Ceci ressort notamment du commentaire de la disposition à l'examen.

<sup>2</sup> Tel est le cas en l'espèce, la disposition à l'examen pouvant se rattacher au droit à la sécurité sociale et à la protection de la santé garanti par l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution.

<sup>3</sup> Alors que la portée des deux alinéas en projet est très largement comparable quant à l'objet de l'habilitation, seule celle énoncée à l'alinéa 2 évoque la nécessité préalable d'une "position du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31bis" et d'un "avis du Comité de l'assurance" de l'INAMI. Lors du réexamen de cette disposition, il conviendrait de fusionner les deux alinéas en ce qui concerne l'objet de l'habilitation et les formalités préalables auxquelles elle serait soumise.

<sup>4</sup> *Principes de technique législative - Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, [www.raadvstconsetat.be](http://www.raadvstconsetat.be), onglet "Technique législative", recommandation n° 123.2 d).

2° het genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2°;

3° lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte."

Los van de kritiek omtrent de kwaliteit van de redactie van de voorliggende bepaling moet worden opgemerkt dat aan de Koning een bijzonder ruime machting wordt verleend voor het vaststellen van het voorgenomen "statuut chronische aandoening". Dit blijkt onder meer uit het feit dat de gestelde criteria bij wijze van voorbeeld worden opgegeven en dat ze volgens de commentaar op deze bepaling bovendien niet cumulatief<sup>1</sup> zijn.

In dit verband moet eraan worden herinnerd dat in aangelegenheden die de Grondwet aan de wet voorbehoudt<sup>2</sup>, de mogelijkheid voor de wetgever om bevoegdheden aan de Koning te delegeren alleen aanvaardbaar is indien de wetgever die delegatie voldoende nauwkeurig heeft omschreven, en dat de delegatie in beginsel slechts betrekking mag hebben op de tenuitvoerlegging van maatregelen waarvan de essentiële elementen voorafgaandelijk door de wetgever zijn vastgesteld.

Art. 16 moet dienovereenkomstig worden herzien.<sup>3</sup>

2. Het ingevoegde artikel moet "37vicies/1" worden genummerd in plaats van "37bisvicies".<sup>4</sup> Bijgevolg moet in artikel 17 van het voorontwerp de verwijzing naar dat artikel worden gewijzigd.

## Afdeling 7

### *Derde-betaler*

#### Art. 17

1. Artikel 17 van het voorliggende voorontwerp strekt ertoe de derdebetalersregeling uit te breiden teneinde aldus bij te dragen tot de financiële toegankelijkheid van de terugbetaalde geneeskundige verstrekkingen. Het bepaalt dat de toepassing van die regeling voortaan verplicht is voor alle geneeskundige verstrekkingen wanneer deze worden verleend aan de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming

<sup>1</sup> Zoals inzonderheid blijkt uit de commentaar op de onderzochte bepaling.

<sup>2</sup> Dat is in dezen het geval in zoverre de voorliggende bepaling zowel het recht op sociale zekerheid kan betreffen als het recht op de bescherming van de gezondheid, gewaarborgd bij artikel 23, derde lid, 2°, van de Grondwet.

<sup>3</sup> Ofschoon de strekking van de beide ontworpen leden in zeer grote mate vergelijkbaar is wat het onderwerp van de machting betreft, is alleen in het tweede lid sprake van het voorafgaande vereiste van een "voorstel van de werkgroep Verzekerbaarheid bedoeld in artikel 31bis" en van een "advies van het Verzekeringscomité" van het Riziv. Bij de herziening van deze bepaling dienen de twee ledens te worden samengevoegd met betrekking tot het onderwerp van de machting en de op die machting toepasselijke voorafgaande vormvereisten.

<sup>4</sup> *Beginselen van de wetgevingstechniek - Handleiding voor het opstellen van wetgevende en reglementaire teksten*, [www.raadvst-consetat.be](http://www.raadvst-consetat.be), tab Wetgevingstechniek, aanbeveling 123.2 d).

futur statut "affection chronique" créé par l'article 16 de l'avant-projet.

- <sup>5</sup> Ce paragraphe prévoit que bénéficient aussi de l'intervention majorée de l'assurance aux conditions prévues au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2:
- 1° les bénéficiaires auxquels est accordé le droit au revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002;
  - 2° les bénéficiaires auxquels un centre public d'aide sociale accorde un secours partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;
  - 3° les bénéficiaires qui bénéficient d'un revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1<sup>er</sup> avril 1969 ou conservent par application de l'article 21, § 2, de la même loi le droit à la majoration de rente; sont également visés les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;
  - 4° les bénéficiaires auxquels est accordée une des allocations visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations de handicapés;
  - 5° les enfants qui sont atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c.
- Cette incapacité est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale.
- Le Roi détermine les règles selon lesquelles l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c. est constatée;
- 6° les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, qui sont chômeurs de longue durée, selon les modalités visées à l'article 32, alinéa 2;
  - 7° les familles monoparentales;
  - 8° les bénéficiaires d'une allocation de chauffage octroyée par les centres publics d'action sociale, relevant des catégories indiquées à l'article 251, § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, de la loi-programme du 22 décembre 2008.];
- Le Roi peut également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, prévoir une durée minimale pendant laquelle le bénéfice d'un des droits ou allocations visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> est requis pour bénéficier de l'intervention majorée de l'assurance dans les conditions prévues au § 1<sup>er</sup>, alinéa 2. De même, le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, ce qu'il convient d'entendre par "chômeurs de longue durée" en précisant notamment la durée minimale de chômage et les conditions éventuelles de l'assimilation des périodes d'incapacité de travail et de courte reprise de travail à ces périodes de chômage pour l'application du présent paragraphe. Le Roi détermine également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, ce qu'il convient d'entendre par "famille monoparentale".

Le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2 prévoit: "Toutefois, les pensionnés, les veufs et les veuves, les orphelins et les bénéficiaires d'indemnités d'invalidité, respectivement visés aux articles 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 7<sup>o</sup> à 11<sup>ter</sup>, 16<sup>o</sup> et 20<sup>o</sup>, et 93, qui satisfont aux conditions de revenus telles que définies par le Roi par arrêté délibéré en Conseil des ministres, ainsi que leur conjoint ou cohabitant et les personnes à leur charge bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance. Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi peut également préciser les conditions dans lesquelles le droit à l'intervention majorée de l'assurance est ouvert, maintenu ou retiré et ce qu'il faut entendre par cohabitant. Les bénéficiaires établiront qu'ils remplissent les conditions susvisées selon les modalités fixées par le ministre après avis du Comité général de gestion. Pour les soins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, l'intervention de l'assurance est fixée à 90 p.c. des tarifs qui les concernent, sauf en ce qui concerne la consultation des médecins spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est de 85 p.c. des tarifs qui les concernent".

bedoeld in artikel 37, § 19, van de voornoemde gecoördineerde wet<sup>5</sup> en aan de rechthebbenden van het toekomstige statuut "chronische aandoening" ingevoerd bij artikel 16 van het voorontwerp.

<sup>5</sup> Deze paragraaf luidt als volgt:

"Genieten eveneens de verhoogde verzekeringstegemoetkoming onder de voorwaarden die gesteld zijn in § 1, tweede lid:

1° de rechthebbenden aan wie het leefloon, ingevoerd bij wet van 26 mei 2002, werd toegekend;

2° de rechthebbenden aan wie een openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn steun verleent die geheel of gedeeltelijk door de federale staat wordt ten laste genomen op grond van de artikelen 4 en 5 van de wet van 2 april 1965 betreffende de tenlasteneming van de steun, toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

3° de rechthebbenden die een bij de wet van 1 april 1969 ingesteld gewaarborgd inkomen voor bejaarden genieten of met toepassing van artikel 21, § 2, van dezelfde wet het recht op de rentebijslag behouden; worden eveneens bedoeld, de rechthebbenden op de inkomensgarantie voor ouderen ingesteld bij de wet van 22 maart 2001;

4° de rechthebbenden aan wie één van de tegemoetkomingen bedoeld in de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan gehandicapten, wordt verleend;

5° de kinderen die getroffen zijn door een lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 pct.

Deze ongeschiktheid wordt vastgesteld door een geneesheer van de Directie-generaal Personen met een handicap van de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid. De Koning bepaalt de regels volgens welke de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 pct. wordt vastgesteld;

6° de in artikel 32, eerste lid, 3<sup>o</sup>, bedoelde gerechtigden die langdurig werkloos zijn overeenkomstig de modaliteiten bedoeld in artikel 32, tweede lid;

7° de eenoudergezinnen;

8° de rechthebbenden op een verwarmingstoelage toegekend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, behorende tot de categorieën bedoeld in artikel 251, § 1, 2<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup>, van de programmawet van 22 december 2008. De Koning kan eveneens, bij in Ministerraad overlegd besluit, een minimumduur vaststellen tijdens welke men een van de in het eerste lid, 1<sup>o</sup> en 2<sup>o</sup>, bedoelde rechten of tegemoetkomingen moet genieten om de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te verkrijgen onder de in § 1, tweede lid, gestelde voorwaarden. Evenzo bepaalt de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, wat moet verstaan worden onder "langdurig werkloze", door met name de minimum werkloosheidsduur vast te stellen alsmede de eventuele voorwaarden voor de gelijkstelling van de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid en van korte arbeidshervatting met die tijdvakken van werkloosheid voor de toepassing van deze paragraaf. De Koning bepaalt eveneens, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, wat moet worden verstaan onder "eenoudergezin".

Paragraaf 1, tweede lid, bepaalt:

"De gepensioneerden, de weduwnaars en weduwen, de wezen en degenen die invaliditeitsuitkeringen genieten, respectievelijk bedoeld in de artikelen 32, eerste lid, 7<sup>o</sup> tot 11<sup>ter</sup>, 16<sup>o</sup> en 20<sup>o</sup>, en 93, die voldoen aan de inkomensvoorraarden zoals ze door de Koning zijn vastgesteld bij in Ministerraad overlegd besluit, alsmede hun echtgenoot of samenwonende persoon en de personen te hunnen laste genieten evenwel een verhoogde tegemoetkoming van de verzekering. Bij in Ministerraad overlegd besluit kan de Koning eveneens de voorwaarden vaststellen waaronder het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming ingaat, wordt behouden of wordt ingetrokken en wat men dient te verstaan onder samenwonende persoon. De rechthebbenden moeten bewijzen dat ze de hiervoren bedoelde voorwaarden vervullen, volgens de modaliteiten, vastgesteld door de minister, na advies van het Algemeen beheerscomité. Voor de in het eerste lid bedoelde verzorging wordt de verzekeringstegemoetkoming vastgesteld op 90 pct. van de hen betreffende tarieven, behoudens wat de raadpleging van de geneesheren-specialisten betreft, waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 85 pct. van de hen betreffende tarieven bedraagt."

2. Il semble résulter de la disposition en projet que le système du tiers payant sera, pour les catégories de bénéficiaires prévues dans l'avant-projet, applicable à l'ensemble des dispensateurs de soins, en ce compris ceux qui n'ont pas adhéré au régime de conventionnement INAMI.

Compte tenu de l'importance d'une telle réforme, le commentaire de l'article devrait être complété pour mieux faire apparaître les effets principaux de la modification projetée, particulièrement à l'égard des dispensateurs de soins qui, dans le cadre de la réglementation actuelle, ne sont pas soumis au régime du tiers payant.

3. Il y aura lieu de veiller à une correcte articulation entre la nouvelle loi et la réglementation actuellement en vigueur, particulièrement l'arrêté royal du 10 octobre 1986 "portant exécution de l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994".

À titre d'exemple, la section de législation s'interroge sur l'articulation de la possibilité de prévoir une interdiction de l'application du tiers payant prononcée à l'égard de dispensateurs individuels et le droit au système du tiers payant au profit des catégories visées par l'avantprojet. Un dispensateur de soins pourrait-il, par exemple, échapper à l'obligation d'accepter le tiers payant prévu à l'égard des catégories visées par l'avant-projet en se faisant exclure du système?

#### Art. 18

À l'article 17, alinéa 2 en projet, il y a une erreur de renvoi. Il y a lieu d'écrire "à l'alinéa 1<sup>er</sup>" au lieu de "à l'alinéa 2".

#### Section 8

##### *Des sanctions*

Cette section n'appelle aucune observation.

#### Section 9

##### *Accord national*

Cette section n'appelle aucune observation.

#### Section 10

##### *Liaison pédiatrique*

Cette section n'appelle aucune observation.

2. Uit de ontworpen bepaling lijkt te volgen dat de derde-betalersregeling voor alle categorieën van rechthebbenden omschreven in het voorontwerp toepasselijk zal zijn op alle zorgverleners, daaronder begrepen die welke niet zijn toegetroeden tot het conventionele stelsel van het Riziv.

Gelet op de belangrijkheid van een zodanige hervorming moet de commentaar op het artikel worden aangevuld, zodat de voornaamste gevolgen van de voorgenomen wijziging beter tot uiting komen, inzonderheid ten aanzien van de zorgverleners op wie de derdebetalersregeling bij de huidige stand van de regelgeving niet van toepassing is.

3. De nieuwe wet en de thans geldende regeling, inzonderheid het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 "tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994", moeten correct op elkaar worden afgestemd.

Zo heeft de afdeling Wetgeving bijvoorbeeld vragen bij de manier waarop de mogelijkheid om te voorzien in een verbod, opgelegd aan individuele zorgverleners, om de derde-betalersregeling toe te passen aansluit bij het recht van de categorieën van personen bedoeld in het voorontwerp om de derde-betalersregeling te genieten. Kan een zorgverleger zich bijvoorbeeld onttrekken aan de verplichting om de opgelegde derde-betalersregeling toe te passen op de categorieën van personen bedoeld in het voorontwerp, door zich te laten uitsluiten uit de regeling?

#### Art. 18

De verwijzing in het ontworpen artikel 17, tweede lid, is verkeerd. Men schrijve "in het eerste lid" in plaats van "in het tweede lid".

#### Afdeling 8

##### *Sancties*

Deze afdeling geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

#### Afdeling 9

##### *Nationaal akkoord*

Deze afdeling geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

#### Afdeling 10

##### *Pediatrische liaison*

Deze afdeling geeft geen aanleiding tot opmerkingen.

## CHAPITRE 3

**Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008**

## Observation générale

1. En ce qui concerne les références à la loi "relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins", coordonnée le 10 juillet 2008, il faut tenir compte d'un avantprojet "portant dispositions diverses en matière de santé", soumis récemment pour avis<sup>6</sup>. L'article 46 de ce projet confirme la coordination de cette loi et l'article 47 dispose que cette dernière est désormais intitulée "loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins".

Si ce projet de loi est adopté avant le projet à l'examen, il y aura lieu d'adapter l'intitulé du chapitre 3 et l'article 24 du projet examiné en tenant compte de cette modification.

## Art. 27

2. L'article 152, § 4, en projet, de la loi coordonnée "relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins" est équivoque. En se référant à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d), l'article 152, § 2, alinéa 2, en projet, prévoit quatre cas dans lesquels des suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés aux patients admis en chambre individuelle. Le texte en projet impliquerait que le Roi peut définir plus précisément ces quatre catégories. Toutefois, l'exposé des motifs paraît plutôt suggérer qu'il s'agit d'autoriser le Roi à exclure encore d'autres groupes du paiement de suppléments d'honoraires en chambre individuelle.

Invité à donner des éclaircissements, le délégué a déclaré:

"En réalité, le § 4 a pour objectif de potentiellement exclure des catégories de patients de la réclamation de suppléments en chambre individuelle, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Si un tel arrêté devait être pris, les catégories de bénéficiaires visés par cet arrêté ne pourraient se voir réclamer des suppléments d'honoraires en chambre individuelle.

La définition des quatre situations prévues à l'alinéa 2 ne nécessite pas la prise d'un arrêté quelconque. Cette disposition se suffit à elle-même (une disposition similaire existe d'ailleurs dans la loi actuelle).

Compte tenu de ces explications, on insérera le mot "supplémentaires" entre le mot "catégories" et les mots "de patients" dans le paragraphe 4, en projet.

<sup>6</sup> Avant-projet de loi "portant dispositions diverses en matière de santé", sur lequel le Conseil d'État a donné, le 20 juin 2012, l'avis 51 401/1/2/3.

## HOOFDSTUK 3

**Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008**

## Algemene opmerking

1. Bij de verwijzingen naar de wet "betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen", gecoördineerd op 10 juli 2008, moet rekening worden gehouden met een recent voor advies voorgelegde voorontwerp "houdende diverse bepalingen inzake gezondheid".<sup>6</sup> Artikel 46 van dat ontwerp voorziet in de bekraftiging van de coördinatie van die wet, en artikel 47 bepaalt dat die wet voortaan de "gecoördineerde wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" wordt genoemd.

Als dat wetsontwerp wordt aangenomen voordat het thans voorliggende ontwerp wordt aangenomen, dienen het opschrift van hoofdstuk 3 en artikel 24 van het thans voorliggende ontwerp aan die wijziging aangepast te worden.

## Art. 27

2. Het ontworpen artikel 152, § 4, van de gecoördineerde wet "betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen" is dubbelzinnig. In het ontworpen artikel 152, § 2, tweede lid, worden – via een verwijzing naar artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot d), – vier gevallen genoemd waarin aan patiënten in een individuele kamer geen ereloonsupplementen mogen worden aangerekend. De ontworpen tekst zou als gevolg hebben dat de Koning die vier categorieën verder mag definiëren. De memorie van toelichting lijkt echter veeleer te suggereren dat het de bedoeling is dat de Koning nog bijkomende groepen mag uitsluiten van ereloonsupplementen in een individuele kamer.

Om uitleg gevraagd, heeft de gemachtigde het volgende verklaard:

*"En réalité, le § 4 a pour objectif de potentiellement exclure des catégories de patients de la réclamation de suppléments en chambre individuelle, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.*

*Si un tel arrêté devait être pris, les catégories de bénéficiaires visés par cet arrêté ne pourraient se voir réclamer des suppléments d'honoraires en chambre individuelle.*

*La définition des quatre situations prévues à l'alinéa 2 ne nécessite pas la prise d'un arrêté quelconque. Cette disposition se suffit à elle-même (une disposition similaire existe d'ailleurs dans la loi actuelle)."*

Gelet op die uitleg, moet in de ontworpen paragraaf 4 het woord "bijkomende" worden ingevoegd vóór de woorden "categorieën van patiënten".

<sup>6</sup> Voorontwerp van wet "houdende diverse bepalingen inzake gezondheid", waarover de Raad van State op 20 juni 2012 advies 51 401/1/2/3 heeft gegeven.

## CHAPITRE 4

**Modification à la loi du 2 avril 1965 “relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics [d'aide] sociale”**

## Portée des dispositions en projet

1. Le chapitre 4 du projet a pour objet de modifier la loi du 2 avril 1965 “relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale”. Il contient tout d'abord des dispositions visant à simplifier le paiement des factures pour certaines prestations d'aide médicale et pharmaceutique concernant des personnes indigentes qui ne bénéficient pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique, qui ne peuvent pas être assurées sur la base de la loi “relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités”, coordonnée le 14 juillet 1994, et qui sont à la charge des centres publics d'action sociale, en informatisant l'échange des données y afférent et en prévoyant l'intervention de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité. Le Roi peut étendre le champ d'application de ces dispositions à d'autres catégories de bénéficiaires et à d'autres formes d'aide médicale et pharmaceutique. Il fixe également la date d'entrée en vigueur de la nouvelle réglementation (article 9ter, en projet, de la loi du 2 avril 1965). En outre, il est prévu qu'il peut déterminer les éléments de l'enquête sociale qui conditionne déjà actuellement la prise en charge de certains frais par l'État (article 9bis, en projet, de la même loi). Enfin, ce chapitre comporte un certain nombre de dispositions abrogatoires et modificatives concernant les articles 9bis et 9ter, en projet, précités.

2. En ce qui concerne le nouveau régime de paiement de certaines factures en matière d'aide médicale et pharmaceutique (article 9ter, en projet), le projet définit les obligations respectives des centres publics d'action sociale, de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité et de l'État. L'échange de données proprement dit entre les parties concernées dans le cadre de ces nouvelles dispositions intervient en application de la loi du 15 janvier 1990 “relative à l'institution et à l'organisation d'une Banquecarrefour de la sécurité sociale” (ci-après: la loi Banque-carrefour)<sup>7</sup> et n'est dès lors pas réglé par le projet à l'examen.

## HOOFDSTUK 4

**Wijziging van de wet van 2 april 1965 “betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn”**

## Strekking van de ontworpen bepalingen

1. Hoofdstuk 4 van het ontwerp strekt ertoe de wet van 2 april 1965 “betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn” te wijzigen. Het bevat vooreerst een regeling om de betaling van de facturen voor bepaalde medische en farmaceutische hulpverlening aan behoeftige personen, die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt, die niet verzekerd kunnen worden op basis van de wet “betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen”, gecoördineerd op 14 juli 1994, en die ten laste zijn van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, te vereenvoudigen, door de daarop betrekking hebbende gegevensuitwisseling te informatiseren en door te voorzien in de tussenkomst van de Hulpkas voor Ziekte en Invaliditeitsverzekering. De Koning kan het toepassingsgebied van die regeling uitbreiden tot andere categorieën van begunstigden en andere vormen van medische en farmaceutische hulp. Hij bepaalt ook de datum van inwerkingtreding van de nieuwe regeling (ontworpen artikel 9ter van de wet van 2 april 1965). Daarnaast wordt voorzien in de mogelijkheid voor de Koning om de elementen te bepalen van het sociaal onderzoek, dat thans reeds als voorwaarde geldt voor de tenlasteneming door de Staat van bepaalde kosten (ontworpen artikel 9bis van dezelfde wet). Ten slotte bevat dit hoofdstuk een aantal opheffings en wijzigingsbepalingen die verband houden met de vooroemde ontworpen artikelen 9bis en 9ter.

2. Wat de nieuwe regeling voor de betaling van sommige facturen inzake medische en farmaceutische hulpverlening betreft (ontworpen artikel 9ter), bepaalt het ontwerp de respectievelijke verplichtingen van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Staat. De eigenlijke gegevensuitwisseling tussen de betrokken partijen in het kader van die nieuwe regeling gebeurt met toepassing van de wet van 15 januari 1990 “houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid” (hierna: de kruispuntbankwet)<sup>7</sup> en wordt bijgevolg niet geregeld in het voorliggende ontwerp.

<sup>7</sup> Voir à ce sujet la délibération n° 12/021 du comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, section “sécurité sociale”, du 6 mars 2012, institué au sein de la Commission de la protection de la vie privée qui, en application de l'article 15, § 1<sup>er</sup>, de la loi Banquecarrefour, autorise les communications électroniques de données à caractère personnel entre les parties concernées dans le cadre de la décision électronique de prise en charge de soins par les centres publics d'action sociale.

<sup>7</sup> Zie in dat verband beraadslaging nr. 12/021 van 6 maart 2012 van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid, afdeling “sociale zekerheid”, ingesteld binnen de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, waarbij met toepassing van artikel 15, § 1, van de kruispuntbankwet machtiging wordt verleend voor de elektronische mededelingen van persoonsgegevens tussen de betrokken partijen in het kader van de elektronische beslissing van tenlasteneming van de zorg door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn.

## Examen du texte

## Art. 32

3. L'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, en projet, de la loi du 2 avril 1965 habilite le Roi à fixer "la date de l'entrée en vigueur de la présente disposition". Vu la connexité entre les différentes parties de l'article 9ter, en projet, force est d'admettre que cette habilitation concerne l'article dans son entier et pas seulement l'alinéa 1<sup>er</sup> de son paragraphe 1<sup>er</sup>. Il est recommandé, dès lors, de transformer cette disposition en une habilitation permettant au Roi de fixer la date d'entrée en vigueur de l'article 9ter, en projet, tout entier, et donc de l'article 32 du projet, et d'intégrer cette disposition à la fin du chapitre 4, dans un nouvel article 37 à insérer. Compte tenu en outre de la corrélation entre la modification prévue à l'article 36 du projet et l'article 9ter, en projet, cette habilitation au Roi devra également se rapporter à l'article 36 du projet.

4. Au regard des principes qui régissent les rapports entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, le pouvoir que l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, en projet, confère au Roi d'étendre le champ d'application du dispositif en projet "à d'autres catégories de bénéficiaires et/ou pour d'autres formes d'aide médicale et pharmaceutique" est trop étendu. Il convient dès lors de mieux circonscrire cette habilitation, par exemple en définissant les catégories possibles de bénéficiaires et les formes possibles d'aide médicale et pharmaceutique dans la loi proprement dite.

5. S'il s'agit d'également imposer certaines obligations aux prestataires de soins dans le cadre des dispositions en projet, il convient de les définir expressément, soit dans l'article 9ter, en projet, soit dans une loi ou un arrêté plus approprié à cette fin.

## Art. 33

6. L'article 10, § 2, en projet, de la loi du 2 avril 1965 dispose que le ministre exige la récupération des frais pris en charge par l'État par la voie d'une décision "motivée". Cet ajout est à la fois superflu et ambigu.

Il est superflu parce que de telles décisions sont régies par la loi du 29 juillet 1991 "relative à la motivation formelle des actes administratifs" et que l'obligation de motivation formelle de ces décisions découle déjà de cette loi.

Il est ambigu parce qu'une telle disposition donne à penser que l'obligation de motivation formelle n'existe que si elle est expressément prescrite dans le texte en projet.

## Onderzoek van de tekst

## Art. 32

3. Het ontworpen artikel 9ter, § 1, tweede lid, van de wet van 2 april 1965 bevat een machtiging aan de Koning om "de datum waarop deze bepaling in werking treedt" te bepalen. Gelet op de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het ontworpen artikel 9ter, dient te worden aangenomen dat die machtiging slaat op het gehele artikel en niet enkel op het eerste lid van paragraaf 1 ervan. Het verdient dan ook aanbeveling om die bepaling om te vormen tot een machtiging aan de Koning om de datum van inwerkingtreding te bepalen van het gehele ontworpen artikel 9ter, en dus van artikel 32 van het ontwerp, en die bepaling op te nemen aan het einde van hoofdstuk 4, in een nieuw toe te voegen artikel 37. Gelet op de samenhang tussen de in artikel 36 van het ontwerp opgenomen wijziging en het ontworpen artikel 9ter, zal die machtiging aan de Koning bovendien ook moeten worden betrokken op artikel 36 van het ontwerp.

4. Rekening houdende met de beginselen die de verhouding regelen tussen de wetgevende en de uitvoerende macht, is de machtiging aan de Koning, in het ontworpen artikel 9ter, § 1, tweede lid, om het toepassingsgebied van de ontworpen regeling uit te breiden "tot andere categorieën van begunstigden en/of andere vormen van medische en farmaceutische hulp" te ruim. Die machtiging dient bijgevolg nader te worden afgebakend, bijvoorbeeld door de mogelijke categorieën van begunstigden en vormen van medische en farmaceutische hulp in de wet zelf te bepalen.

5. Indien het de bedoeling is om ook aan de zorgverstrekkers bepaalde verplichtingen op te leggen in het kader van de ontworpen regeling, dienen deze uitdrukkelijk te worden bepaald, hetzij in het ontworpen artikel 9ter, hetzij in een daartoe meer geëigend(e) wet of besluit.

## Art. 33

6. Het ontworpen artikel 10, § 2, van de wet van 2 april 1965 bepaalt dat de minister de terugvordering eist van de door de Staat ten laste genomen kosten, door middel van een "gemotiveerde" beslissing. Die toevoeging is tegelijk overbodig en misleidend.

Ze is overbodig omdat dergelijke beslissingen onder de toepassing vallen van de wet van 29 juli 1991 "betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen" en de verplichting tot formele motivering van die beslissingen reeds uit die wet voortvloeit.

Ze is misleidend omdat dergelijke bepaling de indruk wekt dat de formele motiveringsverplichting niet geldt buiten de gevallen waarin die verplichting uitdrukkelijk in de ontworpen regeling is voorgeschreven.

L'avis concernant les chapitres 1<sup>er</sup> et 4 a été donné par la première chambre composée de:

Messieurs

M. VAN DAMME,	président de chambre,
J. BAERT,	
W. VAN VAERENBERGH,	conseillers d'État,
L. DENYS,	assesseur de la section de législation,

Madame

G. VERBERCKMOES,	greffier.
------------------	-----------

Le rapport a été présenté par Madame R. THIELEMANS, premier auditeur.

*Le greffier,*

G. VERBERCKMOES

*Le président,*

M. VAN DAMME

Het advies betreffende de hoofdstukken 1 en 4 werd gegeven door de eerste kamer samengesteld uit

de Heren

M. VAN DAMME,	kamervoorzitter,
J. BAERT,	
W. VAN VAERENBERGH,	staatsraden,
L. DENYS,	assessor van de afdeling Wetgeving,

Mevrouw

G. VERBERCKMOES,	griffier,
------------------	-----------

Het verslag werd uitgebracht door Mevrouw R. THIELEMANS, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de Heer J. BAERT.

*De griffier,*

G. VERBERCKMOES

*De voorzitter,*

M. VAN DAMME

L'avis concernant les chapitres 1<sup>er</sup> et 2 a été donné par la deuxième chambre des vacations composée de

Messieurs

Y. KREINS,	président de chambre,
J. VANHAEVERBEEK,	conseillers d'État,
P. VANDERNOOT,	
Chr. BEHRENDT,	assesseur de la section de législation,

Madame

B. VIGNERON,

Le rapport a été présenté par M. Y. DELVAL, auditeur.

*Le greffier,*

B. VIGNERON

*Le président,*

Y. KREINS

Het advies betreffende de hoofdstukken 1 en 2 werd gegeven door de tweede vakantiekamer samengesteld uit

de Heren

Y. KREINS,	kamervoorzitter,
J. VANHAEVERBEEK,	staatsraden,
P. VANDERNOOT,	
Chr. BEHRENDT,	assessor van de afdeling Wetgeving,

Mevrouw

B. VIGNERON,

Het verslag werd uitgebracht door de Heer Y. DELVAL, auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst werd nagezien onder toezicht van de Heer Y. KREINS.

*De griffier,*

B. VIGNERON

*De voorzitter,*

Y. KREINS

L'avis concernant les chapitres 1 et 3 a été donné par la troisième chambre composée de

Messieurs

P. LEMMENS,	président de chambre,
J. SMETS,	conseillers d'État,
B. SEUTIN,	greffier.

Madame

G. VERBERCKMOES,

Le rapport a été présenté par Monsieur T. CORTHAUT, auditeur adjoint.

*Le greffier,*

G. VERBERCKMOES

*Le président,*

P. LEMMENS

Het advies betreffende de hoofdstukken 1 en 3 werd gegeven door de derde kamer samengesteld uit

de Heren

P. LEMMENS,	kamervoorzitter,
J. SMETS,	staatsraden,
B. SEUTIN,	griffier,

Mevrouw

G. VERBERCKMOES,

Het verslag werd uitgebracht door de Heer T. CORTHAUT, adjunct-auditeur.

De overeenstemming tussen de Nederlandse en de Franse tekst werd nagezien onder toezicht van de Heer J. BAERT, staatsraad.

*De griffier,*

G. VERBERCKMOES

*De voorzitter,*

P. LEMMENS

**PROJET DE LOI**

ALBERT II, ROI DES BELGES,

*À tous, présents et à venir,*

SALUT.

sur la proposition de notre ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous AVONS ARRÊTÉ ET ARRÊTONS:

Notre ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargée de présenter en Notre nom aux Chambres législatives et de déposer à la Chambre des représentants, le projet de loi dont la teneur suit.

**CHAPITRE 1<sup>ER</sup>****Disposition introductory****Article 1<sup>er</sup>**

La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

**CHAPITRE 2****Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994****Section 1<sup>re</sup>**

*Mineurs étrangers non accompagnés*

**Art. 2**

À l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 13 décembre 2006, l'alinéa 1<sup>er</sup> est complété par la phrase suivante:

*“Le Roi peut déterminer des périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire.”.*

**WETSONTWERP**

ALBERT II, KONING DER BELGEN,

*Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen,*

ONZE GROET.

op de voordracht van onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezonheid,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ:

Onze minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is ermee belast het ontwerp van wet, waarvan de tekst volgt, in Onze naam aan de Wetgevende Kamers voor te leggen en bij de Kamer van volksvertegenwoordigers in te dienen.

**HOOFDSTUK 1****Inleidende bepaling****Artikel 1**

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

**HOOFDSTUK 2****Wijzigingen aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.****Afdeling 1**

*Niet begeleide minderjarige vreemdelingen*

**Art. 2**

In artikel 32, eerste lid, 22° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij wet van 13 december 2006, wordt het eerste lid aangevuld met de volgende zin;

*“De Koning kan de tijdvakken bepalen die worden gelijkgesteld met tijdvakken waarin onderwijs van het basisniveau of tweede niveau wordt gevuld.”.*

**Section 2***Sevrage tabagique***Art. 3**

Dans l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, le 24°, inséré par la loi du 27 décembre 2004, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, modifié par la loi du 22 décembre 2008, est remplacé par ce qui suit:

“24° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique. Le Roi peut étendre l'intervention de l'assurance à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique.”.

**Section 3***Prothèses capillaires***Art. 4**

Dans l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi-programme du 23 décembre 2009, est inséré le 20°bis rédigé comme suit:

“20°bis la fourniture de prothèses capillaires”.

**Art. 5**

Dans l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, de la même loi, inséré par la loi du 24 décembre 1999 et modifié par les lois des 10 août 2001, 22 août 2002 et 22 décembre 2003, les mots “et 20°” sont chaque fois remplacés par les mots “, 20° et 20°bis”.

**Art. 6**

Dans l'article 37, § 20, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par les lois des 27 avril 2005, 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les mots “les prestations visées à l'article 34, 14°, 24° et 25°” sont remplacés par les mots “les prestations visées à l'article 34, 14°, 20°bis, 24° et 25°”.

**Afdeling 2***Tabaksonwenning***Art. 3**

In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet wordt de bepaling onder 24°, ingevoerd bij de wet van 27 december 2004, vervangen bij de wet van 27 december 2005, gewijzigd bij de wet van 22 december 2008, vervangen als volgt:

“24° de tegemoetkoming voor de hulp bij de tabaksonwenning. De Koning kan de verzekeringstegemoetkoming uitbreiden tot de hulp met geneesmiddelen bij tabaksonwenning.”.

**Afdeling 3***Haarprothesen***Art. 4**

In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de programmawet van 24 december 2002, wordt de bepaling onder 20°bis ingevoerd, luidende:

“20°bis het verstrekken van haarprothesen”.

**Art. 5**

In artikel 35, § 1, achtste lid, van de dezelfde wet, ingevoegd bij wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij de wetten van 10 augustus 2001, 22 augustus 2002 en 22 december 2003, worden de woorden “en 20°” telkens vervangen door de woorden “, 20° en 20°bis”.

**Art. 6**

In artikel 37, § 20, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wetten van 27 april 2005, 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de woorden “de in artikel 34, 14°, 24° en 25° bedoelde verstrekkingen” vervangen door de woorden “de in artikel 34, 14°, 20°bis, 24° en 25° bedoelde verstrekkingen”.

**Section 4***Radio-isotopes***Art. 7**

Dans l'article 18, alinéa 4, de la même loi, remplacé par la loi du 25 janvier 1999 et modifié par la loi du 24 décembre 1999, par la loi du 10 août 2001 et l'arrêté royal du 17 septembre 2005, confirmé par la loi du 27 décembre 2005, les mots "une note récapitulant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35bis" sont remplacés par les mots "deux notes récapitulatives, la première reprenant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35, § 2ter, et la seconde celles apportées à la liste visée à l'article 35bis".

**Art. 8**

Dans l'article 22, alinéa 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, de la même loi, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, les mots "visée aux articles 23, § 2, 35, § 1<sup>er</sup>, et 35, § 2ter" sont remplacés par les mots "visée aux articles 23, § 2 et 35, § 1<sup>er</sup>".

**Art. 9**

Dans l'article 27, alinéa 4, de la même loi, modifié par la loi du 24 décembre 1999, par la loi du 10 août 2001 et par la loi du 24 décembre 2002, les mots "visé à l'alinéa 2" sont remplacés par les mots "prévu à l'article 35, § 2".

**Art. 10**

Dans l'article 35, de la même loi, le paragraphe 2ter, inséré par la loi du 22 décembre 2003, remplacé par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 13 décembre 2006, est remplacé par ce qui suit:

"§ 2ter. Le Roi confirme la liste des radio-isotopes remboursables visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, d). Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, ou après avis de celui-ci, le ministre modifie la liste des radio-isotopes remboursables visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, d), ainsi que les conditions de remboursement y relatives. Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, le Roi détermine la procédure qui doit être suivie par ceux qui demandent l'admission, une modification ou la suppression d'un produit sur la liste des radio-isotopes remboursables. Il définit en outre les délais et les obligations qui doivent être respectés en cas de demande d'admission, de modification ou de

**Afdeling 4***Radio-isotopen***Art. 7**

In artikel 18, vierde lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 25 januari 1999 en gewijzigd bij de wet van 24 december 1999 de wet van 10 augustus 2001 en bij het koninklijk besluit van 17 september 2005, bekrachtigd bij de wet van 27 december 2005, worden de woorden "een overzichtsnota op met de wijzigingen aan de in artikel 35bis bedoelde lijst" vervangen door de woorden "twee overzichtsnota's op, waarvan in de eerste de wijzigingen zijn opgenomen aan de in artikel 35, § 2ter, bedoelde lijst en in de tweede die welke zijn aangebracht aan de in artikel 35bis bedoelde lijst".

**Art. 8**

In artikel 22, eerste lid, 4<sup>o</sup>, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 27 december 2005, worden de woorden "de artikelen 23, § 2, 35, § 1, en 35, § 2ter" vervangen door de woorden "de artikelen 23, § 2 en 35, § 1".

**Art. 9**

In artikel 27, vierde lid, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 24 december 1999, bij de wet van 10 augustus 2001 en bij de wet van 24 december 2002, worden de woorden "bedoeld in het tweede lid" vervangen door de woorden "bedoeld in artikel 35, § 2".

**Art. 10**

In artikel 35, van dezelfde wet wordt paragraaf 2ter, ingevoegd bij de wet van 22 december 2003, vervangen bij de wet van 27 december 2005 en gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, vervangen als volgt:

"§ 2 ter. De Koning bekrachtigt de lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen of na diens advies wijzigt de minister de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, d), bedoelde lijst van vergoedbare radio-isotopen, alsook de vergoedingsvooraarden die erop betrekking hebben. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen legt de Koning de procedure vast die moet worden gevolgd door wie de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product uit de lijst van de vergoedbare radio-isotopen vraagt. Voorts legt hij de termijnen en de verplichtingen vast die in acht moeten worden genomen in geval van

suppression. Pour l'application du présent paragraphe, le Roi peut assimiler aux radio-isotopes remboursables des produits radioactifs ou rendus radioactifs qui appartiendraient à d'autres catégories de prestations de santé.”.

#### Art. 11

Dans l'article 37, § 3, de la même loi, modifié par l'arrêté royal du 21 février 1997, par la loi du 22 décembre 2003, par la loi du 27 décembre 2005 et par la loi du 13 décembre 2006, le dernier alinéa est abrogé.

#### Art. 12

Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, il est inséré une section XXI contenant un article 77*quinquies* rédigé comme suit:

“Section XXI- Des obligations des firmes qui mettent des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et demandent leur admission au remboursement

**Art. 77*quinquies*. § 1<sup>er</sup>.** La firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est tenue, à partir de l'introduction d'une demande de remboursement, de garantir que le produit radio-pharmaceutique concerné sera effectivement disponible au plus tard le jour de la date d'entrée en vigueur du remboursement et de garantir la continuité de la disponibilité du produit.

Lorsque la firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est dans l'incapacité d'approvisionner le marché pour un conditionnement, ce conditionnement est considéré comme indisponible. La firme doit notifier la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité au Conseil technique des radio-isotopes.

**§ 2.** Si le service des soins de santé de l'Institut est informé de l'indisponibilité d'un produit radio-pharmaceutique autrement que par la firme, il demande confirmation à la firme que le produit est effectivement indisponible. La firme dispose d'un délai de 14 jours à partir de la réception de cette demande pour confirmer ou infirmer l'indisponibilité par lettre recommandée avec accusé de réception. Si elle l'infirme, elle joint à son envoi les éléments probants qui attestent que le produit est disponible. Si la firme confirme l'indisponibilité, elle précise la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité.

een vraag tot aanname, tot wijziging of tot schrapping. Voor de toepassing van deze paragraaf kan de Koning radioactieve of radioactief gemaakte producten die tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen zouden behoren, gelijkstellen met radio-isotopen.”.

#### Art. 11

In artikel 37, § 3, van dezelfde wet, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 21 februari 1997, de wet van 22 december 2003, de wet van 27 december 2005 en de wet van 13 december 2006, wordt het laatste lid opgeheven.

#### Art. 12

In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet, wordt een afdeling XXI ingevoegd met een artikel 77*quinquies* dat luidt als volgt:”.

“Afdeling XXI- Verplichtingen van de firma's die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengen en hun aanname voor vergoeding vragen

**Art. 77*quinquies*. § 1.** De firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, is verplicht om vanaf de indiening van een vergoedingsaanvraag te garanderen dat het betrokken radiofarmaceutisch product uiterlijk de dag van inwerkingtreding van de vergoeding daadwerkelijk beschikbaar zal zijn en om de continuïteit van de beschikbaarheid van het product te garanderen.

Wanneer de firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, in de onmogelijkheid verkeert om voor een verpakking de markt te bevoorraden, dan wordt die verpakking als onbeschikbaar beschouwd. De firma moet aan de Technische Raad voor Radio-isotopen kennis geven van de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

**§ 2.** Indien de dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Instituut op een andere manier dan door de firma wordt ingelicht over de onbeschikbaarheid van een radiofarmaceutisch product, vraagt hij aan de firma de bevestiging dat het product daadwerkelijk onbeschikbaar is. De firma beschikt over een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van die vraag, om per aangerekende brief met ontvangstbewijs de onbeschikbaarheid te bevestigen of te ontkennen. Indien zij ontkent, voegt zij bij de brief de bewijsstukken dat het product beschikbaar is. Indien de firma de onbeschikbaarheid bevestigt, vermeldt zij de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

Si la firme ne répond pas dans le délai imparti, ou si les éléments qu'elle fournit ne permettent pas d'établir avec certitude la disponibilité du produit, la spécialité est supprimée le plus rapidement possible de la liste, de plein droit et sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.

§ 3. Si la firme communique que le conditionnement va être indisponible pendant plus de trois mois, ou si l'indisponibilité dure plus de trois mois, le conditionnement concerné est supprimé de plein droit de la liste, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter, respectivement le premier jour du mois qui suit l'écoulement d'un délai de 10 jours à compter de la réception de la notification ou le premier jour du quatrième mois d'indisponibilité.

§ 4. Si l'indisponibilité est la conséquence d'un cas prouvé de force majeure, le conditionnement est de plein droit à nouveau inscrit sur la liste le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la fin de l'indisponibilité, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.”

## Section 5

### *Maximum à facturer*

Art. 13

À l'article 37sexies, alinéa 8, 1°, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées:

1° dans les dispositions reprises sous a), les mots “des interventions personnelles fixées en application de l'article 37, § 2 (b), pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B et C dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables” sont remplacés par les mots “des interventions personnelles pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B, C, Fa et Fb dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables”;

2° il est ajouté une disposition sous g) rédigée comme suit:

g) de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/3, par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos

Indien de firma niet antwoordt binnen de opgelegde termijn of indien de meegeedeelde elementen niet toelaten om met zekerheid de beschikbaarheid van het product aan te tonen, wordt de specialiteit zo snel mogelijk van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.

§ 3. Indien de firma medeelt dat de verpakking gedurende meer dan drie maanden onbeschikbaar zal zijn of indien de onbeschikbaarheid langer dan drie maanden duurt, wordt de betrokken verpakking van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd, respectievelijk de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de kennisgeving of de eerste dag van de vierde maand van de onbeschikbaarheid.

§ 4. Indien de onbeschikbaarheid het gevolg is van een aangetoond geval van overmacht, wordt de verpakking van rechtswege opnieuw opgenomen in de lijst op de eerste dag van de maand volgend op het einde van de onbeschikbaarheid, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.”

## Afdeling 5

### *Maximumfactuur*

Art. 13

In artikel 37sexies, achtste lid, 1°, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder a) worden de woorden “de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld met toepassing van artikel 37, § 2 (b), voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B en C van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten” vervangen door de woorden “de persoonlijke aandelen voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B, C, Fa en Fb van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten”;

2° de bepaling onder g) wordt toegevoegd, luidende:

g) het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/3, wordt gedragen door de rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen

et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi.”.

#### Art. 14

À l'article 37*septies*, alinéa 1<sup>er</sup>, premier tiret, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 24 décembre 2002, 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, sont apportées les modifications suivantes:

1° les mots “des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C” sont remplacés par les mots “des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B, C, Fa et Fb”;

2° les mots “de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi” sont insérés entre les mots “maison de soins psychiatriques,” et les mots “et de la différence éventuelle”.

#### Art. 15

Les articles 13 et 14 produisent leurs effets au 1<sup>er</sup> mars 2012.

#### Section 6

##### *Statut affection chronique*

#### Art. 16

Dans le titre III de la même loi, il est inséré un chapitre III*ter* contenant un article 37*bis**vicies*/1 rédigé comme suit:

“Chapitre III*ter* — Du statut affection chronique

Art. 37*vicies*/1. Le Roi établit, sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31*bis* ou après

en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden.”.

#### Art. 14

In artikel 37*septies*, eerste lid, eerste streepje, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 24 december 2002, 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden “de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C” worden vervangen door de woorden “de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B, C, Fa en Fb”;

2° de woorden “het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden” worden ingevoegd tussen de woorden “psychiatrisch verzorgingstehuis” en de woorden “en het eventuele verschil”.

#### Art. 15

Artikels 13 en 14 hebben uitwerking met ingang van 1 maart 2012.

#### Afdeling 6

##### *Statuut chronische aandoening*

#### Art. 16

In titel III van dezelfde wet wordt een hoofdstuk III*ter* ingevoegd met een artikel 37*bis**vicies*/1 dat luidt als volgt:

“Hoofdstuk III*ter* — Statuut chronische aandoening

Art.37*vicies*/1. Bij een in Ministerraad overlegd besluit, op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid bedoeld

avis de ce groupe rendu à la demande du ministre des Affaires sociales dans le délai fixé par lui et après avis du Comité de l'assurance, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, un statut affection chronique auquel il lie les droits qu'il détermine. Pour l'élaboration de ce statut, il est notamment tenu compte d'un ou plusieurs des critères suivants:

1° un montant minimum de dépenses de santé d'un bénéficiaire à fixer par le Roi, sur une période d'une durée à fixer par le Roi;

2° le bénéfice de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16bis, 2°;

3° être atteint d'une affection rare ou orpheline.

Sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31bis et après avis du Comité de l'assurance, le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les conditions d'ouverture, de maintien, de retrait du statut affection chronique ainsi que les droits qui y sont liés. Il précise également ce qu'il faut entendre par "dépenses de santé" visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et par "affection rare ou orpheline" pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, 3°".

in artikel 31bis of na advies van deze groep gegeven op verzoek van de minister van Sociale Zaken binnen de door hem vastgelegde termijn en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning een statuut chronische aandoening vast, waaraan hij de rechten verbindt die Hij bepaalt. Voor het opstellen van dit statuut wordt inzonderheid rekening gehouden met een of meer van de volgende criteria:

1° een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging, dat door de Koning moet worden vastgelegd, door een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning zal worden vastgelegd;

2° het genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2°;

3° lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte.

Op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid bedoeld in artikel 31bis en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning bij een in de Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden vast voor de ingang, het behoud en het intrekken van het statuut chronische aandoening, alsook de rechten die eraan verbonden zijn. Hij legt eveneens vast wat moet worden verstaan onder "uitgaven voor geneeskundige verzorging" bedoeld in het eerste lid, 1°, en onder "een zeldzame aandoening of een weesziekte", voor de toepassing van het eerste lid, 3°".

## Section 7

### *Tiers payant*

#### Art. 17

À l'article 53, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, de la même loi, les phrases suivantes sont insérées après la première phrase:

"L'application du tiers payant est notamment obligatoire pour toutes les prestations de santé lorsqu'elles sont octroyées aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, et aux bénéficiaires du statut affection chronique visé à l'article 37vicies/1. Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels."

## Afdeling 7

### *Derdebetaler*

#### Art. 17

In artikel 53, § 1, achtste lid, van dezelfde wet, worden de volgende zinnen ingevoegd na de eerste zin:

"De toepassing van de derdebetalersregeling is met name verplicht voor alle geneeskundige verstrekkingen wanneer deze worden verleend aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, en aan rechthebbenden van het statuut chronische aandoening bedoeld in artikel 37vicies/1. De Koning kan, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen."

**Art. 18**

L'article 17 entre en vigueur le même jour que la section 1 du chapitre 2 de la Loi Programme (I) du 29 mars 2012 en ce qui concerne la première phrase insérée. L'article 17, entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2013 en ce qui concerne la deuxième phrase insérée.

**Section 8***Des sanctions***Art. 19**

Dans l'article 37, § 6, de la même loi, remplacé par la loi du 12 août 2000, les mots "les sanctions visées à l'article 170" sont remplacés par les mots "une sanction de niveau 2 visée à l'article 101 du Code pénal social".

**Section 9***Accord national***Art. 20**

L'article 50, § 3 de la même, inséré par la loi du 27 août 1994 et modifié par la loi du 22 décembre 2008, est complété par un alinéa rédigé comme suit:

"Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2<sup>o</sup>, existe, et que cet accord ou ce document couvre une période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration et ce, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document.".

**Section 10***Liaison pédiatrique***Art. 21**

À l'article 22, 6<sup>ter</sup>, de la même loi, remplacé par la loi du 18 mars 2009, les mots "et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21<sup>o</sup>bis" sont abrogés.

**Art. 18**

Artikel 17 treedt in werking op dezelfde dag als afdeeling 1 van hoofdstuk 2 van de Programmawet (I) van 29 maart 2012 wat de eerste ingevoegde zin betreft. Artikel 17, treedt in werking op 1 januari 2013 wat de tweede ingevoegde zin betreft.

**Afdeling 8***Sancties***Art. 19**

In artikel 37, § 6, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 12 augustus 2000, worden de woorden "de in artikel 170 bedoelde sancties" vervangen door de woorden "een sanctie van niveau 2 bedoeld in artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek".

**Afdeling 9***Nationaal akkoord***Art. 20**

Artikel 50, § 3 van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 27 augustus 1994 en gewijzigd bij de wet van 22 december 2008, wordt aangevuld met een lid, luidende:

"Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2<sup>o</sup>, bestaat, en dit akkoord of document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of document dat is verstreken, behouden de geneesheren en tandheelkundigen voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, dezelfde situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document, ofwel tot de dag waarop zij hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document betekenen, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document.".

**Afdeling 10***Pediatrische liaison***Art. 21**

In artikel 22, 6<sup>ter</sup>, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden "en de in artikel 34, 21<sup>o</sup>bis, bedoelde pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes" opgeheven.

## Art. 22

À l'article 23, § 3bis, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 18 mars 2009, les mots "et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21°bis" sont abrogés.

## Art. 23

À l'article 34 de la même loi, les dispositions au 21°bis, insérées par la loi du 18 mars 2009, sont abrogées.

## CHAPITRE 3

**Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008**

## Art. 24

Dans titre I<sup>er</sup> de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, il est inséré un chapitre VI intitulé "Accessibilité financière de l'hôpital".

## Art. 25

Dans le chapitre VI, inséré par l'article 24, il est inséré un article 30/1 rédigé comme suit:

"Art. 30/ 1. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Concernant l'imputation de suppléments, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre les dispositions visées à l'article 152, § 2, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, et § 4, à d'autres catégories de professionnels de santé visés par l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, exerçant dans l'hôpital.

§ 3. Pour l'application du § 2, les suppléments visés sont compris comme les montants réclamés en surplus des tarifs obligatoires si des conventions ou accords tels que visés au Titre III, chapitre V, sections I et II de la loi sur l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, ou des tarifs qui servent de base pour le calcul de

## Art. 22

In artikel 23, § 3bis, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden "en de pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes, bedoeld in artikel 34, 21°bis," opgeheven.

## Art. 23

In artikel 34 van dezelfde wet worden de bepalingen onder 21°bis, ingevoegd bij de wet van 18 maart 2009, opgeheven.

## HOOFDSTUK 3

**Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008**

## Art. 24

In titel I van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen wordt een hoofdstuk VI ingevoegd, luidende "Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis".

## Art. 25

In hoofdstuk VI, ingevoegd bij artikel 24, wordt een artikel 30/1 ingevoegd, luidende:

"Art. 30/1. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. Inzake het aanrekenen van supplementen kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de in artikel 152, § 2, eerste en tweede lid, en § 4 bedoelde bepalingen naar andere in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bedoelde en in het ziekenhuis werkzame categorieën beroeps-beoefenaars, uitbreiden.

§ 3. Voor de toepassing van § 2 verstaat men onder supplementen de bedragen die bovenop de verplichte tarieven worden gevraagd indien de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bedoelde overeenkomsten of akkoorden gelden, of tarieven

l'intervention de l'assurance si de tels conventions ou accords ne sont pas en vigueur.”.

#### Art. 26

Dans l'article 98, alinéa 2, de la même loi, les mots „, alinéa 3” sont abrogés.

#### Art. 27

L'article 152 de la même loi est remplacé comme suit:

“Art. 152. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Ces tarifs sont ci-après appelés “suppléments”.

En dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les médecins hospitaliers ne peuvent facturer de suppléments pour l'admission en chambre individuelle dans les cas prévus à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus.

En dérogation à l'alinéa 2, les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments pour l'admission en chambre individuelle visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), à condition que:

1° le parent accompagnant opte expressément, selon les modalités visées au paragraphe 5, pour une admission en chambre individuelle;

2° le nombre de lits que l'hôpital met à disposition pour l'hébergement des patients souhaitant être admis sans supplément, en application de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, comporte suffisamment de lits pour les enfants qui séjournent à l'hôpital avec un parent accompagnant.

die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoet-koming indien dergelijke overeenkomsten of akkoorden niet van kracht zijn.”.

#### Art. 26

In artikel 98, tweede lid, van dezelfde wet worden de woorden „, derde lid” opgeheven.

#### Art. 27

Artikel 152 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt:

“Art. 152. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.

§ 2. Enkel voor de opname in een individuele kamer mogen ziekenhuisgeneesheren tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven indien er een akkoord is zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord is. Deze tarieven worden hierna ‘supplementen’ genoemd.

In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer geen supplement aanrekenen in de gevallen zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d).

In afwijking op het tweede lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), supplementen aanrekenen op voorwaarde dat:

1° de begeleidende ouder uitdrukkelijk volgens de modaliteiten zoals bedoeld in paragraaf 5 kiest voor een opname in een individuele kamer;

2° het aantal bedden dat het ziekenhuis in toepassing van artikel 97, § 1, ter beschikking stelt voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen, voldoende bedden omvat voor kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1<sup>er</sup> et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

§ 3. Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus, à l'exception de la dérogation prévue à l'alinéa 3 du paragraphe 2, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, définir des catégories supplémentaires de patients pour lesquels les médecins hospitaliers ne peuvent, en vertu du paragraphe 2, facturer de supplément en cas d'admission en chambre individuelle.

§ 5. Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune, appliquer de suppléments aux honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur l'ensemble des composantes desdits honoraires.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre individuelle, appliquer de suppléments sur les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur la partie forfaitaire desdits honoraires.

§ 6. En cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent tel que visé à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), un document distinct est soumis à la signature de ce parent en même temps que la déclaration d'admission. Ce document prévoit la possibilité de choisir une admission ne permettant pas aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments, à savoir une admission en chambre à deux lits ou en chambre commune.

Ziekenhuisgeneesheren mogen in toepassing van het eerste en het derde lid enkel supplementen aanrekenen op voorwaarde dat in de algemene regeling zoals bedoeld in artikel 144 maximumtarieven zijn vastgelegd. Dit onderdeel van de algemene regeling wordt voor de toepassing ervan door de beheerder aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld.

§ 3. De beheerder en de medische raad garanderen dat patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers evenals patiënten opgenomen in een individuele kamer in de gevallen bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d), met uitzondering van de afwijking voorzien in het derde lid van paragraaf 2, zonder de aanrekening van supplementen door de ziekenhuisgeneesheren, worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, bijkomende categorieën van patiënten bepalen ten aanzien van dewelke ziekenhuis-geneesheren in toepassing van paragraaf 2 geen supplementen mogen aanrekenen bij opname in een individuele kamer.

§ 5. De ziekenhuisgeneesheren mogen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het geheel van de bestanddelen van die honoraria.

De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in een individuele kamer, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het forfaitaire deel van die honoraria.

§ 6. In geval van opname van een kind met een begeleidende ouder zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), wordt aan de begeleidende ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de keuzemogelijkheid aangeboden van een opname waarbij de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen mogen aanrekenen met name een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.

Dans ce document, le parent accompagnant peut renoncer à la possibilité de choix visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> et opter expressément pour un séjour en chambre individuelle.

En cas d'absence du document signé en question, dans lequel le parent accompagnant fait un choix, les médecins hospitaliers ne peuvent en aucun cas facturer des suppléments.”.

#### Art. 28

L'article 153 de la même loi, dont le texte actuel constituera le paragraphe 1<sup>er</sup>, est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit:

“§ 2. Les médecins hospitaliers font savoir au gestionnaire s'ils sont ou non liés dans le cadre de l'accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le gestionnaire en informe le conseil médical.”.

#### Art. 29

L'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est abrogé.

#### Art. 30

Les articles 24 à 29 entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### CHAPITRE 4

#### **Modification à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale**

#### Art. 31

Dans la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, il est inséré un article 9 bis rédigé comme suit:

“Art. 9bis. Lorsque les frais sont à charge de l'État, conformément à l'article 4 ou à l'article 5, une enquête sociale doit permettre de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide.

De begeleidende ouder kan in het document verzaken aan de in het eerste lid bedoelde keuzemogelijkheid en uitdrukkelijk kiezen voor een verblijf in een individuele kamer.

Indien bedoeld ondertekend document waarin door de begeleidende ouder een keuze wordt gemaakt ontbreekt, mogen de ziekenhuisgeneesheren in geen enkel geval supplementen aanrekenen.”.

#### Art. 28

Artikel 153 van dezelfde wet waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende:

“§ 2. De ziekenhuisgeneesheren delen aan de beheerder mee of ze al dan niet verbonden zijn in het kader van het akkoord zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De beheerder geeft daarvan kennis aan de medische raad.”.

#### Art. 29

Het koninklijk besluit van 29 september 2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt opgeheven.

#### Art. 30

De artikelen 24 tot en met 29 treden in werking op 1 januari 2013.

### HOOFDSTUK 4

#### **Wijziging van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn**

#### Art. 31

In de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt een artikel 9 bis ingevoegd, luidende:

“Art. 9bis. Wanneer de kosten overeenkomstig artikel 4 of 5 ten laste zijn van de Staat, moet een sociaal onderzoek toelaten het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening vast te stellen.

Le Roi peut déterminer les éléments d'enquête qui seront soumis au contrôle organisé par le ministre.”.

### Art. 32

Dans la même loi, il est inséré un article 9ter rédigé comme suit:

“Art. 9ter. § 1<sup>er</sup>. Les articles 9 et 10, § 1<sup>er</sup> ne sont pas d'application lorsque le centre public d'action sociale prend une décision concernant l'aide médicale et pharmaceutique, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, octroyée aux personnes indigentes, ne bénéficiant pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et ne pouvant pas être assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres étendre le champ d'application de cette disposition:

— aux personnes indigentes bénéficiant d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique ou assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou pouvant l'être;

— à l'aide médicale et pharmaceutique octroyée par des dispensateurs de soins hors d'établissement de soins visés à l'article 2 n° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

§ 2. La décision visée au § 1<sup>er</sup> ne peut pas porter sur les aides octroyées au cours d'une période qui a débuté plus de quarante-cinq jours avant cette décision.

§ 3. Lorsque le centre public d'action sociale prend une décision mentionnée au paragraphe 1<sup>er</sup>, il doit l'introduire dans la base de données déterminée à cet effet selon les modalités fixées par le ministre et au plus tard lors de la communication à l'intéressé de la décision du centre.

De Koning kan de elementen van het sociaal onderzoek vaststellen die onderworpen zullen worden aan de door de minister georganiseerde controle.”.

### Art. 32

In dezelfde wet wordt een artikel 9ter ingevoegd, luidende:

“Art. 9ter. § 1. De artikelen 9 en 10, § 1 zijn niet van toepassing wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing neemt betreffende de medische en farma-ceutische hulp, met of zonder hospitalisatie, in een verplegingsinstelling, toegekend aan behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet verzekerd kunnen worden op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering ervan.

De Koning kan, bij besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, het toepassingsgebied van deze bepaling verruimen tot:

— aan behoeftige personen die over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt of die verzekerd zijn op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of kunnen worden;

— de medische en farmaceutische hulp verstrekt door zorgverleners buiten een verplegings-instelling zoals voorzien in artikel 2 n° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

§ 2. De in § 1 vermelde beslissing kan geen betrekking hebben op de hulpverlening die een aanvang nam in een periode van meer dan vijfenveertig dagen eraan voorafgaand.

§ 3. Wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een in paragraaf 1 vermelde beslissing neemt, moet het deze beslissing inbrengen in de daartoe vastgestelde gegevensbank volgens de door de Minister bepaalde modaliteiten en dit uiterlijk op het ogenblik dat de beslissing van het centrum wordt medegedeeld aan de betrokkenen.

§ 4. À défaut d'avoir introduit la décision conformément aux dispositions du paragraphe 3, le centre public d'action sociale est tenu de prendre en charge ces frais dans les limites de l'article 11, § 1<sup>er</sup> à partir du neuvième jour à compter de la date de décision jusqu'au moment où il introduit cette décision dans la base de données.

§ 5. Dans l'hypothèse visée au paragraphe 1, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité est chargée d'effectuer des contrôles et le remboursement des frais de l'aide précitée au nom et pour le compte de l'État.

Une avance sera versée à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.

Chaque mois, sur la base d'un état mensuel électronique, l'État rembourse à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité les montants versés.

Le Roi détermine les modalités des contrôles et des remboursements.

Sur proposition du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidé, le Service public fédéral de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Économie Sociale et Politique des Grandes Villes fixe les instructions de facturation sur support électronique applicables à la facturation de l'aide médicale et pharmaceutique visée au § 1<sup>er</sup>".

#### Art. 33

À l'article 10 de la même loi, dont le texte actuel formera le § 1<sup>er</sup>, il est ajouté un § 2, rédigé comme suit:

"§ 2. Lorsqu'il y a absence d'enquête sociale telle que prévue à l'article 9bis, le ministre récupère, auprès du centre public d'action sociale, les frais pris en charge par l'État.".

#### Art. 34

Dans l'article 11, § 1<sup>er</sup>, de la même loi, le dernier alinéa est abrogé.

#### Art. 35

Dans l'article 11, § 2, de la même loi, les mots "pour autant qu'une enquête sociale préalable ait permis

§ 4. Werd de beslissing niet ingebracht overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 3, dan moet het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn deze kosten ten laste nemen, binnen de grenzen van artikel 11, § 1, vanaf de negende dag te rekenen vanaf de datum van de beslissing tot het moment waarop het deze beslissing inbrengt in de gegevensbank.

§ 5. In de hypothese bedoeld in paragraaf 1, wordt de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering belast om controles en de terugbetaling van de kosten van voormelde hulp, te verrichten in naam en voor rekening van de Staat.

Een voorschot zal worden betaald aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Elke maand betaalt de Staat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de gestorte bedragen terug op basis van een elektronisch maandoverzicht.

De Koning bepaalt de modaliteiten van de controles en de terugbetalingen.

Op voorstel van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeits-verzekering bepaalt de Programmatorische federale overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid de instructies betreffende de facturatie op elektronische drager van toepassing op de facturatie van de medische en farmaceutische hulp bedoeld in § 1."

#### Art. 33

Artikel 10 van dezelfde wet, waarvan de bestaande tekst § 1 zal vormen, wordt aangevuld met een § 2, luidende:

"§ 2. Bij gebrek aan een sociaal onderzoek zoals voorzien in artikel 9bis, vordert de minister, van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn de door de Staat ten laste genomen kosten terug.".

#### Art. 34

In artikel 11, § 1, van dezelfde wet wordt het laatste lid opgeheven.

#### Art. 35

In artikel 11, § 2, van dezelfde wet worden de woorden "voor zover een voorafgaand sociaal onderzoek

de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide sociale" sont abrogés.

**Art. 36**

Dans l'article 12, alinéa 1<sup>er</sup>, de la même loi, les mots "Les frais recouvrables sont" sont remplacés par les mots "À l'exclusion des frais prévu à l'article 9ter, les frais recouvrables sont".

**Art. 37**

Le Roi détermine successivement les dates d'entrée en vigueur de l'article 32 et de l'article 36 pour les centres publics d'action sociale et les établissements de soins concernés.

Donné à Bruxelles, le 22 novembre 2012

**ALBERT**

PAR LE ROI:

*La ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,*

Laurette ONKELINX

*La ministre de la Justice,*

Annemie TURTELBOOM

*La secrétaire d'État à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale et à la Lutte contre la pauvreté,*

Maggie DE BLOCK

het bestaan en de omvang van de behoefte aan maatschappelijke hulp heeft kunnen aantonen" opgeheven.

**Art. 36**

In artikel 12, eerste lid, van dezelfde wet worden de woorden "De terugvorderbare kosten zijn" vervangen door de woorden "Met uitzondering van de kosten voorzien in artikel 9ter, zijn de terugvorderbare kosten".

**Art. 37**

De Koning bepaalt achtereenvolgens de data van inwerkingtreding van artikel 32 en van artikel 36 voor de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en voor de betrokken verplegings-instellingen.

Gegeven te Brussel, 22 november 2012

**ALBERT**

VAN KONINGSWEGE:

*De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,*

Laurette ONKELINX

*De minister van Justitie,*

Annemie TURTELBOOM

*De staatssecretaris voor Asiel en Migratie, Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding,*

Maggie DE BLOCK

## **ANNEXE**

---

## **BIJLAGE**

---

## COORDINATION

### CHAPITRE 2

#### **Modifications à la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994**

##### **Section 1<sup>e</sup>**

*Mineurs étrangers non accompagnés*

###### Art. 2

Art. 32. Sont bénéficiaires du droit aux prestations de santé telles qu'elles sont définies au chapitre III du titre III de la présente loi coordonnée et dans les conditions prévues par celle-ci:

...

22° les personnes de moins de 18 ans, visées par l'article 5 du Titre XIII — Chapitre VI de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 relatif à la tutelle des mineurs étrangers non accompagnés, qui fréquentent depuis au moins trois mois consécutifs l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire dans un établissement d'enseignement agréé par une autorité belge, ou qui ont été exemptées de l'obligation scolaire par la "Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs" ou la Commission consultative de l'enseignement spécial ou la "Sonderschulausschuss", ou qui ont été présentées à une institution de soutien préventif aux familles agréée par une autorité belge, pour autant que ces dernières personnes ne soient pas soumises à l'obligation scolaire. **Le Roi peut déterminer des périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire.**

Sont cependant exclues les personnes de moins de 18 ans qui sont ou peuvent être bénéficiaires du droit aux soins de santé en application de l'article 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 1° à 21° de la présente loi, ou en vertu d'un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé, ou qui peuvent faire valoir une qualité de titulaire ou de personne à charge en application d'un arrêté, pris en exécution de l'article 33, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>. Le Roi peut déterminer ce qu'il convient d'entendre par un autre régime belge ou étranger d'assurance soins de santé pour l'application de cette disposition.

...

## COORDINATIE

### HOOFDSTUK 2

#### **Wijzigingen aan de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994.**

##### **Afdeling 1**

*Niet begeleide minderjarige vreemdelingen*

###### Art. 2

Art. 32 Rechthebbenden op de in titel III, hoofdstuk III van deze gecoördineerde wet omschreven geneeskundige verstrekkingen onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn:

...

22° de personen, jonger dan 18 jaar, die bedoeld zijn door artikel 5 van Titel XIII – Hoofdstuk VI van de programmawet (I) van 24 december 2002 betreffende de voogdij over niet-begeleide minderjarige vreemdelingen, die gedurende tenminste drie opeenvolgende maanden onderwijs volgen van het basisniveau of tweede niveau in een door een Belgische overheid erkende onderwijsinstelling, of die werden vrijgesteld van leerplicht door de Commissie van advies voor het Buitengewoon Onderwijs of de "Commission consultative de l'enseignement spécial" of de "Sonderschulausschuss" of die aangeboden werden bij een door een Belgische overheid erkende instelling voor preventieve gezinsondersteuning, voor zover deze laatste personen niet onderworpen zijn aan leerplicht. **De Koning kan de tijdvakken bepalen die worden gelijkgesteld met tijdvakken waarin onderwijs van het basisniveau of tweede niveau wordt gevuld.**

Zijn evenwel uitgesloten: de personen jonger dan achttien jaar die rechthebbende zijn of kunnen zijn van het recht op geneeskundige verzorging in toepassing van art. 32, eerste lid, 1° tot 21° van deze wet of krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging, of die een hoedanigheid van gerechtigde of van persoon ten laste kunnen laten gelden in toepassing van een besluit, genomen in uitvoering van artikel 33, § 1, eerste lid. De Koning kan nader bepalen wat voor de toepassing van deze bepaling moet worden verstaan onder een andere Belgische of buitenlandse regeling van verzekering voor geneeskundige verzorging.

...

## Section 2

*Sevrage tabagique*

### Art. 3

Art. 34. Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

...  
*24° l'intervention dans l'assistance et l'aide médicamenteuse de sevrage tabagique l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique. Le Roi peut étendre l'intervention de l'assurance à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique;*

...

## Section 3

*Prothèses capillaires*

### Art. 4

Art. 34. Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

...  
*20° La fourniture de dispositifs médicaux, à l'exception de ceux visés au 4°;*

**20°bis la fourniture de prothèses capillaires;**

*21° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire;*

...

### Art. 5

Art.35. ...

Le remboursement des prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, a) et d), 15<sup>o</sup>, 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> **et 20°bis** peut être soumis à l'autorisation du médecin-conseil. Le Roi peut également déterminer les conditions selon lesquelles le médecin conseil peut vérifier si les prestations délivrées visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, a) et d), 15<sup>o</sup>, 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> **et 20°bis** qui ont donné lieu à remboursement ont bien été prescrites par le dispensateur conformément aux conditions de remboursement fixées. Le Roi fixe la procédure de recours introduite par le dispensateur de soins à l'encontre des décisions du médecin-conseil.

...

## Afdeling 2

*Tabaksontwenning*

### Art. 3

Art. 34. De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

...  
*24° de tussenkomst in de bijstand en de farmaceutische hulp voor tabaksontwenning de tegemoetkoming voor de hulp bij de tabaksontwenning. De Koning kan de verzekeringstegemoetkoming uitbreiden tot de hulp met geneesmiddelen bij tabaksontwenning;*

...

## Afdeling 3

*Haarprothesen*

### Art. 4

Art. 34. De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

...  
*20° het verstrekken van medische hulpmiddelen met uitzondering van die bedoeld onder 4°;*

**20°bis het verstrekken van haarprothesen;**

*21° de palliatieve verzorging verleend door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;*

...

### Art. 5

Art.35. ...

De terugbetaling van de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, a) en d), 15<sup>o</sup>, 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> **en 20°bis** bedoelde verstrekkingen kan worden onderworpen aan een machtiging van de adviserende geneesheer. De Koning kan eveneens de voorwaarden vastleggen waaronder de adviserende geneesheer gemachtigd is om na te gaan of de afgeleverde verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, a), en d), 15<sup>o</sup>, 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> **en 20°bis** die aanleiding hebben gegeven tot vergoeding, door de verstrekker werden voorgescreven overeenkomstig de vastgestelde vergoedingsvoorraarde. De Koning bepaalt de wijze waarop de zorgverstrekker beroep kan instellen tegen de beslissingen van de adviserend geneesheer.

...

Art. 6

**Art.37. ...**

§ 20. Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 14°, **20°bis**, 24° et 25°, ainsi que les conditions de remboursement. Il peut déterminer que ces interventions sont accordées sous la forme d'un montant forfaitaire ou d'un montant maximum pour une période qu'il détermine.

...

**Section 4***Radio-isotopes*Art. 7

**Art.18.**

...

La Commission est également chargée de donner des avis aux ministres des Affaires sociales et du Budget, au Conseil général et au Comité de l'assurance sur tous les aspects financiers et budgétaires concernant les produits pharmaceutiques visés à l'article 34, 5°. Elle veille notamment au respect de la norme en matière de dépenses et de l'objectif budgétaire annuel partiel pour les médicaments. A cette fin, le Service des soins de santé établit tous les trois mois une note récapitulant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35bis, deux notes récapitulatives, la première reprenant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35, § 2ter, et la seconde celles apportées à la liste visée à l'article 35bis.

...

Art. 8

**Art. 22. Le Comité de l'assurance:**

...

4° décide de la transmission au ministre des propositions de modification de la nomenclature des prestations de santé visée aux articles 23, § 2, 35, § 1<sup>er</sup>, et 35, § 2ter visée aux articles 23, § 2 et 35, § 1<sup>er</sup>, sauf quand il s'agit d'une proposition élaborée par le Ministre conformément à l'article 35, § 2, 3°, auquel cas la proposition doit toujours être transmise au Ministre.

...

Art. 6

**Art.37. ...**

§ 20. De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de in artikel 34, 14°, **20°bis**, 24° en 25° bedoelde verstrekkingen vast, alsmede de voorwaarden van terugbetaling. Hij kan bepalen dat die tegemoetkomingen worden toegekend onder de vorm van een forfaitair bedrag of van een maximumbedrag voor een periode die Hij bepaalt.

...

**Afdeling 4***Radio-isotopen*Art. 7

**Art.18.**

...

De Commissie is eveneens ermee belast de ministers van Sociale Zaken en van Begroting, de Algemene Raad en het Verzekeringscomité te adviseren over alle financiële en begrotingsaspecten betreffende de in artikel 34, 5°, bedoelde farmaceutische producten. Ze ziet met name toe op de naleving van de uitgavennorm en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling inzake geneesmiddelen. Hier toe stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging om de drie maanden een overzichtsnota op met de wijzigingen aan de in artikel 35bis bedoelde lijst twee overzichtsnota's op, waarvan in de eerste de wijzigingen zijn opgenomen aan de in artikel 35, § 2ter, bedoelde lijst en in de tweede die welke zijn aangebracht aan de in artikel 35bis bedoelde lijst.

...

Art. 8

**Art. 22. Het Verzekeringscomité:**

...

4° beslist over het doorsturen aan de Minister van de voorstellen tot wijziging van de in de artikelen 23, § 2, 35, § 1, en 35, § 2ter-de artikelen 23, § 2 en 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, behoudens wanneer het gaat om een voorstel uitgewerkt door de Minister overeenkomstig artikel 35, § 2, 3°, in welk geval het voorstel steeds moet worden doorgestuurd naar de Minister.

...

Art. 9

Art. 27.

...

Chaque proposition ou avis visé à l'alinéa 2-*prévu à l'article 35, § 2*, doit faire l'objet d'un avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, à l'exception des propositions ou avis du Conseil technique pharmaceutique qui ont uniquement trait à la fixation de la base de remboursement. Cet avis est formulé en séance du conseil technique ou, à défaut de Conseil technique, en séance de la Commission de convention. En cas de circonstance exceptionnelle motivée, cet avis sera formulé par écrit dans les cinq jours ouvrables suivant le jour de la séance du Conseil technique ou de la Commission de convention. Cet avis est censé avoir été donné par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux s'il n'a pas été formulé dans le délai de cinq jours susvisé.

Art. 9

Art. 27.

...

Elk voorstel of advies, bedoeld in het tweede lid **bedoeld in artikel 35, § 2**, moet het voorwerp uitmaken van een advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, met uitzondering van de voorstellen of adviezen van de Technisch Farmaceutische Raad die louter betrekking hebben op de vaststelling van bases van tegemoetkoming. Dat advies wordt geformuleerd tijdens de vergadering van de Technische Raad of, bij ontstentenis van een Technische Raad, tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie. In gemitteerde uitzonderings gevallen zal dat advies schriftelijk worden geformuleerd binnen vijf werkdagen die volgen op de dag van de vergadering van de Technische Raad of de Overeenkomstencommissie. Dat advies wordt geacht te zijn gegeven door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle indien het niet is geformuleerd binnen de voormelde termijn van vijf dagen.

Art. 10

Art.35.

...

~~§ 2ter. Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, ou après avis de celui-ci, le Roi établit la nomenclature des prestations de santé visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>°</sup>, d), et modifie celles-ci ainsi que leurs règles d'application. Il détermine la procédure qui doit être suivie par ceux qui demandent l'admission, une modification ou la suppression d'un produit sur la liste des radio-isotopes remboursables. Il définit en outre les délais et les obligations qui doivent être respectés en cas de demande d'admission, de modification ou de suppression. Le Roi confirme la liste des radio-isotopes remboursables visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>°</sup>, d). Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, ou après avis de celui-ci, le Ministre modifie la liste des radio-isotopes remboursables visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>°</sup>, d), ainsi que les conditions de remboursement y relatives. Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, le Roi détermine la procédure qui doit être suivie par ceux qui demandent l'admission, une modification ou la suppression d'un produit sur la liste des radio-isotopes remboursables. Il définit en outre les délais et les obligations qui doivent être respectés en cas de demande d'admission, de modification ou de suppression. Pour l'application du présent paragraphe, le Roi peut assimiler aux radio-isotopes remboursables des produits radioactifs ou rendus~~

Art. 10

Art.35.

...

~~§ 2ter. Op voorstel van de Technische Raad voor radio-isotopen, of na advies van deze raad, stelt de Koning de nomenclatuur van de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde verstrekkingen vast en wijzigt deze alsmede de toepassingsregelen ervan. Hij legt de procedure vast die moet worden gevolgd door aanvragers die de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product op de lijst van de vergoedbare radio-isotopen vragen. Hij bepaalt bovendien de termijnen en de verplichtingen die moeten worden nageleefd in geval van een verzoek tot aanneming, wijziging of schrapping. De Koning bekrachtigt de lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen of na diens advies wijzigt de Minister de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde lijst van vergoedbare radio-isotopen, alsook de vergoedingsvooraarden die erop betrekking hebben. Op voordracht van de Technische Raad voor Radio-isotopen legt de Koning de procedure vast die moet worden gevolgd door wie de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product uit de lijst van de vergoedbare radio-isotopen vraagt. Voorts legt hij de termijnen en de verplichtingen vast die in acht moeten worden genomen in geval van een vraag tot aanneming, tot wijziging of tot schrapping. Voor de toepassing van deze paragraaf kan de Koning radioactieve of~~

**radioactifs qui appartiendraient à d'autres catégories de prestations de santé.**

### Art. 11

#### Art. 37.

...  
§ 3. (c) Pour les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, b), c), d) et e), qui sont dispensés aux bénéficiaires qui sont pris en charge dans des catégories d'hôpitaux qu'il définit, le Roi peut prévoir des règles spécifiques relatives à l'intervention de l'assurance soins de santé et à l'intervention personnelle des bénéficiaires. Le champ d'application de ce paragraphe peut, à une date à déterminer par le Roi, être étendu à tous les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, b), c), d) et e), qui sont délivrés dans une officine hospitalière.

Cette intervention personnelle peut consister en un montant fixe par journée d'hospitalisation, à charge de tous les bénéficiaires pris en charge dans un hôpital, pour l'ensemble des médicaments visés à l'alinéa précédent qui y sont dispensés. L'intervention personnelle des bénéficiaires peut également concerner les médicaments visés à l'alinéa précédent qui ne sont pas repris dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis.

Les médicaments visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont remboursés sur base d'un montant forfaitaire à concurrence d'un pourcentage à fixer par le Roi, à l'exception des médicaments visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> qui sont repris sur une liste qui est établie par le Ministre selon les modalités définies par le Roi. La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis peut être adaptée de plein droit par le ministre en vue de tenir compte des exceptions reprises sur la liste susmentionnée des médicaments qui ne sont pas remboursés sur la base d'un montant forfaitaire.

Le budget global des montants forfaitaires est établi annuellement par le Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, et est divisé suivant les règles déterminées par le Roi. Le Comité de l'assurance est chargé du suivi des contentieux, selon la procédure fixée par le Roi.

Les hôpitaux ne peuvent, pour les coûts des médicaments précités, porter en compte d'autres montants à

**radioactief gemaakte producten die tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen zouden behoren, gelijkstellen met radio-isotopen.**

...

### Art. 11

#### Art. 37.

...  
§ 3. (c) Voor de in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c), d) en e), bedoelde geneesmiddelen, die worden verstrekt aan rechthebbenden opgenomen in de categorieën van ziekenhuizen die Hij aanduidt, kan de Koning in bijzondere regelen voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden. Het toepassingsgebied van deze paragraaf kan op een door de Koning te bepalen datum worden uitgebreid tot alle in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c), d) en e), bedoelde geneesmiddelen die door een ziekenhuisofficina worden afgeleverd.

Dat persoonlijk aandeel kan bestaan in een vast bedrag per verpleegdag, ten laste van alle in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, voor het geheel van de aldaar verstrekte geneesmiddelen als bedoeld in het vorige lid. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden kan eveneens betrekking hebben op de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen die niet zijn opgenomen in de in artikel 35bis bedoelde lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

De in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen worden vergoed op basis van een forfaitair bedrag ten belope van een door de Koning te bepalen percentage, met uitzondering van de in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen die voorkomen op een door de Minister, volgens nadere door de Koning te bepalen regels, op te stellen lijst. De lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, kan van rechtswege door de minister worden aangepast om rekening te houden met de uitzonderingen die opgenomen zijn op de hierboven vermelde lijst van geneesmiddelen die niet vergoed worden op basis van een forfaitair bedrag.

Het globaal budget van de forfaitaire bedragen wordt jaarlijks vastgesteld door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en wordt verdeeld volgens nadere door de Koning te bepalen regels. Het verzekeringscomité is belast met de afhandeling van de geschillen, volgens de door de Koning bepaalde procedure.

De ziekenhuizen mogen voor de kosten van bovenbedoelde geneesmiddelen geen andere bedragen ten

charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle telle qu'elle est fixée par le Roi.

~~Le Roi définit les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, d), et les conditions sous lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le coût de ces prestations. Il fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour ces prestations.~~

...

### Art. 12

#### **Section XXI- Des obligations des firmes qui mettent des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et demandent leur admission au remboursement**

**Art. 77quinquies. § 1<sup>er</sup>. La firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est tenue, à partir de l'introduction d'une demande de remboursement, de garantir que le produit radio-pharmaceutique concerné sera effectivement disponible au plus tard le jour de la date d'entrée en vigueur du remboursement et de garantir la continuité de la disponibilité du produit.**

**Lorsque la firme qui met des produits radio-pharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est dans l'incapacité d'approvisionner le marché pour un conditionnement, ce conditionnement est considéré comme indisponible. La firme doit notifier la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité au Conseil technique des radio-isotopes.**

**§ 2. Si le service des soins de santé de l'Institut est informé de l'indisponibilité d'un produit radio-pharmaceutique autrement que par la firme, il demande confirmation à la firme que le produit est effectivement indisponible. La firme dispose d'un délai de 14 jours à partir de la réception de cette demande pour confirmer ou infirmer l'indisponibilité par lettre recommandée avec accusé de réception. Si elle l'infirme, elle joint à son envoi les éléments probants qui attestent que le produit est disponible. Si la firme confirme l'indisponibilité, elle précise la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité.**

laaste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld.

~~De Koning omschrijft de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, d), bedoelde verstrekkingen en de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van deze verstrekkingen. Hij stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor deze verstrekkingen.~~

...

### Art. 12

#### **Afdeling XXI- Verplichtingen van de firma's die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengen en hun aanname voor vergoeding vragen**

**Art. 77quinquies. § 1. De firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, is verplicht om vanaf de indiening van een vergoedingsaanvraag te garanderen dat het betrokken radiofarmaceutisch product uiterlijk de dag van inwerkingtreding van de vergoeding daadwerkelijk beschikbaar zal zijn en om de continuïteit van de beschikbaarheid van het product te garanderen.**

**Wanneer de firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, in de onmogelijkheid verkeert om voor een verpakking de markt te voorraden, dan wordt die verpakking als onbeschikbaar beschouwd. De firma moet aan de Technische Raad voor Radio-isotopen kennis geven van de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.**

**§ 2. Indien de dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Instituut op een andere manier dan door de firma wordt ingelicht over de onbeschikbaarheid van een radiofarmaceutisch product, vraagt hij aan de firma de bevestiging dat het product daadwerkelijk onbeschikbaar is. De firma beschikt over een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van die vraag, om per aangetekende brief met ontvangstbewijs de onbeschikbaarheid te bevestigen of te ontkennen. Indien zij ontkent, voegt zij bij de brief de bewijsstukken dat het product beschikbaar is. Indien de firma de onbeschikbaarheid bevestigt, vermeldt zij de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.**

*Si la firme ne répond pas dans le délai imparti, ou si les éléments qu'elle fournit ne permettent pas d'établir avec certitude la disponibilité du produit, la spécialité est supprimée le plus rapidement possible de la liste, de plein droit et sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.*

*§ 3. Si la firme communique que le conditionnement va être indisponible pendant plus de trois mois, ou si l'indisponibilité dure plus de trois mois, le conditionnement concerné est supprimé de plein droit de la liste, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter, respectivement le premier jour du mois qui suit l'écoulement d'un délai de 10 jours à compter de la réception de la notification ou le premier jour du quatrième mois d'indisponibilité.*

*§ 4. Si l'indisponibilité est la conséquence d'un cas prouvé de force majeure, le conditionnement est de plein droit à nouveau inscrit sur la liste le 1<sup>er</sup> jour du mois qui suit la fin de l'indisponibilité, sans tenir compte des procédures prévues en vertu de l'article 35, § 2ter.*

## Section 5

*Maximum à facturer*

Art. 13

Art. 37sexies.

...

Ne sont cependant pas prises en considération pour le calcul du montant des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire:

1° les interventions personnelles concernant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, à l'exception:

a) des interventions personnelles fixées en application de l'article 37, § 2 (b), pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B et C dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables **des interventions personnelles pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B, C, Fa et Fb dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables** visée à l'article 35bis ainsi que pour les spécialités pharmaceutiques composées d'un principe actif auquel le code J07BB, visant les vaccins

*Indien de firma niet antwoordt binnen de opgelegde termijn of indien de meegedeelde elementen niet toelaten om met zekerheid de beschikbaarheid van het product aan te tonen, wordt de specialiteit zo snel mogelijk van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.*

*§ 3. Indien de firma medeelt dat de verpakking gedurende meer dan drie maanden onbeschikbaar zal zijn of indien de onbeschikbaarheid langer dan drie maanden duurt, wordt de betrokken verpakking van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd, respectievelijk de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de kennisgeving of de eerste dag van de vierde maand van de onbeschikbaarheid.*

*§ 4. Indien de onbeschikbaarheid het gevolg is van een aangetoond geval van overmacht, wordt de verpakking van rechtswege opnieuw opgenomen in de lijst op de eerste dag van de maand volgend op het einde van de onbeschikbaarheid, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2ter, zijn vastgelegd.*

## Afdeling 5

*Maximumfactuur*

Art. 13

Art. 37sexies.

...

Worden echter niet in aanmerking genomen voor de berekening van het bedrag van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door de rechthebbende ten laste worden genomen:

1° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 5°, bedoelde verstrekkingen, met uitzondering van:

a) de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld met toepassing van artikel 37, § 2 (b), voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B en C van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten **de persoonlijke aandelen voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B, C, Fa en Fb van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten**, bedoeld in artikel 35bis, alsook voor de farmaceutische specialiteiten met een voornaamste werkzaam bestanddeel

anti-influenza, a été attribué selon la classification ATC visée à l'article 34, alinéa 1<sup>e</sup>, 5<sup>o</sup>, b) et c), et qui font l'objet d'un remboursement en vertu de l'article 35bis et de la différence éventuelle entre le prix de vente au public et la base de remboursement d'une spécialité pharmaceutique qui est classée en catégorie A ou B de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis, qui est supportée par les bénéficiaires en cas d'application de l'article 35bis, § 2bis;

b) de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3 (c), par les bénéficiaires hospitalisés en hôpital général;

c) de l'intervention personnelle forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital psychiatrique, visée à l'article 4, § 5, alinéa 2, de la convention nationale du 12 mars 1999 entre les institutions et les services psychiatriques et les organismes assureurs;

d) des interventions personnelles fixées en application de l'article 37, § 2 (b), pour les préparations magistrales;

e) les interventions personnelles qui sont fixées pour les radio-isotopes et l'oxygène médical en application de l'article 37, § 2 (b);

f) de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/1, par les bénéficiaires hébergés en maison de soins psychiatriques;

**g) de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/3, par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi.**

...

Art. 14

Art. 37septies. Bien que le montant de l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations visées à l'article 34 pour une année civile donnée soit adapté

waaraan de code J07BB, die de anti-griepvaccins bedoelt in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, b) en c), en die worden terugbetaald krachtens artikel 35bis en het eventuele verschil tussen de verkoopprijs aan publiek en de vergoedingsbasis van een farmaceutische specialiteit die in de categorie A of B van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 35bis, is gerangschikt, dat door de rechthebbenden wordt gedragen in geval van toepassing van artikel 35bis, § 2bis;

b) het forfaitair persoonlijk aandeel dat door de rechthebbenden die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen, wordt gedragen met toepassing van artikel 37, § 3 (c);

c) het forfaitair persoonlijk aandeel van de farmaceutische specialiteiten die bestemd zijn voor rechthebbenden die in een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, zoals bedoeld in artikel 4, § 5, tweede lid, van de nationale overeenkomst van 12 maart 1999 tussen de psychiatrische inrichtingen en diensten en de verzekeringsinstellingen;

d) de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld voor de magistrale bereidingen, met toepassing van artikel 37, § 2 (b);

e) de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld voor de radio-isotopen en de medische zuurstof, met toepassing van artikel 37, § 2 (b);

f) het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/1, wordt gedragen door de rechthebbenden die in een psychiatrisch verzorgingstehuis verblijven;

**g) het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/3, wordt gedragen door de rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden.**

...

Art. 14

Art. 37septies. Niettegenstaande het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen voor een

dans les conditions fixées aux articles 37octies ou 37undecies, l'intervention de l'assurance reste inchangée:

pour les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, à l'exception des préparations magistrales, des ~~spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C~~ **des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B, C, Fa et Fb**, des spécialités pharmaceutiques composées d'un principe actif auquel le code J07BB, visant les vaccins anti-influenza, a été attribué selon la classification ATC visée à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, b) et c), et qui font l'objet d'un remboursement en vertu de l'article 35bis et des spécialités pharmaceutiques admises destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital général ou en hôpital psychiatrique, ainsi qu'à des bénéficiaires séjournant en maison de soins psychiatriques, **de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi** et de la différence éventuelle entre le prix de vente au public et la base de remboursement d'une spécialité pharmaceutique qui est classée en catégorie A ou B de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis, qui est supportée par les bénéficiaires en cas d'application de l'article 35bis, § 2bis;

...

## Section 6

*Statut affection chronique*

Art. 16

### **“Chapitre IIIter – Du statut affection chronique**

**Art. 37vicies/1. Le Roi établit, sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31bis ou après avis de ce groupe rendu à la demande du Ministre des Affaires sociales dans le délai fixé par lui et après avis du Comité de l'assurance, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, un statut affection chronique auquel il lie les droits qu'il détermine. Pour l'élaboration de ce statut, il est notamment tenu compte d'un ou plusieurs des critères suivants:**

bepaald kalenderjaar wordt aangepast onder de voorwaarden bepaald in de artikelen 37octies of 37undecies, blijft de verzekeringstegemoetkoming ongewijzigd:

— voor de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, bedoelde verstrekkingen, uitgezonderd de magistrale bereidingen, ~~de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C~~ **de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B, C, Fa en Fb**, de farmaceutische specialiteiten met een voornaamste werkzaam bestanddeel waaraan de code J07BB, die de anti-griepvaccins beoogt, werd toegekend volgens de ATC-classificatie bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, b) en c), en die worden terugbetaald krachtens artikel 35bis en de aangenomen farmaceutische specialiteiten die bestemd zijn voor rechthebbenden die in een algemeen of een psychiatrisch ziekenhuis zijn opgenomen, alsook voor de rechthebbenden die verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis, **het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden** en het eventuele verschil tussen de verkoopprijs aan publiek en de vergoedingsbasis van een farmaceutische specialiteit die in de categorie A of B van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 35bis, is gerangschikt, dat door de rechthebbenden wordt gedragen in geval van toepassing van artikel 35bis, § 2bis;

...

## Afdeling 6

*Statuut chronische aandoening*

Art. 16

### **“Hoofdstuk IIIter – Statuut chronische aandoening**

**Art.37vicies/1. Bij een in Ministerraad overlegd besluit, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid bedoeld in artikel 31bis of na advies van deze groep gegeven op verzoek van de Minister van Sociale Zaken binnen de door hem vastgelegde termijn en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning een statuut chronische aandoening vast, waaraan hij de rechten verbindt die Hij bepaalt. Voor het opstellen van dit statuut wordt inzonderheid rekening gehouden met een of meer van de volgende criteria:**

**1° un montant minimum de dépenses de santé d'un bénéficiaire à fixer par le Roi, sur une période d'une durée à fixer par le Roi;**

**2° le bénéfice de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16bis, 2°;**

**3° être atteint d'une affection rare ou orpheline.**

**Sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31bis et après avis du Comité de l'assurance, le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les conditions d'ouverture, de maintien, de retrait du statut affection chronique ainsi que les droits qui y sont liés. Il précise également ce qu'il faut entendre par "dépenses de santé" visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et par "affection rare ou orpheline" pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>, 3°.**

## Section 7

*Tiers payant*

Art. 17

Art. 53. § 1<sup>er</sup>

...  
Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. **L'application du tiers payant est notamment obligatoire pour toutes les prestations de santé lorsqu'elles sont octroyées aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, et aux bénéficiaires du statut affection chronique visé à l'article 37vicies/1.** Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.

...

**1° een minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging, dat door de Koning moet worden vastgelegd, door een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning zal worden vastgelegd;**

**2° het genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16bis, 2°;**

**3° lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte.**

**Op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid bedoeld in artikel 31bis en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning bij een in de Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden vast voor de ingang, het behoud en het intrekken van het statuut chronische aandoening, alsook de rechten die eraan verbonden zijn. Hij legt eveneens vast wat moet worden verstaan onder "uitgaven voor geneeskundige verzorging" bedoeld in het eerste lid, 1°, en onder "een zeldzame aandoening of een weesziekte", voor de toepassing van het eerste lid, 3°.**

## Afdeling 7

*Derdebetaler*

Art. 17

Art. 53. § 1<sup>er</sup>

...  
De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke de derdebetalersregeling voor de door Hem bepaalde geneeskundige verstrekkingen is toegestaan, verboden of verplicht. **De toepassing van de derdebetalersregeling is met name verplicht voor alle geneeskundige verstrekkingen wanneer deze worden verleend aan rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstege-moetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, en aan rechthebbenden van het statuut chronische aandoening bedoeld in artikel 37vicies/1.** De Koning kan, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en modaliteiten bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig.

...

<b>Section 8</b>	<b>Afdeling 8</b>
<i>Des sanctions</i>	<i>Sancties</i>
<u>Art. 19</u>	<u>Art. 19</u>
Art. 37.	Art. 37.
...	...
§ 6. (e) Pour les prestations visées à l'article 34, 7°, 8° et 9°, a), l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100 % des prix et honoraires fixés par les conventions prévues à l'article 22, 6°.	§ 6. (e) Voor de in artikel 34, 7°, 8° en 9°, a), bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 % van de honoraria en prijzen, vastgesteld door de in artikel 22, 6°, bedoelde overeenkomsten.
Cette intervention peut être réduite dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.	Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.
Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant des honoraires que les dispensateurs de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention au sens de l'article 42, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer les sanctions visées à l'article <b>170-une sanction de niveau 2 visée à l'article 101 du Code pénal social</b> pour les prestations visées à l'article 34, 7°, qui ne sont pas effectuées dans le cadre des conventions visées à l'article 22, 6°. A cet effet, Il peut se référer aux facteurs de multiplication fixés dans les conventions visées à l'article 42 et qui s'appliquent aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1 <sup>er</sup> . Il détermine également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les prix et honoraires de ces prestations.	De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, het bedrag vast van de honoraria die de zorgverleners voor wie geen overeenkomst bestaat in de zin van artikel 42, op straffe van de toepassing van de in artikel 170 bedoelde sancties <b>een sanctie van niveau 2 bedoeld in artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek</b> moeten naleven voor de in artikel 34, 7°, bedoelde verstrekkingen, die niet worden verricht in het raam van de in artikel 22, 6°, vermelde overeenkomsten. Daartoe kan Hij verwijzen naar de vermenigvuldigingsfactoren die zijn vastgesteld in de in artikel 42 bedoelde overeenkomsten en die worden toegepast op de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden. Hij stelt eveneens bij een in Ministerraad overlegd besluit het bedrag vast van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de prijzen en honoraria voor deze verstrekkingen.
...	...
<b>Section 9</b>	<b>Afdeling 9</b>
<i>Accord national</i>	<i>Nationaal akkoord</i>
<u>Art. 20</u>	<u>Art. 20</u>
Art. 50.	Art. 50.
...	...
§ 3. (c) Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée, quarante-cinq jours après leur publication au <i>Moniteur belge</i> , sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. Pour les praticiens de l'art dentaire, ce taux est compte globalement au niveau du Royaume. En outre, pour que dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50 % des praticiens de l'art dentaire et pas plus de 50 p.c.	§ 3. (c) Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenviertig dagen na hun bekendmaking in het <i>Belgisch Staatsblad</i> behoudens indien meer dan 40 pct. van de geneesheren of van de tandheelkundigen bij een ter post aangetekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben. Voor de tandheelkundigen wordt dit percentage globaal geteld op het niveau van het Koninkrijk. Opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen bovendien niet meer dan 50 %

des médecins de médecine générale ni plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.

La lettre recommandée à la poste doit être envoyée au siège des Commissions visées au § 2 au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au *Moniteur belge*.

Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les Commissions visées au § 2, avant l'entrée en vigueur des accords.

Le cachet de la poste fait foi de la date d'expédition de la lettre recommandée à la poste, visée aux alinéas 1<sup>er</sup>, 2 et 5.

Toutefois, si la Commission compétente reçoit des lettres recommandées à la poste qui ont été envoyées après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, cette Commission constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces lettres, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus ou des pourcentages prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission compétente constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié un refus d'adhésion, aux accords, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les délais et suivant les modalités à déterminer par le Roi, communiqué à la Commission compétente les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.

En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'ils n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

van de tandheelkundigen en niet meer dan 50 pct. van de algemeen geneeskundigen, noch meer dan 50 pct. van de geneesheren-specialisten geweigerd hebben tot het akkoord toe te treden.

De ter post aangetekende brief moet ten laatste de dertigste dag na de bekendmaking van de akkoorden in het *Belgisch Staatsblad*, aan de zetel van de in § 2 bedoelde Commissies worden gezonden.

De telling van de geneesheren of tandheelkundigen die hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden betekend hebben, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde Commissies voor de inwerkingtreding van de akkoorden.

Het postmerk heeft bewijskracht voor de datum van de verzending van de ter post aangetekende brief, bedoeld in het eerste, tweede en het vijfde lid.

Indien de bevoegde Commissie evenwel ter post aangetekende brieven ontvangt, die verzonden zijn na die termijn van vijfenveertig dagen, en die strekken tot intrekking van een weigering tot toetreding die eerder betekend werd, stelt die Commissie vast dat het akkoord in werking treedt in een bepaalde streek, voor zover, ingevolge die brieven, de percentages weigeringen tot toetreding aldaar één van de in het eerste lid bedoelde percentages niet meer overschrijden.

Indien geneesheren of tandheelkundigen, overeenkomstig de bedingen van een akkoord hun weigering betekenen dit verder na te leven, stelt de bevoegde Commissie eventueel vast dat het akkoord geen toepassing meer vindt zo deze nieuwe weigeringen tot gevolg hebben dat de percentages weigeringen tot toetreding voor een bepaalde streek de in het eerste lid bedoelde percentages overschrijden.

De geneesheren en tandheelkundigen die geen weigering tot toetreding tot de akkoorden betekend hebben, worden van rechtswege geacht tot die akkoorden te zijn toegetreden voor hun volledige beroepsactiviteit, behoudens indien zij aan de bevoegde Commissie, volgens de door de Koning te bepalen termijnen en regels, mededeling hebben gedaan van de voorwaarden inzake tijd en plaats, waaronder zij de daarin vastgestelde honorariumbedragen niet zullen toepassen.

Buiten de uren en dagen medegedeeld overeenkomstig het voorgaande lid, worden de zorgverleners geacht tot de akkoorden te zijn toegetreden. Dit geldt ook wanneer zij de gerechtigden niet vooraf geïnformeerd hebben over de dagen en uren waarvoor zij niet tot de akkoorden zijn toegetreden.

*Lorsqu'un nouvel accord est conclu ou qu'un nouveau document visé à l'article 51, § 1<sup>er</sup>, alinéa 6, 2<sup>e</sup>, existe, et que cet accord ou ce document couvre une période qui suit immédiatement un accord ou un document venu à expiration, les médecins et praticiens de l'art dentaire conservent quant à leur adhésion ou à leur refus d'adhésion, la situation qui était la leur au dernier jour de l'accord ou du document venu à expiration et ce, soit jusqu'au jour où ils manifestent leur refus d'adhésion au nouvel accord ou au nouveau document, soit jusqu'au jour où ils sont réputés avoir adhéré au nouvel accord ou au nouveau document.*

...

## Section 10

### *Liaison pédiatrique*

#### Art. 21

Art. 22. Le Comité de l'assurance:

...  
6<sup>ter</sup>er conclut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, les conventions visées à l'article 23, § 3bis, avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires visées à l'article 34, 21<sup>o</sup>, et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21<sup>obis</sup>.

...

#### Art. 22

Art. 23.

...  
§ 3bis. Le Collège des médecins-directeurs établit avec les équipes d'accompagnement multidisciplinaires pour soins palliatifs, visées à l'article 34, 21<sup>o</sup>, et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21<sup>obis</sup>, des projets de conventions à conclure avec elles et les soumet à cet effet au Comité de l'assurance. Les projets de ces conventions sont également communiqués à la Commission de contrôle budgétaire.

Le Roi détermine, sur la proposition conjointe des Ministres qui ont respectivement les Affaires sociales et la Santé publique dans leurs attributions et sur proposition ou après avis du Collège des médecins-directeurs, les critères minimum auxquels ces conventions doivent satisfaire.

...

*Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2<sup>e</sup>, bestaat, en dit akkoord of document de periode dekt die onmiddellijk volgt op een akkoord of document dat is verstreken, behouden de geneesheren en tand-heelkundigen voor wat hun toetreding of weigering tot toetreding betreft, dezelfde situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document, ofwel tot de dag waarop zij hun weigering tot toetreding tot het nieuwe akkoord of document betekenen, ofwel tot de dag waarop zij worden geacht te zijn toegetreden tot het nieuwe akkoord of document*

## Afdeling 10

### *Pediatrische liaison*

#### Art. 21

Art. 22. Het Verzekeringscomité:

...  
6<sup>ter</sup> sluit op voorstel van het College van geneesheren-directeurs met de in artikel 34, 21<sup>o</sup>, bedoelde multidisciplinaire begeleidingsequipes en de in artikel 34, 21<sup>obis</sup>, bedoelde pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes de overeenkomsten bedoeld in artikel 23, § 3bis;

...

#### Art. 22

Art. 23.

...  
§ 3bis. Het College van geneesheren-directeurs maakt met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging bedoeld in artikel 34, 21<sup>o</sup>, en de pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes, bedoeld in artikel 34, 21<sup>obis</sup>, ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten op en legt ze daartoe voor aan het Verzekeringscomité. De ontwerpen van deze overeenkomsten worden eveneens meegegeerd aan de Commissie voor begrotingscontrole.

De Koning bepaalt, op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben en op voorstel of na advies van het College van geneesheren-directeurs, de minimale criteria waaraan deze overeenkomsten moeten voldoen.

...

Art. 23

Art. 34. Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent:

...

— 21° les soins palliatifs dispensés par une équipe d'accompagnement multidisciplinaire;

— 21°bis les soins palliatifs dispensés par des équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile qui remplissent les conditions suivantes:

— 1° faire partie d'associations de soins palliatifs actives dans la zone géographique qu'elle couvre ou collaborer avec celles-ci;

— 2° avoir fonctionné au moins cinq ans de manière effective comme équipe de soins palliatifs pédiatriques à domicile et avoir fourni une contribution essentielle aux soins palliatifs à domicile d'au moins 100 patients pédiatriques;

— 3° collaborer et se concerter avec les dispensateurs de soins de première ligne, les conseiller sur tous les aspects des soins palliatifs, et fournir formation et information;

— 4° assurer une bonne organisation et une bonne coordination des soins palliatifs à domicile;

— 5° apporter un soutien psychologique et moral au patient et à ses proches, ainsi qu'aux dispensateurs de soins de première ligne;

— 6° après concertation et en accord avec le médecin de famille, les dispensateurs de soins de première ligne et, le cas échéant, les équipes hospitalières mobiles, veiller à la continuité de l'assistance et des soins lorsque le patient palliatif quitte son domicile pour être admis dans un hôpital, une unité résidentielle de soins palliatifs ou toute autre forme d'institution d'hébergement agréée, ou encore lorsqu'il quitte l'hôpital, l'unité résidentielle de soins palliatifs ou toute autre forme d'institution d'hébergement agréée, pour regagner son domicile;

— 7° se charger de la formation pratique et de l'accompagnement des bénévoles qui assurent certaines tâches dans le cadre des soins palliatifs;

— 8° être organisée de façon à être accessible jour et nuit en permanence;

— 9° cadrer avec la programmation définie par le Roi;

Art. 23

Art. 34. De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

...

— 21° de palliatieve verzorging verleend door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;

— 21°bis de palliatieve verzorging verleend door pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipes die aan de volgende voorwaarden voldoen:

— 1° deel uitmaken van of samenwerken met de samenwerkingsverbanden inzake palliatieve zorg die werkzaam zijn in de geografische zone die de equipe bestrijkt;

— 2° minimum vijf jaar hebben gewerkt als pediatrisch-palliatieve thuiszorgequipe en een essentiële bijdrage hebben geleverd aan de palliatieve thuisverzorging van ten minste 100 pediatrische patiënten;

— 3° samenwerken en overleg plegen met de verleners van eerstelijnszorg, hen raad geven over alle aspecten van de palliatieve zorg en voor informatie en opleiding zorgen;

— 4° zorgen voor een goede organisatie en coördinatie van de palliatieve thuiszorg;

— 5° psychologische en morele steun bieden aan de patiënt, zijn familie en de verleners van eerstelijnszorg;

— 6° in overleg met en met de instemming van de huisarts, het eerstelijnsteam en eventueel van de mobiele ziekenhuisteam, ervoor zorgen dat de hulp en de zorg niet worden onderbroken wanneer de patiënt zijn woning verlaat om te worden opgenomen in een ziekenhuis, een residentiële eenheid voor palliatieve zorg of een andere erkende verblijfsdienst of wanneer hij het ziekenhuis, de residentiële eenheid voor palliatieve zorg of een andere erkende verblijfsdienst verlaat om naar huis terug te keren;

— 7° de praktische opleiding en de begeleiding op zich nemen van de vrijwilligers die bepaalde palliatieve zorgtakken uitvoeren;

— 8° zo georganiseerd zijn dat ze dag en nacht permanent bereikbaar zijn;

— 9° passen binnen de door de Koning vastgestelde programmatie;

~~10° veiller à ce que les soins dispensés fassent l'objet d'une évaluation régulière concertée avec les dispensateurs de soins de première ligne, par l'enregistrement des actes médicaux, médico-techniques et infirmiers effectués; cet enregistrement doit faire apparaître la durée du traitement et la pertinence des actes techniques effectués;~~

~~11° établir annuellement, pour le 30 juin de l'année suivante, à l'intention du Comité de l'assurance auprès du service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, un rapport contenant les éléments précisés dans les conventions visées aux articles 22, 6<sup>ter</sup>, et 23, § 3bis, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.~~

~~22° le transport d'un organe prélevé à l'étranger;~~

~~...~~

### CHAPITRE 3

#### **Modification de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008**

Art. 24 et 25

#### ***Chapitre VI — Accessibilité financière de l'hôpital***

***Art. 30/ 1. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.***

***§ 2. Concernant l'imputation de suppléments, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, étendre les dispositions visées à l'article 152, § 2, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, et § 4, à d'autres catégories de professionnels de santé visés par l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, exerçant dans l'hôpital.***

***§ 3. Pour l'application du § 2, les suppléments visés sont compris comme les montants réclamés en surplus des tarifs obligatoires si des conventions ou accords tels que visés au Titre III, chapitre V, sections I et II de la loi sur l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, ou des tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de***

~~10° ervoor zorgen dat de verstrekte zorg geregeld geëvalueerd wordt in samenspraak met de verleners van eerstelijnszorg, door middel van de registratie van de medische, medisch-technische en verpleegkundige handelingen die worden verricht; uit deze registratie moet blijken hoelang de behandeling duurt en dat de verrichte technische handelingen gerechtvaardigd zijn;~~

~~11° vóór 30 juni van het volgende jaar ten behoeve van het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van de Rijksdienst voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een jaarrapport opstellen dat de elementen bevat die worden genoemd in de overeenkomsten, bedoeld in de artikelen 22, 6<sup>ter</sup> en 23, § 3bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.~~

~~22° het vervoer van een in het buitenland afgenoemde orgaan;~~

~~...~~

### HOOFDSTUK 3

#### **Wijziging van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008**

Art. 24 et 25

#### **Hoofdstuk VI - Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis**

***Art. 30/1. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.***

***§ 2. Inzake het aanrekenen van supplementen kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de in artikel 152, § 2, eerste en tweede lid, en § 4 bedoelde bepalingen naar andere in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bedoelde en in het ziekenhuis werkzame categorieën beroeps-beoefenaars, uitbreiden.***

***§ 3. Voor de toepassing van § 2 verstaat men onder supplementen de bedragen die bovenop de verplichte tarieven worden gevraagd indien de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bedoelde overeenkomsten of akkoorden gelden, of tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van***

***l'assurance si de tels conventions ou accords ne sont pas en vigueur.***

**Art. 26**

Art. 98. Le Roi peut préciser des règles en ce qui concerne:

a) la nature des montants à charge du patient, qui doivent lui être communiqués au préalable, tels que les suppléments visés aux articles 97 et 152 ainsi que tous les frais pour fournitures et frais divers supplémentaires;

b) les modalités selon lesquelles les montants visés au point a) doivent être communiqués et facturés au patient;

c) la présentation à la signature du patient d'un document mentionnant les montants visés au point a);

A l'égard des patients admis en hospitalisation de jour, l'alinéa précédent n'est d'application, en ce qui concerne les suppléments visés à l'article 152, que pour les prestations définies par le Roi en exécution de l'article 152; § 1<sup>er</sup>, alinéa 3.

Toute information ou clause figurant dans un autre document que celui visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, c), et qui est contraire aux informations données dans le document visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, c ), ou contient des montants au sens de l'alinéa 1<sup>er</sup>, a), qui ne sont pas conformes aux montants indiqués dans le document visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, c), est nulle.

**Art. 27**

~~Art. 152. § 1<sup>er</sup>. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, les médecins hospitaliers conventionnés sont tenus d'appliquer les tarifs de l'accord aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes.~~

~~Sont assimilés aux patients admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, ceux qui répondent à une des conditions visées à l'article 97, § 2.~~

~~Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord peuvent être néanmoins appliqués à condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande~~

***de verzekeringstegemoet-koming indien dergelijke overeenkomsten of akkoorden niet van kracht zijn.***

**Art. 26**

Art. 98. De Koning kan nadere regelen bepalen inzake:

a) de aard van de bedragen ten laste van de patiënt, die hem vooraf moeten worden medegedeeld, onder meer de supplementen bedoeld in artikel 97 en in artikel 152 evenals alle kosten voor bijkomende leveringen en diverse kosten;

b) de modaliteiten van de mededeling en facturatie aan de patiënt, van de bedragen, bedoeld in a);

c) de voorlegging ter ondertekening aan de patiënt van een document met vermelding van de in a) bedoelde bedragen.

Ten aanzien van de patiënten die in daghospitalisatie worden opgenomen, is het vorige lid, wat de supplementen bedoeld in artikel 152 betreft, enkel van toepassing voor de verstrekkingen omschreven door de Koning in uitvoering van artikel 152, § 1, derde lid.

Elke informatie of clausule in een ander document dan het document bedoeld in het eerste lid, c), die strijdig is met de informatie gegeven in het document bedoeld in het eerste lid, c), of die bedragen in de zin van het eerste lid, a), bevat die niet overeenstemmen met de bedragen opgenomen in het document bedoeld in het eerste lid, c), is nietig.

**Art. 27**

~~Art. 152. § 1. Indien er een akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, van kracht is, moeten de verbonden ziekenhuisgeneesheren de verbintenistarieven naleven voor de patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers.~~

~~Worden gelijkgesteld met de patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of in gemeenschappelijke kamers, deze die beantwoorden aan één van de voorwaarden, bedoeld in artikel 97, § 2.~~

~~Wanneer het een opname betreft bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), kunnen evenwel tarieven worden aangerekend die afwijken van de verbintenistarieven op voorwaarde dat het kind samen met de begeleidende ouder op hun uitdrukkelijk verzoek blijven in een~~

expresse et pour autant que les dispositions de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, soient respectées:

— Les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 sont également d'application à l'égard des patients en hospitalisation de jour, admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, pour les prestations définies par le Roi. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes à l'égard desquels les alinéas 1<sup>er</sup> et 2 sont d'application pour toutes les prestations.

— § 2. Dans le cas prévu au § 1<sup>er</sup>, les médecins hospitaliers qui n'ont pas adhéré à l'accord au sens du § 1<sup>er</sup>, le font savoir au gestionnaire qui en informe le conseil médical et les organismes assureurs.

Les médecins visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 1<sup>er</sup>, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1<sup>er</sup>, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, à l'exception des patients visés à l'article 97, § 2, alinéa premier, a), b) et l'article 97, § 2, c) et d), des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 144 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

— L'alinéa 2 est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes à l'égard desquels l'alinéa 2 est d'application pour toutes les prestations.

— Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord peuvent être néanmoins appliqués à la condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande expresse et pour autant que les dispositions de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, soient respectées.

— § 3. Le gestionnaire et le conseil médical se portent garants du fait que tous les patients visés au § 1<sup>er</sup> pourront être soignés aux tarifs de l'accord. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.

individuele kamer, en voor zover de bepalingen van artikel 97, § 1, tweede lid, worden nageleefd.

Het eerste en tweede lid zijn eveneens van toepassing ten aanzien van de patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, voor de verstrekkingen omschreven door de Koning. De Koning bepaalt eveneens de categorieën van patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers ten aanzien van dewelke het eerste en tweede lid voor alle verstrekkingen van toepassing zijn.

§ 2. In het geval bedoeld in § 1, delen de ziekenhuis-geneesheren die niet verbonden zijn in de zin van § 1, dit mede aan de beheerder die daarvan kennis geeft aan de medische raad en aan de verzekeringinstellingen.

De in het eerste lid bedoelde geneesheren, kunnen, onverminderd § 5, eerste lid, ten aanzien van de in § 1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten met uitzondering van de patiënten bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a), b) en artikel 97, § 2, c) en d), tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven, voor zover terzake in de algemene regeling, bedoeld in artikel 144, maximumtarieven zijn vastgesteld, en deze door de betrokken geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient voor de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringinstellingen te worden medegedeeld.

Het tweede lid is eveneens van toepassing op de patiënten in daghospitalisatie, voor de verstrekkingen zoals omschreven door de Koning. De Koning bepaalt eveneens de categorieën van patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers ten aanzien van dewelke het tweede lid voor alle verstrekkingen van toepassing is.

Wanneer het een opname betreft bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), kunnen evenwel tarieven worden aangerekend die afwijken van de verbintenistarieven op voorwaarde dat het kind samen met de begeleidende ouder op hun uitdrukkelijk verzoek verblijven in een individuele kamer, en voor zover de bepalingen van artikel 97, § 1, tweede lid, worden nageleefd.

§ 3. De beheerder en de medische raad waarborgen dat alle in § 1 bedoelde patiënten tegen verbintenistarieven kunnen worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

~~Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>.~~

~~§ 4. Au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994 n'est pas en vigueur, les médecins peuvent, sans préjudice du § 5, alinéa 2, appliquer, à l'égard des patients visés au § 1<sup>er</sup>, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, à l'exception des patients visés à l'article 97, § 2, alinéa premier, a), b) et l'article 97, § 2, c) et d), des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance, dans la mesure où, conformément aux règles prévues au § 2, alinéa 2, des tarifs maximaux ont été fixés et sont respectés par les médecins. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, aux organismes assureurs.~~

~~L'alinéa 1<sup>er</sup> est également d'application aux patients en hospitalisation de jour, pour les prestations définies par le Roi. Le Roi définit également les catégories de patients en hospitalisation de jour admis dans des chambres de deux patients ou dans des chambres communes, à l'égard desquels l'alinéa 1<sup>er</sup> est d'application pour toutes les prestations.~~

~~Quand il s'agit d'une admission visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), des tarifs s'écartant des tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance peuvent être néanmoins appliqués à la condition que le séjour de l'enfant accompagné par un parent ait lieu dans une chambre individuelle à leur demande expresse et pour autant que les dispositions de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, soient respectées.~~

~~§ 5. Le Roi définit les catégories de patients à l'égard desquels les médecins visés au § 2, ne peuvent appliquer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord.~~

~~En ce qui concerne les patients visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, met au cas où il n'existe aucun accord tel que visé au § 4, les tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les tarifs maximaux qui peuvent être appliqués par les médecins.~~

~~§ 6. Les médecins visés aux §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 4, peuvent, sans préjudice du § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, § 2, alinéa 4, et § 4, alinéa 3 appliquer, à l'égard des patients admis en chambres individuelles, des tarifs s'écartant des tarifs de l'accord, dans la mesure où des tarifs maximaux~~

De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

~~§ 4. Indien er geen akkoord, zoals bedoeld in artikel 50 van voornoemde wet van 14 juli 1994, van kracht is, kunnen de geneesheren, onvermindert § 5, tweede lid, ten aanzien van de in § 1, eerste en tweede lid, bedoelde patiënten met uitzondering van de patiënten bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a), b) en artikel 97, § 2, c) en d), tarieven aanrekenen die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, voor zover terzake overeenkomstig de in § 2, tweede lid, bedoelde regelen, de maximumtarieven zijn vastgesteld en deze door de geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient voor de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringinstellingen te worden medegedeeld.~~

~~Het eerste lid is eveneens van toepassing op patiënten in daghospitalisatie voor de verstrekkingen, zoals omschreven door de Koning. De Koning bepaalt eveneens de categorieën van patiënten in daghospitalisatie die zijn opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers ten aanzien van dewelke het eerste lid voor alle verstrekkingen van toepassing is.~~

~~Wanneer het een opname betreft bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), kunnen evenwel tarieven worden aangerekend die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, op voorwaarde dat het kind samen met de begeleidende ouder op hun uitdrukkelijk verzoek verblijven in een individuele kamer, en voor zover de bepalingen van artikel 97, § 1, tweede lid, worden nageleefd.~~

~~§ 5. De Koning bepaalt de categorieën van patiënten ten aanzien van dewelke de in § 2, bedoelde geneesheren geen tarieven mogen aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven.~~

~~Ten aanzien van de in het eerste lid bedoelde patiënten vormen, in het geval er geen akkoord van kracht is, zoals bedoeld in § 4, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming, de maximumtarieven die door de geneesheren kunnen worden aangerekend.~~

~~§ 6. De in §§ 1, 2 en 4, bedoelde geneesheren, kunnen, onvermindert § 1, tweede lid, § 2, vierde lid, en § 4, derde lid, ten aanzien van de patiënten opgenomen in individuele kamers tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven, voor zover terzake~~

sont fixés par la réglementation générale visée à l'article 144 et sont respectés par les médecins concernés. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

~~§ 7. Les médecins visés aux §§ 1<sup>er</sup>, 2 et 4, ne peuvent appliquer de suppléments pour les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation relatifs aux prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale.~~

~~§ 8. En cas d'admission d'un enfant accompagné par un parent tel que visé à l'article 97, § 2, premier alinéa, d) un document séparé est soumis à la signature du parent susvisé en même temps que la déclaration d'admission. Dans ce document est prévue la possibilité d'offrir une hospitalisation aux tarifs de l'accord ou, au cas où un accord n'est pas en vigueur, aux tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance.~~

~~Le parent accompagnant peut dans ce même document renoncer à cette possibilité et choisir expressément une chambre individuelle.~~

~~En cas d'absence de ce document signé, les tarifs applicables, par dérogation aux §§ 1<sup>er</sup>, alinéa 2, et 2, alinéa 4, sont les tarifs de l'Accord, et, par dérogation au § 4, alinéa 3, les tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance.~~

**Art. 152. § 1<sup>er</sup>. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.**

**§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un accord tel que visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Ces tarifs sont ci-après appelés "suppléments".**

**En dérogation à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les médecins hospitaliers ne peuvent facturer de suppléments pour**

in de algemene regeling, bedoeld in artikel 144, maximumtarieven zijn vastgesteld, en deze door de betrokken geneesheren worden nageleefd. Dit onderdeel van de algemene regeling dient voor de toepassing ervan, door de beheerder aan de Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen te worden medegedeeld.

~~§ 7. De artsen bedoeld in §§ 1, 2 en 4, mogen geen supplementen toepassen voor de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen betreffende de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming.~~

~~§ 8. In geval van een opname van een kind met een begeleidende ouder zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), wordt aan de ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de mogelijkheid aangeboden van een opname aan verbintenistarieven of, indien er geen akkoord van kracht is, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.~~

~~De begeleidende ouder kan in hetzelfde document aan deze mogelijkheid verzaken en uitdrukkelijk kiezen voor een individuele kamer.~~

~~Bij gebrek aan dit ondertekende document zijn, in afwijking van §§ 1, tweede lid, en 2, vierde lid, de toegepaste tarieven de verbintenistarieven, en, in afwijking van § 4, derde lid, de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.~~

**Art. 152. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning.**

**§ 2. Enkel voor de opname in een individuele kamer mogen ziekenhuisgeneesheren tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintenistarieven indien er een akkoord is zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord is. Deze tarieven worden hierna 'supplementen' genoemd.**

**In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer**

*l'admission en chambre individuelle dans les cas prévus à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus.*

*En dérogation à l'alinéa 2, les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments pour l'admission en chambre individuelle visée à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), à condition que:*

*1° le parent accompagnant opte expressément, selon les modalités visées au paragraphe 5, pour une admission en chambre individuelle;*

*2° le nombre de lits que l'hôpital met à disposition pour l'hébergement des patients souhaitant être admis sans supplément, en application de l'article 97, § 1<sup>er</sup>, comporte suffisamment de lits pour les enfants qui séjournent à l'hôpital avec un parent accompagnant.*

*Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1<sup>er</sup> et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale doit, avant son application, être communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.*

**§ 3. Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, a) à d) inclus, à l'exception de la dérogation prévue à l'alinéa 3 du paragraphe 2, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les initiatives nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.**

*Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1<sup>er</sup>.*

**§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, définir des catégories supplémentaires de patients pour lesquels les médecins hospitaliers ne peuvent, en vertu du paragraphe 2, facturer de supplément en cas d'admission en chambre individuelle.**

**§ 5. Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune, appliquer de suppléments aux honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée**

*geen supplement aanrekenen in de gevallen zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d).*

*In afwijking op het tweede lid mogen ziekenhuis-geneesheren voor de opname in een individuele kamer zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), supplementen aanrekenen op voorwaarde dat:*

*1° de begeleidende ouder uitdrukkelijk volgens de modaliteiten zoals bedoeld in paragraaf 5 kiest voor een opname in een individuele kamer;*

*2° het aantal bedden dat het ziekenhuis in toepassing van artikel 97, § 1, ter beschikking stelt voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen, voldoende bedden omvat voor kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven.*

*Ziekenhuisgeneesheren mogen in toepassing van het eerste en het derde lid enkel supplementen aanrekenen op voorwaarde dat in de algemene regeling zoals bedoeld in artikel 144 maximumtarieven zijn vastgelegd. Dit onderdeel van de algemene regeling wordt voor de toepassing ervan door de beheerder aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld.*

**§ 3. De beheerder en de medische raad garanderen dat patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers evenals patiënten opgenomen in een individuele kamer in de gevallen bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, a) tot en met d), met uitzondering van de afwijking voorzien in het derde lid van paragraaf 2, zonder de aanrekening van supplementen door de ziekenhuisgeneesheren, worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige initiatieven en geeft daarvan kennis aan de medische raad.**

*De Koning kan modaliteiten bepalen voor de toepassing van het eerste lid.*

**§ 4. De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, bijkomende categorieën van patiënten bepalen ten aanzien van dewelke ziekenhuis-geneesheren in toepassing van paragraaf 2 geen supplementen mogen aanrekenen bij opname in een individuele kamer.**

**§ 5. De ziekenhuisgeneesheren mogen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen**

*d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur l'ensemble des composantes desdits honoraires.*

*Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre individuelle, appliquer de suppléments sur les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur la partie forfaitaire desdits honoraires.*

**§ 6. En cas d'admission d'un enfant accompagné d'un parent tel que visé à l'article 97, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, d), un document distinct est soumis à la signature de ce parent en même temps que la déclaration d'admission. Ce document prévoit la possibilité de choisir une admission ne permettant pas aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments, à savoir une admission en chambre à deux lits ou en chambre commune.**

*Dans ce document, le parent accompagnant peut renoncer à la possibilité de choix visée à l'alinéa 1<sup>er</sup> et opter expressément pour un séjour en chambre individuelle.*

*En cas d'absence du document signé en question, dans lequel le parent accompagnant fait un choix, les médecins hospitaliers ne peuvent en aucun cas facturer des suppléments.*

#### Art. 28

Art. 153. **§ 1<sup>er</sup>.** Le gestionnaire prend les dispositions nécessaires pour que les patients puissent consulter la liste mentionnant, d'une part, les médecins hospitaliers qui se sont engagés à appliquer les tarifs de l'engagement et, d'autre part, les médecins hospitaliers qui ne se sont pas engagés à appliquer les tarifs de l'engagement.

**§ 2. Les médecins hospitaliers font savoir au gestionnaire s'ils sont ou non liés dans le cadre de l'accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonné le 14 juillet 1994. Le gestionnaire en informe le conseil médical.**

*voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het geheel van de bestanddelen van die honoraria.*

*De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in een individuele kamer, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het forfaitaire deel van die honoraria.*

**§ 6. In geval van opname van een kind met een begeleidende ouder zoals bedoeld in artikel 97, § 2, eerste lid, d), wordt aan de begeleidende ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de keuzemogelijkheid aangeboden van een opname waarbij de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen mogen aanrekenen met name een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.**

*De begeleidende ouder kan in het document verzaken aan de in het eerste lid bedoelde keuzemogelijkheid en uitdrukkelijk kiezen voor een verblijf in een individuele kamer.*

*Indien bedoeld ondertekend document waarin door de begeleidende ouder een keuze wordt gemaakt ontbreekt, mogen de ziekenhuisgeneesheren in geen enkel geval supplementen aanrekenen.*

#### Art. 28

Art. 153. **§ 1.** De beheerder neemt de nodige maatregelen om de patiënten in staat te stellen de lijsten te raadplegen waarin enerzijds de ziekenhuisgeneesheren zijn opgenomen die zich verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen en anderzijds de ziekenhuisgeneesheren die zich niet verbonden hebben de verbintenistarieven toe te passen.

**§ 2. De ziekenhuisgeneesheren delen aan de beheerder mee of ze al dan niet verbonden zijn in het kader van het akkoord zoals bedoeld in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. De beheerder geeft daarvan kennis aan de medische raad.**

## CHAPITRE 4

**Modification à la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale**Art. 31

**Art. 9bis. Lorsque les frais sont à charge de l'État, conformément à l'article 4 ou à l'article 5, une enquête sociale doit permettre de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide.**

**Le Roi peut déterminer les éléments d'enquête qui seront soumis au contrôle organisé par le ministre.**

Art. 32

**Art. 9ter. § 1<sup>er</sup>. Les articles 9 et 10, § 1<sup>er</sup> ne sont pas d'application lorsque le centre public d'action sociale prend une décision concernant l'aide médicale et pharmaceutique, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, octroyée aux personnes indigentes, ne bénéficiant pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et ne pouvant pas être assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et de son arrêté royal d'exécution du 3 juillet 1996.**

**Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres étendre le champ d'application de cette disposition:**

— aux personnes indigentes bénéficiant d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique ou assurées sur la base de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ou pouvant l'être;

— à l'aide médicale et pharmaceutique octroyée par des dispensateurs de soins hors d'établissement de soins visés à l'article 2 n° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

**§ 2. La décision visée au § 1<sup>er</sup> ne peut pas porter sur les aides octroyées au cours d'une période qui a débuté plus de quarante-cinq jours avant cette décision.**

## HOOFDSTUK 4

**Wijziging van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn**Art. 31

**Art. 9bis. Wanneer de kosten overeenkomstig artikel 4 of 5 ten laste zijn van de Staat, moet een sociaal onderzoek toelaten het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening vast te stellen.**

**De Koning kan de elementen van het sociaal onderzoek vaststellen die onderworpen zullen worden aan de door de minister georganiseerde controle.**

Art. 32

**Art. 9ter. § 1. De artikelen 9 en 10, § 1 zijn niet van toepassing wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing neemt betreffende de medische en farma-ceutische hulp, met of zonder hospitalisatie, in een verplegingsinstelling, toegekend aan behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet verzekerd kunnen worden op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en haar koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering ervan.**

**De Koning kan, bij besluit vastgelegd na overleg in de Ministerraad, het toepassingsgebied van deze bepaling verruimen tot:**

— aan behoeftige personen die over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt of die verzekerd zijn op basis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen of kunnen worden;

— de medische en farmaceutische hulp verstrekt door zorgverleners buiten een verplegings-instelling zoals voorzien in artikel 2 n° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**§ 2. De in § 1 vermelde beslissing kan geen betrekking hebben op de hulpverlening die een aanvang nam in een periode van meer dan vijfenveertig dagen eraan voorafgaand.**

**§ 3. Lorsque le centre public d'action sociale prend une décision mentionnée au paragraphe 1, il doit l'introduire dans la base de données déterminée à cet effet selon les modalités fixées par le Ministre et au plus tard lors de la communication à l'intéressé de la décision du centre.**

**§ 4. A défaut d'avoir introduit la décision conformément aux dispositions du paragraphe 3, le centre public d'action sociale est tenu de prendre en charge ces frais dans les limites de l'article 11, § 1<sup>er</sup> à partir du neuvième jour à compter de la date de décision jusqu'au moment où il introduit cette décision dans la base de données.**

**§ 5. Dans l'hypothèse visée au paragraphe 1, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité est chargée d'effectuer des contrôles et le remboursement des frais de l'aide précitée au nom et pour le compte de l'État.**

**Une avance sera versée à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité.**

**Chaque mois, sur la base d'un état mensuel électronique, l'État rembourse à la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité les montants versés.**

**Le Roi détermine les modalités des contrôles et des remboursements.**

**Sur proposition du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidé, le Service public fédéral de programmation Intégration Sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie Sociale et Politique des Grandes Villes fixe les instructions de facturation sur support électronique applicables à la facturation de l'aide médicale et pharmaceutique visée au § 1<sup>er</sup>.**

### Art. 33

Art. 10. **§ 1<sup>er</sup>.** Dans un délai de quarante jours à partir de l'envoi de l'avis, le centre public d'aide sociale ou le Ministre sont tenus de faire connaître à la commission qui les a avisés, leur décision motivée quant à la prise en charge des secours.

A défaut de répondre dans ce délai, ils sont censés accepter cette charge.

**§ 3. Wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een in paragraaf 1 vermelde beslissing neemt, moet het deze beslissing inbrengen in de daartoe vastgestelde gegevensbank volgens de door de Minister bepaalde modaliteiten en dit uiterlijk op het ogenblik dat de beslissing van het centrum wordt medegedeeld aan de betrokkenen..**

**§ 4. Werd de beslissing niet ingebracht overeenkomstig de bepalingen van paragraaf 3, dan moet het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn deze kosten ten laste nemen, binnen de grenzen van artikel 11, § 1, vanaf de negende dag te rekenen vanaf de datum van de beslissing tot het moment waarop het deze beslissing inbrengt in de gegevensbank.**

**§ 5. In de hypothese bedoeld in paragraaf 1, wordt de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering belast om controles en de terugbetaling van de kosten van voormelde hulp, te verrichten in naam en voor rekening van de Staat.**

**Een voorschot zal worden betaald aan de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.**

**Elke maand betaalt de Staat de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de gestorte bedragen terug op basis van een elektronisch maandoverzicht.**

**De Koning bepaalt de modaliteiten van de controles en de terugbetalingen.**

**Op voorstel van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeits-verzekering bepaalt de Programmatorische federale overhedsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid de instructies betreffende de facturatie op elektronische drager van toepassing op de facturatie van de medische en farmaceutische hulp bedoeld in § 1.**

### Art. 33

Art. 10. **§ 1.** Het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn of de Minister zijn ertoe gehouden binnen een termijn van veertig dagen te rekenen vanaf de verzending van de kennisgeving, aan het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat hen verwittigt heeft hun met redenen omklede beslissing kenbaar te maken wat de tenlasteneming van de steun aangaat.

Bij ontstentenis van een antwoord binnen deze termijn worden zij geacht deze last te aanvaarden.

**§ 2. Lorsqu'il y a absence d'enquête sociale telle que prévue à l'article 9 bis, le Ministre récupère, auprès du centre public d'action sociale, les frais pris en charge par l'État.**

Art. 34 et 35

Art. 11. § 1<sup>er</sup>. Les frais visés à l'article 4 ne sont remboursables qu'à concurrence:

1° du prix moyen de la journée d'entretien en chambre commune déterminé en fonction de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux;

2° du prix qui est remboursé par l'assurance maladie-invalidité des autres prestations de santé.

Toutefois, lorsqu'il s'agit de frais de traitement occasionnés dans le cadre d'une hospitalisation ou lorsqu'il s'agit de frais de traitement exposés pour des personnes qui disposent de ressources inférieures au montant du revenu d'intégration, ceux-ci sont remboursables à concurrence du prix qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie-invalidité.

3° du prix fixé par le Ministre qui a l'assistance publique dans ses attributions, pour le transport du patient à l'établissement de soins ou le transfert vers un autre établissement de soins.

~~Le remboursement des frais visés à l'article 4 précité ne peut intervenir que lorsqu'une enquête sociale préalable a permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide sociale.~~

~~§ 2. Les frais à charge de l'État en vertu de l'article 5 ne sont remboursables que dans les limites fixées par le Ministre qui a l'assistance publique dans ses attributions pour autant qu'une enquête sociale préalable ait permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide sociale.~~

~~§ 2bis. Les frais à charge de l'État en vertu de l'article 5, § 4 ne sont remboursables qu'à concurrence de la moitié des montants correspondants du minimum de moyens d'existence, fixés à l'article 2 de la loi du 7 août 1974 instituant le droit à un minimum de moyens d'existence.~~

~~§ 3. Les frais visés à l'article 3, alinéa 2, sont remboursés à concurrence des dépenses réelles faites par~~

**§ 2. Bij gebrek aan een sociaal onderzoek zoals voorzien in artikel 9 bis, vordert de minister, van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn de door de Staat ten laste genomen kosten terug.**

Art. 34 en 35

Art. 11. § 1. De bij artikel 4 bedoelde kosten zijn slechts terugbetaalbaar tot het beloop van:

1° de gemiddelde prijs van de verpleegdag in gemeenschappelijke kamer die bepaald is in functie van de wet van 23 december 1963 op de ziekenhuizen;

2° de prijs die wordt terugbetaald door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit van de andere gezondheidsprestaties.

Wanneer het evenwel gaat om behandelingskosten veroorzaakt door een hospitalisatie of wanneer het gaat om behandelingskosten gemaakt voor personen die beschikken over bestaansmiddelen die lager zijn dan het bedrag van het leefloon, zijn deze kosten terugbetaalbaar tot het beloop van de prijs die als basis dient voor de terugbetaling door de verzekering tegen ziekte en invaliditeit.

3° de prijs die vastgesteld is door de Minister tot wiens bevoegdheid de openbare onderstand behoort, voor het vervoer van de patiënt naar de verplegingsinstelling of zijn overbrenging naar een andere verplegingsinstelling.

~~De in voormeld artikel 4 bedoelde kosten kunnen slechts worden terugbetaald indien het bestaan en de omvang van de nood aan maatschappelijke dienstverlening door middel van een voorafgaand sociaal onderzoek werd vastgesteld.~~

~~§ 2. De kosten die krachtens artikel 5 ten laste vallen van de Staat zijn slechts terugbetaalbaar binnen de grenzen vastgesteld door de Minister tot wiens bevoegdheid de openbare onderstand behoort voor zover een voorafgaand sociaal onderzoek het bestaan en de omvang van de behoefté aan maatschappelijke hulp heeft kunnen aantonen.~~

~~§ 2bis. De kosten die krachtens artikel 5, § 4 ten laste vallen van de Staat zijn slechts terugbetaalbaar tot bestaansminimum, vastgesteld in artikel 2 van de wet van 7 augustus 1974 tot instelling van het recht op een bestaansminimum.~~

~~§ 3. De door artikel 3, lid 2, bedoelde kosten worden terugbetaald ten belope van de werkelijke uitgaven~~

le centre public d'aide sociale qui s'est substitué au centre public d'aide sociale compétent.

Le remboursement des frais visés à l'article 4 précité ne peut intervenir que lorsqu'une enquête sociale préalable a permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide sociale.

### Art. 36

**Art. 12. Les frais recouvrables sont *A l'exclusion des frais prévu à l'article 9ter, les frais recouvrables sont*** payables sur présentation d'un état de débours envoyé, selon le cas, au Ministre qui a l'assistance publique dans ses attributions, au centre public d'aide sociale du domicile de secours ou au centre public d'aide sociale compétent visé à l'article 2.

Sous peine de forclusion, cet état doit être envoyé, soit sous pli recommandé, soit contre accusé de réception, dans le délai de douze mois à compter de la fin du trimestre au cours duquel les débours ont été faits.

Par dérogation à l'alinéa précédent, l'envoi de l'état des débours au ministre est effectué par voie électronique selon les modalités fixées par le Roi.

Des avances à valoir sur les frais de l'aide médicale et de l'aide matérielle qui sont octroyés à des étrangers et dont la charge est supportée par l'État en vertu de l'article 4, 2°, ou de l'article 5, § 1, 2° et § 4, alinéa 2, peuvent être accordées dans les conditions et selon les modalités fixés par le Roi.

gedaan door het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn dat in de plaats van het bevoegd openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn is opgetreden.

De in voormald artikel 4 bedoelde kosten kunnen slechts worden terugbetaald indien het bestaan en de omvang van de nood aan maatschappelijke dienstverlening door middel van een voorafgaand sociaal onderzoek werd vastgesteld.

### Art. 36

**Art. 12. De terugvorderbare kosten zijn *Met uitzondering van de kosten voorzien in artikel 9ter, zijn de terugvorderbare kosten*** betaalbaar tegen overlegging van een staat van verschotten die, naargelang van het geval, wordt gestuurd aan de Minister tot wiens bevoegdheid de openbare onderstand behoort, aan het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn van het onderstands domicilie of aan het bij artikel 2 bedoeld bevoegd openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn.

Op straffe van verval moet die staat bij aangetekende zending of tegen ontvangstbewijs verzonden worden binnen twaalf maanden, te rekenen van het einde van het kwartaal tijdens hetwelk de verschotten werden gedaan.

In afwijking van het voorgaande lid gebeurt de verzending van de staat van verschotten aan de minister op elektronische wijze overeenkomstig de door de Koning bepaalde regels.

Voorschotten in mindering op de kosten van de geneeskundige hulp en van de materiële hulp die aan vreemdelingen worden verleend en die krachtens artikel 4, 2°, of van artikel 5, § 1, 2° en § 4, tweede lid, ten laste komen van de Staat, kunnen worden toegestaan binnen de voorwaarden en volgens de modaliteiten door de Koning bepaald.