

**WET betreffende de verplichte verzekering  
voor geneeskundige verzorging en uitkeringen  
gecoördineerd op 14 juli 1994**

BS 27/08/1994 in voege 06/09/1994

*Gewijzigd door:*

KB 22/12/2003 BS 30/12/2003	Programmawet 22/12/2003 BS 31/12/2003	KB 18/02/2004 BS 24/02/2004
KB 25/04/2004 BS 13/05/2004	Wet inzake experimenten op de menselijke persoon BS 18/05/2004	Programmawet 09/07/2004 BS 15/07/2004
Wet 22/06/2004 BS 13/08/2004		KB 25/11/2004 BS 07/12/2004
Wet 27/12/2004 BS 31/12/2004	Programmawet dd 27/12/2004 BS 31/12/2004	Wet betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg BS 20/05/2005
Programmawet 11/07/2005 BS 12/07/2005	KB 10/08/2005 BS 20/09/2005	KB 10/08/2005 BS 22/09/2005
KB 12/09/2005 BS 23/09/2005	KB 13/12/2005 BS 23/12/2005	Wet 23/12/2005 BS 30/12/2005
Wet 27/12/2005 BS 30/12/2005	Programmawet 27/12/2005 BS 30/12/2005	Wet 07/12/2005 BS 18/01/2006
KB 15/09/2006 BS 21/09/2006	Wet houdende diverse bepalingen 13/12/2006 BS 22/12/2006	Programmawet I 27/12/2006 BS 28/12/2006
KB 21/12/2006 BS 15/01/2007	Wet 21/12/2006 BS 14/02/2007	Wet 01/03/2007 BS 14/03/2007
Wet 26/03/2007 BS 27/04/2007	Wet 25/04/2007 BS 08/05/2007	KB 19/03/2007 BS 14/05/2007
KB 03/06/2007 BS 21/06/2007	KB 03/06/2007 BS 22/06/2007	KB 03/06/2007 BS 25/06/2007
KB 20/03/2008 BS 18/04/2008	Wet 15/05/2007 BS 06/07/2007	KB 13/04/2008 BS 07/05/2008
KB 14/04/2008 BS 09/05/2008	Programmawet 08/06/2008 BS 16/06/2008	Wet houdende diverse bepalingen (I) 08/06/2008 BS 16/06/2008
Wet houdende diverse bepalingen (I) (1) 24/07/2008 BS 07/08/2008	KB 12/08/2008 BS 29/08/2008	KB 21/08/2008 BS 12/09/2008
KB 14/04/2008 BS 13/10/2008	KB 12/11/2008 BS 05/12/2008	Programmawet 22/12/2008 BS 29/12/2008
Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg 19/12/2008 BS 31/12/2008	KB 16/01/2009 BS 30/01/2009	KB 21/01/2009 – BS 16/03/2009
Wet 17/06/2009 BS 26/06/2009	KB 17/07/2009 BS 11/08/2009	KB 29/08/2009 BS 21/09/2009
Wet 29/09/2009 BS 06/11/2009	KB 23/10/2009 BS 30/11/2009	Programmawet 23/12/2009 BS 30/12/2009
Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg 10/12/2009 BS 31/12/2009	KB 12/11/2009 – BS 22/12/2009	KB 18/12/2009 – BS 28/01/2010
KB 04/03/2010 – BS 25/03/2010	KB 18/04/2010 – BS 12/05/2010	Wet van houdende diverse bepalingen (I) 26/04/2010 – BS 28/05/2010
Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) BS 02/06/2010	KB 26/08/2010 - BS 04/09/2010	Wet van 29/12/2010 houdende diverse bepalingen (I) (1) (BS 31/12/2010)
KB 09/01/2011 - BS 25/01/2011	KB 09/02/2011 - BS 25/01/2011	KB 19/08/2011 – BS 14/09/2011
KB 01/09/2011 – BS 30/09/2011	KB 03/10/2011 – BS 18/10/2011	Wet houdende diverse dringende bepalingen inzake gezondheid 17/02/2012 - BS 17/02/2012
Programmawet 29/03/2012 – BS 06/04/2012	Programmawet (I) 22/06/2012 – BS 28/06/2012	Programmawet 29/03/2012 – BS 06/04/2012
KB 20/09/2012 – BS 28/09/2012	Programmawet 27/12/2012 – BS 31/12/2012	Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg 27/12/2012 – BS 31/12/2012
Programmawet 27/12/2012 – BS 31/12/2012	KB 11/02/2013 – BS 25/02/2013	KB 19/02/2013 – BS 28/02/2013
Wet 13/03/2013 BS 21/03/2013	KB 19/02/2013 – BS 28/03/2013	Wet houdende diverse bepalingen (I en II) 19/03/2013 – BS 29/03/2013
Wet 28/06/2013 – BS 01/07/2013	Wet 30/07/2013 – BS 01/08/2013	KB 19/07/2013 – BS 16/08/2013
KB 24/10/2013 – BS 28/11/2013		

***Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg  
07/02/2014 – BS 25/02/2014 in voege vanaf 07/03/2014, tenzij anders vermeld.***

## INHOUDSTAFEL

**TITEL I. - Algemene bepalingen** .....art. 01

**TITEL II. - Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering** .....art. 10

**TITEL III. - Verzekering voor geneeskundige verzorging**

### **HOOFDSTUK I. - Organen**

Afdeling I - Dienst voor geneeskundige verzorging .....art. 14

Afdeling II. - Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging . art. 15

Afdeling III. - Commissie voor begrotingscontrole .....art. 17

Afdeling IV. - De Wetenschappelijke raad .....art. 19

Afdeling V. - Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging .....art. 21

Afdeling VI. - College van geneesheren-directeurs en Raad voor advies inzake

Revalidatie.....art. 23

Afdeling VII. - Bijzonder solidariteitsfonds .....art. 25

Afdeling VIII. - Overeenkomsten- en akkoordencommissies .....art. 26

Afdeling IX. - Technische raden .....art. 27

Afdeling IXbis. - Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen .....art. 29-bis

Afdeling IXter. - Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en

uitwendige prothesen .....art. 29-ter

Afdeling X. - Profielencommissies.....art. 30

Afdeling XI. – *(De Geneesmiddelencommissie werd opgeheven: Wet 25-1-99 - B.S. 6-2)* art. 31

**HOOFDSTUK II - Toepassingsfeer** .....art. 32

**HOOFDSTUK III - Geneeskundige verstrekkingen** .....art. 34

### **HOOFDSTUK IIIbis - Maximumfactuur**

Afdeling I. - Algemene bepalingen.....art. 37

Afdeling II. - Maximumfactuur vastgesteld op grond van de sociale categorie van  
Rechthebbenden .....art. 37

Afdeling III. - Maximumfactuur, vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van  
de rechthebbende en uitgevoerd door de verzekeringsinstellingen ...art. 37

Afdeling IV. - Maximumfactuur, vastgesteld op grond van het gezinsinkomen  
van de rechthebbende en uitgevoerd door de Administratie van  
de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit.....art. 37

### **HOOFDSTUK IV. - Opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging art. 38**

## **HOOFDSTUK V. - Betrekkingen met de zorgverleners, de diensten en de instellingen**

Afdeling I. - Overeenkomsten .	art. 42
A. Algemene bepalingen .	
B. Overeenkomsten met...de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten .....	
C. Overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen .	
D. Overeenkomsten met de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde diensten en inrichtingen,..	
E. Overeenkomst met de apothekers ..	
F. ... Gemene bepalingen .	
Afdeling II. - Betrekkingen met de geneesheren en de tandheekundigen .	art. 50
Afdeling III - Bepalingen gemeenschappelijk aan de afdelingen I en II betreffende andere geneeskundige verstrekkingen .....	art. 51
Afdeling IV. - Sociaal statuut van de geneesheren, tandheekundigen en apothekers en andere voordelen die aan sommige geneesheren kunnen worden toegekend .	
.....	art. 54
Afdeling V. - Vergoeding aan de stagemeesters in de huisartsgeneeskunde .	art. 55
Afdeling Vbis. - Vergoeding om zorgaanbod inzake kinesitherapie te wijzigen .....	art. 55-bis
Afdeling VI. - Tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bijzondere modellen van verstrekking of betaling van geneeskundige verzorging .....	art. 56
Afdeling VIbis.- Verstrekkingen verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis ..	art. 56-bis
Afdeling VII. - Verstrekkingen van klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden .....	art. 57
Afdeling VIII. - Verstrekkingen van klinische biologie, verleend aan de in een ziekenhuis en de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden	art. 59
Afdeling IX. - Verstrekkingen van klinische biologie, verleend aan de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden .....	art. 60
Afdeling X. - Voorwaarden voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bepaalde verstrekkingen .....	art. 63

Afdeling XI. - Bijzondere bepalingen betreffende de wijzigingen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de vermindering van sommige honoraria .....	art. 68
Afdeling XII. - Verstrekkingen inzake medische beeldvorming en andere verstrekkingen bedoeld in art. 34.....	art. 69
Afdeling XIIbis. - Bepalingen in verband met nomenclatuur van de medische beeldvorming en andere verstrekkingen .....	art. 69-bis
Afdeling XIII. - In onderaanneming verrichte geneeskundige verstrekkingen .....	art. 70
Afdeling XIV. - Revalidatieverstrekkingen .....	art. 71
Afdeling XIVbis - Tegemoetkoming in de kosten voor hemodialyse in de kosten voor peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse .....	art. 71-bis
Afdeling XV. - Contracten inzake bepaalde farmaceutische specialiteiten .....	art. 72
Afdeling XVbis. - Verplichtingen van de aanvragers voor de toelating tot terugbetaling van farmaceutische specialiteiten .....	art. 72-bis
Afdeling XVI. - Plichten van de zorgverleners .....	art. 73
Afdeling XVII - Plichten van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en paramedische medewerkers .....	art. 76
Afdeling XVIII. - Financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende geneesheren	art. 77
Afdeling XIX. - Maatregelen om het aanbod te beheersen van de door de verplichte verzekering ten laste genomen verzorging .....	art. 77-ter
Afdeling XX. - Verplichtingen van de apothekers .....	art. 77quater

## **TITEL IV. - Uitkeringsverzekering**

### **HOOFDSTUK I. - Organen**

Afdeling I. - Dienst voor uitkeringen .....	art. 78
Afdeling II. - Beheerscomité, .....	art. 79
Afdeling III. - Geneeskundige raad voor invaliditeit .....	art. 81
Afdeling IV. - Technische ziekenfondsraad .....	art. 83
Afdeling V. -Technische medische raad .....	art. 85

**HOOFDSTUK II. - Toepassingsfeer** .....art. 86

**HOOFDSTUK III. - Uitkeringen .**

Afdeling I. - Primaire ongeschiktheidsuitkering.....art. 87

Afdeling II. – Invaliditeitsuitkering .....art. 93

.....Afdeling

III. - Over het leerlingenwezen voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in

    loondienst .....art. 96

Afdeling IV. - Mogelijkheid tot herwaardering van bepaalde uitkeringen .....art. 97

Afdeling V. - Gemeenschappelijke bepalingen ter zake van de uitkeringen .....art. 100

Afdeling VI. - Uitkering voor begrafeniskosten .....art. 110

**TITEL V. - Moederschapsverzekering,**

**HOOFDSTUK I. - Instellingen** .....art. 111

**HOOFDSTUK II. - Toepassingsfeer** .....art. 112

**HOOFDSTUK III. - Moederschapsuitkering .....art. 113**

**HOOFDSTUK IV. - Tijdvakken van moederschapsbescherming . .....art. 114**

**HOOFDSTUK V. - Toekenningsvoorwaarden -**

**Bijzondere bepaling voor de moederschapsverzekering...art. 116**

**HOOFDSTUK VI. - Algemene bepaling .....art. 117**

**TITEL VI. - Voorwaarden tot toekenning van de prestaties**

**HOOFDSTUK I. - Algemene bepalingen.. .....art. 118**

**HOOFDSTUK II. - Bijzondere bepalingen ter zake van de verzekering**

**voor geneeskundige verzorging .....art. 121**

**HOOFDSTUK III. - Bijzondere bepalingen ter zake van de uitkeringsverzekering - art.**

**128**

**HOOFDSTUK IV. - Gemeenschappelijke bepalingen ter zake van de verzekering voor  
geneeskundige verzorging en van de uitkeringsverzekering**

**.....art. 135**

**TITEL VII. - Controle en geschillen** .....art. 138

**HOOFDSTUK I. - Gemeenschappelijke bepaling ter zake van de  
Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en van de Dienst  
voor  
administratieve controle**

**HOOFDSTUK II. - Geneeskundige controle .**

Afdeling I. - Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle .....art. 139

Afdeling Ibis – Betwistingen tussen de zorgverleners en de Dienst voor  
geneeskundige evaluatie en controle.....art

Afdeling Iter - Het recht van onderzoek van de Dienst voor geneeskundige  
evaluatie en controle ----- art 146  
146bis

Afdeling II. - Geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs,  
Verpleegkundigen-controleurs, sociaal controleurs .....art. 147

Afdeling III. - Adviserend geneesheren .....art. 153

Afdeling IV. – Tuchtmaatregelen .....art. 155

Afdeling V. - De beslissingen van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor  
geneeskundige evaluatie en controle en de beslissingen van  
de administratieve rechtscolleges ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige  
evaluatie en controle..  
..... art. 156 - 157

Afdeling VI. - Bepalingen betreffende de adviserend geneesheren van de Kas der  
geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische  
spoorwegen .....art. 158

**HOOFDSTUK III. - Administratieve controle**

Afdeling I. -. Dienst voor administratieve controle .....art. 159

Afdeling II. -. Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties.....art. 164

Afdeling III. – Tarifieringsdiensten .....art. 165

Afdeling IV. - Sancties van toepassing op de verzekeringsinstellingen .....art. 166



**HOOFDSTUK IV. - Rechtscolleges en sancties .**

Afdeling I. - Rechtscolleges .....art. 167

Afdeling II. - Administratieve en strafsancties .....art. 168

**HOOFDSTUK V. - Verjaring .....art. 174**

**HOOFDSTUK Vbis. - Betalingsvoorwaarden: .....art. 174bis**

**HOOFDSTUK VI. - Beëdiging: .....art. 175**

**TITEL VIII. - Gemeenschappelijke bepalingen ter zake van het Instituut,  
van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de Kas  
der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der  
Belgische spoorwegen**

**HOOFDSTUK I. – Personeel ..... art.176**

**HOOFDSTUK II. - De controleorganen .....art. 188**

## **TITEL IX.- Financiering**

### **HOOFDSTUK I. - Verzekeringsinkomsten en hun verdeling**

Afdeling I. - Verzekeringsinkomsten .....	art. 191
Afdeling II. - Verdeling van de inkomsten van de uitkeringsverzekering en andere financiële bepalingen, eigen aan deze verzekering .....	art. 193
Afdeling III. - Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen .....	art. 194
Afdeling IV. - Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, verdeling van de inkomsten van de verzekering geneeskundige verzorging en andere financiële bepalingen, eigen aan deze verzekering .....	art. 196
Afdeling IVbis. - Diverse bepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering en inzonderheid inzake voorschotten .....	art. 202
Afdeling V. - Bijzondere bepalingen .....	art. 204

### **HOOFDSTUK II. - Administratieve bepalingen .....**

art. 205

### **HOOFDSTUK III. - Invordering van verschuldigde bedragen .....**

art. 206-b

## **TITEL X.- Slotbepalingen .....**

art. 207

## **TITEL XI. - Overgangsbepalingen .....**

art. 215

## **TITEL XII. - Openbaarmaking .....**

art. 218

**WET BETREFFENDE DE VERPLICHTE VERZEKERING VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN GECOÖRDINEERD OP 14  
JULI 1994**

**TITEL I  
ALGEMENE BEPALINGEN**

**Art. 1.**

Deze gecoördineerde wet stelt een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in; ze organiseert die in twee onderscheiden takken die betrekking hebben, de ene op de geneeskundige verstrekkingen, de andere op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, op de uitkering voor begrafenis kosten en op de moederschapsverzekering. Zij stelt tevens een regeling in voor de vergoeding van de medische ongevallen die het gevolg zijn van gezondheidszorg, en organiseert die in een aparte tak die betrekking heeft op de vergoeding van de medische ongevallen.

**Art. 2.**

In deze gecoördineerde wet wordt verstaan:

- a) onder “Instituut”, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bedoeld in artikel 10;
- b) onder “de Minister”, de Minister die de Sociale zaken onder zijn bevoegdheid heeft;
- c) onder “Algemeen comité”, het Algemeen beheerscomité van het Instituut;
- d) onder “Algemene raad”, de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging;
- e) onder “Verzekeringscomité”, het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging;
- f) onder “Bijzondere diensten” de Diensten voor geneeskundige verzorging, voor uitkeringen, voor geneeskundige evaluatie en controle, voor administratieve controle en van het Fonds voor de Medische Ongevallen;
- g) onder “ziekenfonds”, een ziekenfonds zoals bepaald in artikel 2, § 1, van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen;
- h) onder “landsbond”, een landsbond zoals bepaald in artikel 6 van voornoemde wet van 6 augustus 1990;
- i) onder “verzekeringsinstelling”, een landsbond, de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen;

- j) onder “rechthebbende”, iedere persoon die aanspraak kan maken op de in deze gecoördineerde wet vastgestelde prestaties;
- k) onder “gerechtigde” op geneeskundige verstrekkingen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16°, 20°, 21° en 22°; onder “gerechtigde” op uitkeringen, de rechthebbenden als bedoeld in artikel 86, § 1;
- l) onder “beoefenaar van de geneeskunst”, de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen;
- m) onder “paramedisch medewerker”, de logopedisten, de orthoptisten, de diëtisten, de podologen, de verstrekkers van prothesen en toestellen, de verstrekkers van implantaten, de licentiaten in de wetenschappen, die gemachtigd zijn om verstrekkingen te verlenen als bedoeld in deze gecoördineerde wet;
- n) onder “zorgverlener”, de beoefenaars van de geneeskunst, de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers, de verplegingsinrichtingen, de inrichtingen voor revalidatie en herscholing en de andere diensten en instellingen;

Worden voor de toepassing van de artikelen 73bis en 142 gelijkgesteld met zorgverleners, de natuurlijke of rechtspersonen die hen tewerkstellen die de zorgverlening organiseren of die de inning van de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verschuldigde bedragen organiseren

- o) onder “globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling”, de som van alle partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen en van alle globale begrotingen, waarin is voorzien voor alle in artikel 34 vermelde geneeskundige verstrekkingen samen;
- p) onder “partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling” voor de in artikel 34 vermelde geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, het vooropgestelde jaarlijks bedrag van de uitgaven dat de verschillende overeenkomsten- en akkoordcommissies niet mogen overschrijden;
- q) onder “globale begroting van de financiële middelen” voor een bepaald jaar en voor de geneeskundige verstrekkingen of groepen van verstrekkingen vermeld in artikel 34, het totaal uitgavenbedrag waarvoor de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen uitgevoerd in dat jaar of voor de forfaitaire bedragen verschuldigd voor dat jaar en voor die verstrekkingen of groepen van verstrekkingen;
- r) onder « farmaceutische specialiteit », een geneesmiddel waarvoor een vergunning voor het in de handel brengen is verleend hetzij door de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft of zijn afgevaardigde overeenkomstig artikel 6 van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, hetzij door de Europese Commissie overeenkomstig het Gemeenschapsrecht.

**Art. 3.**

Ter toepassing van de bepalingen van deze gecoördineerde wet worden de landsbonden gemachtigd die het waren ter toepassing van het organiek koninklijk besluit van 22 september 1955 van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De landsbonden waarborgen in hun statuten de bij deze wet bedoelde prestaties.

**Art. 4.**

De machtiging van landsbonden die deze gecoördineerde wet of haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen niet naleven kan door de Koning, op advies of voorstel van het Algemeen comité van het Instituut, worden ingetrokken. De betrokken landsbond wordt vooraf in zijn verweermiddelen gehoord door het Algemeen comité van het Instituut.

**Art. 5.**

De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij het Ministerie van Sociale voorzorg ingesteld bij artikel 6 van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de sociale zekerheid der arbeiders, is een openbare instelling en heeft rechtspersoonlijkheid.

De Hulpkas werkt door bemiddeling van gewestelijke diensten die de Koning instelt; de gewestelijke diensten hebben geen van de Hulpkas losstaande rechtspersoonlijkheid.

De Hulpkas wordt beheerd door een Beheerscomité, samengesteld uit een voorzitter en een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werkgevers- en werknemersorganisaties. Alleen de leden zijn stemgerechtigd.

De Koning benoemt de voorzitter.

Hij bepaalt het aantal werkende en plaatsvervangende leden na raadpleging van de hierboven bedoelde organisaties en benoemt de leden op dubbele lijsten, door die organisaties voorgedragen.

De organisatie en de werkingsregelen van de Hulpkas worden door de Koning bepaald in het raam van de regelen vastgesteld bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut en de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor maatschappelijke zekerheid en sociale voorzorg.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister die de Sociale voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft, respectief de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van het Beheerscomité bij.

**Art. 6.**

De “Kas der geneeskundige verzorging” van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen is een openbare instelling die is opgericht bij het Ministerie van Sociale verzorging, rechtspersoonlijkheid heeft en optreedt als verzekeringsinstelling voor de rechthebbenden van de sociale werken van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

Deze Kas wordt beheerd door een Beheerscomité samengesteld uit een voorzitter, tien werkende leden en tien plaatsvervangende leden. De leden worden benoemd door de Koning volgens de bepalingen die gelden voor de aanwijzing van de leden van het Nationaal Paritair Comité van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen. Alleen de leden zijn stemgerechtigd.

De Koning benoemt de voorzitter.

De organisatie en de werkingsregelen van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen worden door de Koning bepaald in het raam van de regelen, vastgesteld bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut en de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor maatschappelijke zekerheid en sociale verzorging.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van respectievelijk de Minister die de Sociale verzorging onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergadering van het Beheerscomité bij.

**Art. 7.**

Het Instituut alsmede de verzekeringsinstellingen zijn gehouden zich tot het Rijksregister van de natuurlijke personen te richten om de informatiegegevens bedoeld bij artikel 3, eerste en tweede lid, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen, te verkrijgen of wanneer ze de juistheid van deze informatiegegevens nagaan.

Het beroep doen op een andere bron is slechts toegestaan in de mate dat de nodige informatiegegevens niet bij het Rijksregister verkregen kunnen worden.

**Art. 8.**

De informatiegegevens bedoeld bij artikel 7, verkregen bij het Rijksregister van de natuurlijke personen en opgetekend op een identificatiefiche en toegevoegd aan het dossier, hebben bewijskracht tot bewijs van het tegendeel.

De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels volgens welke deze informatiegegevens bewaard moeten worden opdat hun bewijskracht naar herkomst en datum zou vaststaan.

Wanneer het bewijs van het tegendeel, bedoeld in het eerste lid, aanvaard wordt door de betrokken instelling, deelt deze de inhoud van het aldus aanvaarde informatiegegeven, als inlichting, mee aan het Rijksregister van de natuurlijke personen en voegt er de bewijsstukken bij.

**Art. 9.**

In alle gevallen waarin deze gecoördineerde wet, de uitvoeringsbesluiten ervan of de verordeningen bedoeld in de artikelen 22, 11° en 80, 5°, voorzien in het toezenden van stukken of het doen van betalingen op de hoofdverblijfplaats, moet gebruik worden gemaakt van het informatiegegeven betreffende de hoofdverblijfplaats bedoeld bij artikel 3, eerste lid, 5°, van de wet van 8 augustus 1983 tot regeling van een Rijksregister van de natuurlijke personen.

Van deze verplichting kan evenwel afgeweken worden op schriftelijk verzoek van de betrokkene.

**Art. 9bis.**

De Koning kan de voorwaarden bepalen waaronder bewijskracht tot bewijs van het tegendeel kan worden verleend aan de in het raam van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten vereiste gegevens die door zorgverleners, verzekeringsinstellingen, het Nationaal intermutualistisch college of het Instituut door middel van fotografische, optische, elektronische, magnetische of elke andere techniek worden opgeslagen, verwerkt of meegedeeld, alsmede aan de weergave van dergelijke gegevens op een papieren of andere leesbare informatiedrager.

Het vorige lid is eveneens van toepassing op gegevens die door andere dan in dat lid bedoelde natuurlijke of rechtspersonen worden bijgehouden of overgemaakt met toepassing van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten.

De Koning bepaalt de voorwaarden, vermeld in het eerste lid, op advies van het Algemeen beheerscomité, na voorstel van de in artikel 161, § 1 bedoelde Technische commissie, van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en van het sectoraal comité van de sociale zekerheid en van de gezondheid. Daarenboven is het advies vereist van het Verzekeringscomité of van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen wanneer deze voorwaarden respectievelijk gegevens betreffen met betrekking tot de verzekering voor geneeskundige verzorging of de uitkerings- en moederschapsverzekering.

Wanneer het om facturatiegegevens gaat van zorgverleners of instellingen is het bedrag ten laste van de verzekeringsinstelling enkel maar verschuldigd op voorwaarde dat deze gegevens overgemaakt volgens de hierboven door de Koning bepaalde voorwaarden, volledig overeenstemmen met de facturatiegegevens die op basis van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten eventueel moeten worden overgezonden aan een rechthebbende. De Koning bepaalt de toepassingsmodaliteiten van dit lid.

De Koning kan de bepalingen van deze wet aanpassen teneinde de verwijzing naar welbepaalde informatiedragers te verruimen tot andere informatiedragers of te vervangen door een verwijzing naar andere informatiedragers.

**Art. 9ter.**

Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 165, zevende en tiende lid, en in overeenstemming met de procedures van overleg die worden voorzien in deze wet, kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de vergoeding van sommige geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, ondergeschikt maken aan de voorwaarde van registratie van de vastgestelde gegevens betreffende die verstrekkingen.

Deze registratie beoogt een snellere en meer efficiënte verstrekking van zorgen aan de rechthebbenden, de controle van de kwaliteit en van de kosten van de verstrekte zorgen of het wetenschappelijk onderzoek.



## **TITEL II**

### **RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

#### **Art. 10.**

Bij het Ministerie van Sociale voorzorg is er een Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. Het Instituut is een openbare instelling en heeft rechtspersoonlijkheid. Onverminderd artikel 213, § 1, is het Instituut onderworpen aan de regelen welke de wet van 16 maart 1954 op de controle van sommige instellingen van openbaar nut vaststelt voor de in artikel 1, D, van die wet bedoelde instellingen.

#### **Art. 11.**

Het in artikel 12 omschreven beheer van het Instituut wordt waargenomen door een Algemeen beheerscomité dat samengesteld is uit een gelijk aantal:

- a) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen;
- b) vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties;
- c) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen.

De Koning stelt het aantal werkende en plaatsvervangende leden vast en benoemt ze. Hij benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters. Hij bepaalt de werkingsregelen van het Algemeen comité.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van respectievelijk de Minister die de Sociale voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de begroting onder zijn bevoegdheid heeft, en een afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft wonen de vergaderingen van het Algemeen comité bij.

De afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, heeft dezelfde bevoegdheden als de regeringscommissarissen.

## **Art. 12.**

Het Algemeen comité:

- 1° waakt over de eenvormige toepassing van het statuut op alle personeelsleden;
- 2° stelt de Minister de wijzigingen voor in de personeelsformatie;
- 3° doet onder de in het statuut gestelde voorwaarden uitspraak over de aanwerving, de benoeming, de dienstaanwijzing, de bevordering, het ontslag en de afzetting van het personeel, alsmede over de tuchtstraffen die het moeten worden opgelegd, onverminderd artikel 185, § 2;
- 3° bis wijst de bevoegde hiërarchische meerderen aan die de voorlopige voorstellen inzake tuchtstraffen formuleren;
- 4° verenigt in één document de begroting van de Algemene diensten en van de Bijzondere diensten van het Instituut en zendt het over aan de Minister;
- 5° maakt een gemeenschappelijke rekening op van de Algemene diensten en van de Bijzondere diensten van het Instituut en zendt deze over aan de Minister;
- 6° stelt de rekening vast en maakt de begroting op van de administratiekosten van het Instituut;
- 7° wijst de in artikel 191, eerste lid, 1°, 1°bis, a), 6° tot 9° en 12° tot 21°, en 23° bedoelde inkomsten onder de in of krachtens deze gecoördineerde wet gestelde voorwaarden toe aan de tak geneeskundige verzorging en aan de tak uitkeringen en aan de tak invaliditeitspensioenen als bedoeld in artikel 2, § 3bis, van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers;
- 8° stelt de richtlijnen vast met het oog op de organisatie van de administratieve controle;
- 9° beslist over de adviezen en de voorstellen van de Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle en maakt deze in voorkomend geval over aan de minister
- 10° beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.  
  
In geval van dringende noodzakelijkheid kan de Administrateur-generaal beslissen over de rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Algemeen comité voorgelegd. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;
- 11° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.

**Art. 13.**

Het dagelijks beheer van het Instituut wordt onder het gezag van het Algemeen comité en de beheersorganen van de bijzondere diensten uitgeoefend door de Administrateur-generaal, bijgestaan door de Adjunct-administrateur-generaal. Zij worden terzijde gestaan door een Directiecomité samengesteld uit de ambtenaren bedoeld in artikel 177, tweede lid, voor de leiding van de in titels III, IV, VIbis en VII voorziene bijzondere diensten.

**TITEL III**  
**VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING**

**HOOFDSTUK I**  
**ORGANEN**

**Afdeling I**  
**Dienst voor geneeskundige verzorging**

**Art. 14.**

Bij het Instituut wordt een Dienst voor geneeskundige verzorging ingesteld die belast is met de administratie van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Afdeling II**  
**Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging**

**Art. 15.**

De Dienst voor geneeskundige verzorging wordt beheerd door een Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging die samengesteld is uit:

- a) vijf leden die de overheid vertegenwoordigen en door de Minister worden voorgedragen.  
Drie van die leden worden voorgedragen met instemming van respectievelijk de Minister die de Middenstand onder zijn bevoegdheid heeft, de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft;
- b) vijf leden die de representatieve werkgeversorganisaties en representatieve organisaties van de zelfstandigen vertegenwoordigen;
- c) vijf leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;
- d) vijf leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- e) acht leden die de zorgverleners vertegenwoordigen van wie ten minste twee vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen en ten minste twee vertegenwoordigers van de geneesheren.

De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen en de werkingsregels van de Algemene raad. Hij benoemt de leden, de voorzitter en de twee ondervoorzitters. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen.

De voorzitter en de leden bedoeld in het eerste lid, a), b), c) en d), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, e), hebben raadgevende stem.

## Art. 16.

### § 1. De Algemene raad:

- 1° bepaalt de algemene beleidslijnen, stelt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vast en legt, na advies van het Verzekeringscomité, de globale budgetten van de financiële middelen, bedoeld in artikel 69, § 4 en § 5 ter goedkeuring aan de Minister voor;
- 2° waakt over het financieel evenwicht van de verzekering voor geneeskundige verzorging, onder meer op basis van de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole, zoals bepaald in artikel 18;
- 3° maakt de begroting van de verzekering voor geneeskundige verzorging op;
- 4° stelt de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast;
- 5° stelt de bedragen vast die worden toegewezen aan het Bijzonder Solidariteitsfonds.<sup>1</sup>  
~~5° beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.~~

In geval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging beslissen over de rechtsvordering.

Die vordering wordt ter goedkeuring aan de Algemene raad voorgelegd. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

- 6° onderzoekt het jaarverslag dat, voor wat de verplichte ziekteverzekering betreft, wordt opgesteld door de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, alsook de verslagen die hem door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Dienst voor administratieve controle worden bezorgd ter uitvoering van de artikelen 141, § 1, 14° en 161, § 2, 3° en brengt binnen de door de Koning vastgestelde termijnen aan de Minister verslag uit over de maatregelen die hij besloten heeft te nemen of die hij voorstelt;
- 7° beslist, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, of de overeenkomsten en akkoorden die ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd, in overeenstemming zijn met de begroting;
- 8° *opgeheven bij: Wet 20-12-95 - B.S. 23-12.*
- 9° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor.

---

<sup>1</sup> Treedt in werking vanaf 27 februari 2014

10° houdt, na goedkeuring voor alle sectoren, de inventaris bij van de financiële weerslagen bedoeld in artikel 51, § 7, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en deelt om de drie maanden de wijzigingen er van mee aan de Commissie voor begrotingscontrole, het Verzekeringscomité en de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie;

11° (Opgeheven door Wet 10/12/2009 – BS 31/12/2009)<sup>2</sup>

12° beslist, in het geval dat de Commissie voor begrotingscontrole een voorstel doet zoals bedoeld in artikel 51, § 5, over de opportuniteit om correctiemaatregelen te nemen en de mate waarin deze dienen genomen te worden.

13° stelt, ter uitvoering van artikel 202, § 2, de voorlopige uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast.

14° bepaalt de inhoud van de uitgavenstaten van de verzekering voor geneeskundige verzorging die het Instituut toelaten om de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging af te sluiten.

15°<sup>3</sup> kan dadingen aangaan in de zin van artikel 2044 van het Burgerlijk Wetboek om aan de geschillen hangende voor de hoven en rechtbanken van de rechterlijke orde, die voortvloeien uit de toepassing van de artikelen 59 tot 61 en van artikel 22 van de wet van 26 juni 1992 houdende sociale en diverse bepalingen, een einde te maken, voor zover een vordering tegen de notificatie beoogd in artikel 61, § 7, tweede lid, en § 16, tweede lid, werd ingesteld binnen de door artikel 167 op straffe van verval voorgeschreven termijn.

In het kader van elk van deze dadingen kan hij verzaken aan 35 % van het bedrag van de *ristorno's*, zoals aangerekend in de betekening waarvan sprake in het vorige lid voor de periode 1989-1992; onverminderd hetgeen voorzien is in het volgende lid, kan hij ook verzaken aan de *verwijlintresten*, zoals beoogd in artikel 61, § 6, derde lid, § 7, vierde lid, § 15, derde lid, en § 16, vierde lid.

Elke dading is onderworpen aan de voorafgaande betaling van minstens 65 % van het bedrag van de *ristorno's*, zoals aangerekend in de betekening beoogd in het eerste lid, vermeerderd met de *verwijlintresten*, zoals bedoeld in artikel 61, § 7, vierde lid, en § 16, vierde lid, berekend op het verschil tussen 65 % van het bedrag van de *ristorno* en de reeds betaalde voorschotten tegen de wettelijke rentevoet vastgelegd in artikel 2 van de wet van 5 mei 1865 betreffende de lening tegen intrest, en dit vanaf 1 januari 2000.

Zij zal de onherroepelijke verbintenis van het laboratorium of zijn rechthebbende bevatten om binnen de maand na het afsluiten van de dading een akte van afstand van rechtsvordering neer te leggen in alle procedures die het laboratorium in het kader van de in het eerste lid bedoelde reglementering heeft ingeleid tegen het Instituut.

Ingeval deze dading een terugbetaling door het Instituut veronderstelt, zal deze verdeeld worden over de begrotingsjaren 2009 en 2010.

---

<sup>2</sup> Deze wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 april 2009.

<sup>3</sup> Artikel 16, § 1, 15°, zoals hersteld bij artikel 8 van de Programmawet van 17 juni 2009, treedt buiten werking drie maanden na de inwerkingtreding van deze wet, dus op 06/10/2009.

§ 2. De Algemene raad zendt jaarlijks aan de Regering een omstandig rapport over de eenvormige toepassing van de wetgeving in heel het land. Dit rapport omvat een evaluatie van de eventuele ongerechtvaardigde verschillen en voorstellen tot wegwerking ervan.

§ 3. Voor de bevoegdheden welke in § 1, 1°, 3°, 4°, 5<sup>oi</sup> en 7°, worden gedefinieerd, worden de voorstellen slechts goedgekeurd indien zij de meerderheid van de stemmen halen van de stemgerechtigde leden van de Algemene raad, met inbegrip van de stemmen van alle leden van de groep bedoeld in artikel 15, eerste lid, a).

**Afdeling III**  
**Commissie voor begrotingscontrole**

**Art. 17.**

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wordt een Commissie voor begrotingscontrole ingesteld.

Die Commissie is samengesteld uit:

- 1° twee werkende en twee plaatsvervangende leden die de representatieve organisaties van de werkgevers en van de zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 2° twee werkende en twee plaatsvervangende leden die de representatieve werknemersorganisaties vertegenwoordigen;
- 3° drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 4° drie werkende en drie plaatsvervangende leden die de zorgverleners vertegenwoordigen;
- 5° vier werkende en vier plaatsvervangende leden die door de Minister worden voorgedragen wegens hun bevoegdheid inzake begrotings- en financiële aangelegenheden betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging, van wie één lid wordt voorgedragen met instemming van de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft;
- 6° de begrotings- en financieel adviseur, bedoeld in artikel 190, voor zover hij is aangewezen door de Minister die de Sociale verzorging onder zijn bevoegdheid heeft en door de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft;
- 7° de voorzitter van de afdeling financiering van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen bedoeld in artikel 32, 2°, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, als werkend lid en een lid van dezelfde raad als plaatsvervangend lid.

Alle leden zijn stemgerechtigd.



De Koning benoemt de onder de punten 1° tot 4° bedoelde leden van de Commissie voor begrotingscontrole op voorstel van de Algemene raad. Hij benoemt de onder 5° bedoelde leden op voordracht van de Minister. De Koning benoemt de onder het tweede lid, 7°, bedoelde leden na advies van de Nationale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen. Het voorzitterschap van de Commissie wordt waargenomen door de in het tweede lid, 6° bedoelde begrotings- en financieel adviseur. Indien geen begrotings- en financieel adviseur is aangewezen, wordt het voorzitterschap uitgeoefend volgens de door de Koning te bepalen regels.

De Commissie kan een beroep doen op deskundigen en op vertegenwoordigers van de commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten of de akkoorden.

De Koning bepaalt de werkingsregelen van de Commissie, alsmede de duur van het mandaat van de leden ervan.

### **Art. 18.**

Op basis van de verslagen van de permanente audit bedoeld in artikel 51, § 4 stelt de Commissie voor Begrotingscontrole aan het Verzekeringscomité, aan de Algemene Raad en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting, uiterlijk op 15 september van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar, besparingsmaatregelen voor die in sommige sectoren moeten worden toegepast, teneinde de globale begrotingsdoelstelling vast te stellen met naleving van de groeicnorm en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid. Zij deelt deze besparingsmaatregelen eveneens mee aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Minister van Sociale Zaken evenals de Algemene Raad kunnen, al dan niet op voorstel van de Commissie voor begrotingscontrole, op elk ogenblik besparingsmaatregelen voorstellen die met het oog op de naleving van de partiële begrotingsdoelstellingen in sommige sectoren moeten worden toegepast. De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies formuleren binnen een termijn van dertig dagen vanaf de kennisgeving van de voornoemde maatregelen hun opmerkingen en maken deze, naargelang het geval, over aan de Minister van Sociale Zaken of aan de Algemene Raad.

De Commissie brengt verder om het kwartaal aan de Algemene raad, aan het Verzekeringscomité, aan de commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten of akkoorden en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting, verslag uit over het beheer van de sector verzekering voor geneeskundige verzorging en over de ontvangsten en uitgaven ervan, in het bijzonder over de vooruitzichten terzake en de verschillende aspecten van de evolutie ervan.

De Commissie brengt met name aan de Algemene raad, aan het Verzekeringscomité, aan de commissies belast met het sluiten van de overeenkomsten of de akkoorden en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting, verslag uit over de uitgaven die voortvloeien uit de in Titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II bedoelde overeenkomsten en akkoorden en uit de wijzigingen die worden voorgesteld in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in de artikelen 23, § 2, en 35, § 1. Ze oefent de specifieke bevoegdheden uit die haar worden toegekend door artikel 51.

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. Hiertoe stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging om de drie maanden twee overzichtsnota's op, waarvan in de eerste de wijzigingen aan de in artikel 35, § 2ter, bedoelde lijst zijn opgenomen en in de tweede de wijzigingen aan de in artikel 35bis bedoelde lijst zijn opgenomen.

De Commissie brengt tenslotte advies uit over alle overige aangelegenheden waarover de Algemene raad haar budgettair advies inwint.

De Commissie heeft in het raam van haar opdracht de meest uitgebreide onderzoeksbevoegdheden, zonder evenwel toegang te hebben tot de individuele gegevens. Ze onderzoekt de verrichtingen die een financiële weerslag of een weerslag op de begroting hebben, krijgt inzage van alle dossiers en archieven en ontvangt van de diensten van het Instituut alle inlichtingen die ze vraagt. Ze mag sommige van haar leden afvaardigen naar de vergaderingen van de raden, comités, commissies en andere bij de diensten van het Instituut ingestelde organen waarvan de activiteiten een weerslag hebben op de verzekering voor geneeskundige verzorging.

## **Afdeling IV**

### **De Wetenschappelijke raad**

#### **Art. 19.**

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Wetenschappelijke raad ingesteld die belast is met het onderzoek van elk wetenschappelijk aspect in verband met de verzekering voor geneeskundige verzorging en de kwaliteit van de zorgverlening. Hij doet alle aanbevelingen die de wetenschappelijke vooruitgang onder de beste voorwaarden inzake doelmatigheid, economie en kwaliteit binnen het bereik van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging kunnen brengen. De Wetenschappelijke raad bestaat uit verschillende afdelingen, waarvan de Koning op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk de Sociale Zaken en de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, de specifieke opdrachten nader bepaalt. Er worden met name afdelingen opgericht betreffende de planning van de medische activiteit, medische technologie evaluatie, de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen en voor de evaluatie van het voorschrijfgedrag.

In voorkomend geval kunnen op eigen initiatief of op verzoek van de ministers, diverse afdelingen samen beraadslagen. De Koning kan desgevallend meerdere afdelingen samenvoegen.

Bij de voornoemde Wetenschappelijke Raad wordt een observatorium voor de chronische ziekten opgericht, dat is samengesteld uit een wetenschappelijke afdeling en een raadgevende afdeling. De wetenschappelijke afdeling heeft als opdracht de tenlasteneming van geneeskundige verzorging verleend aan patiënten met een chronische ziekte te omschrijven. De raadgevende afdeling heeft als opdracht de behoeften van deze patiënten te evalueren. De Koning bepaalt de nadere regels van de organisatie van de activiteiten van het voormelde observatorium alsook de gevallen waarin de twee afdelingen gezamenlijk beraadslagen.

De adviezen en aanbevelingen van de afdelingen van de Wetenschappelijke raad worden uitgebracht, hetzij op zijn initiatief, hetzij op vraag van de Ministers die respectievelijk de Sociale Zaken en de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, hetzij op vraag van de Gewest- of Gemeenschapsministers bevoegd voor Volksgezondheid, de Algemene raad of het Verzekeringscomité.

Het observatorium voor de chronische ziekten dient bij de federale Wetgevende Kamers tweejaarlijks een verslag in over de wijze waarop het de in het tweede lid bedoelde opdrachten vervult. Voor het opstellen van dit verslag beraadslagen de wetenschappelijke afdeling en de raadgevende afdeling gezamenlijk.

#### **Art. 20.**

De Koning benoemt, op voordracht van de Ministers die respectievelijk de Sociale Zaken en de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, de Voorzitters en de leden van de verschillende afdelingen van de Wetenschappelijke raad. Hij bepaalt op dezelfde wijze de werkingsregelen van deze afdelingen. De Koning benoemt volgens dezelfde procedure de voorzitters en de leden van het observatorium voor de chronische ziekten en waakt hierbij over een paritaire vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van verenigingen voor hulp aan chronisch zieken. Hij bepaalt eveneens op dezelfde wijze de werkingsregels van dit observatorium.

**Afdeling V**  
**Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging**

**Art. 21.**

§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging ingesteld, dat samengesteld is uit:

- a) vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste één vertegenwoordiger;
- b) vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de geneesheren en van de tandheekkundigen;
- c) vertegenwoordigers van de officina-apothekers, de ziekenhuisapothekers en de apothekers-biologen;
- d) vertegenwoordigers van de beheerders van de verplegingsinrichtingen, van de diensten en instellingen vermeld in artikel 34, 11°, 12°, 13° en 18° en van de inrichtingen voor revalidatie en herscholing;
- e) vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers;
- f) vertegenwoordigers van de representatieve werkgeversorganisaties, vertegenwoordigers van de representatieve werknemersorganisaties en vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de zelfstandigen.

Het aantal in het eerste lid onder b) tot e) vermelde leden is in totaal gelijk aan het aantal onder a) vermelde leden.

De leden bedoeld in het eerste lid, a) tot e), zijn stemgerechtigd. De leden bedoeld in het eerste lid, f), hebben raadgevende stem.

Ingeval er geen akkoord is aangaande de beslissingen die betrekking hebben op de medische honoraria, kunnen de leden die de representatieve organisaties van de geneesheren vertegenwoordigen, een schorsing van de ter zake gevoerde beraadslaging in het Verzekeringscomité vragen gedurende maximaal tien dagen om hen in staat te stellen hun verzet te motiveren. Deze termijn is niet verlengbaar.

Drie Regeringscommissarissen, die de Koning benoemt, op voordracht van de Minister die Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, respectievelijk de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, en een afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft wonen de vergaderingen van dit Comité bij. De afgevaardigde van de minister die het sociaal statuut van de zelfstandigen onder zijn bevoegdheid heeft, heeft dezelfde bevoegdheden als de regeringscommissarissen.

Een vertegenwoordiger van de Controledienst, bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, woont de vergadering van het Comité bij met raadgevende stem.

**§ 2.** De Koning bepaalt de wijze waarop de leden van het Verzekeringscomité worden voorgedragen, het aantal werkende leden en plaatsvervangers, alsmede de werkingsregels ervan. Hij benoemt de voorzitter en de twee ondervoorzitters alsmede de leden van het Verzekeringscomité.

Bij het benoemen van de leden wordt erop toegezien dat de vertegenwoordiging van eventuele minderheden verzekerd is.

## **Art. 22.**

Het Verzekeringscomité:

- 1° doet in het kader van de bepalingen van artikel 39 een voorstel voor de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- en akkoordencommissies en zendt aan de Algemene raad zijn voorstellen over teneinde een evenwichtige verdeling van de uitgaven tussen de verschillende sectoren van de verzekering voor geneeskundige verzorging tot stand te brengen;
- 2° stelt aan het Algemeen comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging voor;
- 3° keurt de overeenkomsten en de akkoorden goed, rekening houdend met de beslissing van de Algemene raad aangaande hun overeenstemming met de begroting, genomen onder de voorwaarden bedoeld in artikel 16, § 1, 7° en onverminderd de mogelijkheid voor de Minister om er binnen de vijftien werkdagen vanaf de kennisgeving van de beslissing door de Voorzitter van het Verzekeringscomité verzet tegen aan te tekenen. In geval van verzet door de Minister, oefent deze laatste de bevoegdheden uit van het Verzekeringscomité, bedoeld in artikel 51, § 1, vierde lid;
- 4° beslist over het doorsturen aan de Minister van de voorstellen tot wijziging van de in 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.

Het Verzekeringscomité neemt zijn beslissing na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, uitgebracht uiterlijk binnen de maand na het gelijktijdig doorsturen aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole van de betrokken nomenclatuurwijzigingen. Bij ontstentenis van een advies binnen de voornoemde termijn van een maand, wordt het advies geacht gegeven te zijn. Het Verzekeringscomité kan de vorenbedoelde voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur aanpassen, vooraleer ze door te sturen aan de minister, indien alle aanwezige stemgerechtigde leden van het Verzekeringscomité hun akkoord betuigen met deze aanpassing.

*Derde lid opgeheven bij: Wet 10-8-01 – B.S. 1-9 - ed. 2*

- 4°bis. stelt de interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vast op basis van de voorstellen bedoeld in artikel 27, derde lid, en artikel 29bis, 3° en stelt de datum van inwerkingtreding ervan vast. Deze interpretatieregels worden bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad;
- 5° bezorgt de overeenkomsten- en akkoordencommissies, indien correctiemaatregelen ontoereikend zijn, alle voorstellen betreffende de bijkomende correctiemaatregelen die moeten worden uitgevoerd;

6° sluit, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs of van de betrokken overeenkomsten- en akkoordencommissies, met de revalidatie en herscholingsinrichtingen, met de gecoördineerde multidisciplinaire zorgcentra, met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 170, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en de huisartsenkringen, erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de in artikel 23, § 3 bedoelde overeenkomsten;<sup>4</sup>

6°bis. sluit, op voorstel van de betrokken overeenkomsten- en akkoordencommissie en na advies binnen de twee maanden van de bevoegde technische raad, met de verplegingsinrichtingen of de andere zorgverleners overeenkomsten betreffende de verstrekkingen bedoeld in artikel 34.

Deze overeenkomsten leggen de vergoeding en de kwantitatieve en de kwalitatieve uitvoeringsvoorwaarden vast met betrekking tot de toepassing van de bestaande of nog in te voeren innoverende en nieuwe technieken en met betrekking tot complexe, multidisciplinaire en/of dure verstrekkingen, op advies van de Wetenschappelijke raad van het RIZIV, op voorwaarde dat geen afbreuk wordt gedaan aan de erkennings- en programmatienormen.

De ontwerpen van overeenkomsten worden eveneens meegedeeld aan de in artikel 17, tweede lid, 6° bedoelde begrotings- en financieel adviseur;

6°ter sluit op voorstel van het College van geneesheren-directeurs met de multidisciplinaire begeleidingsequipes bedoeld in artikel 34, 21°, de in artikel 23, § 3bis bedoelde overeenkomsten;

*7° opgeheven bij: wet 24-12-99 - B.S. 31-12 - ed. 3;*

8° spreekt de in artikel 127, § 8, bedoelde straffen uit volgens de door de Koning vastgestelde procedure;

9° maakt de teksten van de overeenkomsten op onder de in artikel 49 gestelde voorwaarden;

10° sluit de in artikel 56 bedoelde overeenkomsten;

11° werkt de in deze gecoördineerde wet bedoelde verordeningen uit, onder meer betreffende de voorwaarden voor het verkrijgen van recht op de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en stelt de voorwaarden vast waaronder de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen worden vergoed;

---

<sup>4</sup> Deze wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 april 2009.



- 12° wijst de in artikel 192 bedoelde inkomsten die hem zijn toegekend, toe aan de verzekeringsinstellingen, rekening houdend met de bepalingen van artikel 197, § 1, tweede lid;
- 13° bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging indienen en verantwoorden;
- 14° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor;
- 15° sluit overeenkomsten met de referentielaboratoria die specifieke verstrekkingen met betrekking tot het verworven immunodeficiëntiesyndroom uitvoeren en daartoe door de Minister tot wiens bevoegdheid Volksgezondheid behoort, erkend zijn op grond van criteria die door de Koning worden vastgesteld; deze criteria zijn van technische aard en hebben betrekking op programmatie en kwaliteitscontrole. In de overeenkomsten wordt voorzien in een forfaitaire tenlasteneming van de geneeskundige verstrekkingen welke die laboratoria in het raam van hun specifieke opdracht verrichten. De met die bepaling gemoeide uitgaven worden aangerekend op de begroting van de administratiekosten van het Instituut en worden volledig door de tak geneeskundige verzorging ten laste genomen;
- 16° sluit overeenkomsten met de laboratoria voor klinische biologie waaraan, wegens hun exclusieve rol als referentiecentra bij de diagnose en de behandeling van tropische en infectieuze aandoeningen en wegens de specificiteit van de verstrekkingen inzake klinische biologie die ze verrichten, een bijzondere erkenning wordt verleend door de Minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort, op grond van criteria die door de Koning worden vastgesteld; die criteria hebben betrekking op voorwaarden van technische aard, inzake programmatie en inzake kwaliteitscontrole.
- 17° sluit overeenkomsten af met de laboratoria voor klinische biologie die werden erkend op basis van door de Koning vastgestelde criteria als referentiecentra voor de prestaties van microbiologie of moleculaire biologie die Hij aanduidt, voor zover deze verstrekkingen niet worden vergoed via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 35, § 1. De voormelde door de Koning, criteria zijn van technische of wetenschappelijke aard, of hebben betrekking op de programmatie.
- 18° sluit overeenkomsten af met de centra voor menselijke erfelijkheid, erkend in uitvoering van artikel 58 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, voor verstrekkingen die uitgesloten worden van tegemoetkoming via de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen bedoeld door artikel 35, § 1, en die betrekking hebben op erfelijke aandoeningen.

**Afdeling VI**  
**College van geneesheren-directeurs en Raad voor advies inzake revalidatie**

**Art. 23.**

§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een College van geneesheren-directeurs ingesteld, dat tot taak heeft voor elk geval te beslissen of de programma's en verstrekkingen inzake revalidatie en herscholing alsmede de zorgprogramma's verleend door gecoördineerde multidisciplinaire centra ten bate van de rechthebbenden van de verzekering voor de geneeskundige verzorging ten laste worden genomen door de verzekering. Het heeft eveneens de opdracht om, in ieder van de gevallen, te beslissen of de verstrekkingen verricht door de medisch-pediatische centra aan kinderen die getroffen zijn door de chronische ziekte bedoeld in artikel 34, 9°, a), ten laste worden genomen door de verzekering. De Koning bepaalt de voorwaarden en de regels volgens welke die taak eveneens kan worden uitgevoerd door de in artikel 153 bedoelde adviserend geneesheren.

De koning bepaalt de voorwaarden en de regels volgens dewelke de tenlasteneming van de programma's en verstrekkingen inzake revalidatie en herscholing alsmede de zorgprogramma's verleend door gecoördineerde multidisciplinaire centra en de verstrekkingen verricht door medisch-pediatische centra gebeurt zonder beslissing van het college van geneesheren-directeurs of van de adviserend geneesheer.

§ 2. In het geval waarin in § 1 bedoelde verstrekkingen en programma's verstrekkingen omvatten waarin de in deze paragraaf en in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur voorziet, mogen door de tussenkomst van het College van geneesheren-directeurs of van de adviserend geneesheren voor die verstrekkingen geen andere vergoedingsvoorwaarden worden ingevoerd dan die welke in bovengenoemde nomenclatuur zijn bepaald.

Onverminderd de verstrekkingen die gedekt zijn door de in § 3 bedoelde overeenkomsten, stelt de Koning, op advies van het College van geneesheren-directeurs, de nomenclatuur van de in artikel 34, eerste lid, 7°, 7°ter en 7°quater bedoelde revalidatieverstrekkingen vast en wijzigt deze alsmede de toepassingsregelen ervan. Te dien einde wint het College van geneesheren-directeurs advies in van de Raad voor advies inzake revalidatie.

De Koning bepaalt en wijzigt, op advies van het College van geneesheren-directeurs, de lijst van de in artikel 34, 8°, bedoelde herscholingsverstrekkingen, alsmede de toepassingsregelen ervan. Het College maakt zijn advies gelijktijdig over aan de Commissie voor begrotingscontrole en aan het Verzekeringscomité.

§ 3. Het College van geneesheren-directeurs of de betrokken overeenkomsten- en akkoordcommissies, maken met de revalidatie- en herscholingsinrichtingen alsmede met de centra die gecoördineerde multidisciplinaire zorgprogramma's verlenen, de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 170, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en de huisartsenkringen, erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten op en leggen ze daartoe voor aan het Verzekeringscomité. De ontwerpen van de revalidatie-overeenkomsten, de ontwerpen van de overeenkomsten met de gecoördineerde multidisciplinaire zorgcentra, de ontwerpen van de overeenkomsten met de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en de huisartsenkringen worden eveneens meegedeeld aan de Commissie voor Begrotingscontrole. De Commissie deelt aan het Verzekeringscomité haar advies mee.<sup>5</sup>

§ 3bis Het College van geneesheren-directeurs maakt met de multidisciplinaire begeleidingsequipes voor palliatieve verzorging bedoeld in artikel 34, 21°, ontwerpen van met hen te sluiten overeenkomsten op en legt ze daartoe voor aan het Verzekeringscomité. De ontwerpen van deze overeenkomsten worden eveneens meegedeeld 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.

§ 4. *Eerste lid opgeheven bij: Wet 24-12-99 - B.S. 31-12 - ed. 3.*

Het College bezorgt het Verzekeringscomité ook alle adviezen betreffende de vaststelling en het toezicht op de naleving van de normen van goede medische praktijk zoals bedoeld in artikel 66.

Het bezorgt bovendien aan het Verzekeringscomité en aan voornoemde begrotings- en financieel adviseur alle adviezen betreffende de toepassing en de interpretatie van voornoemde nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, na ze te hebben meegedeeld aan de Raad voor advies inzake revalidatie. Indien deze Raad binnen dertig dagen na ontvangst van het advies geen opmerkingen heeft gemaakt, wordt hij geacht ermee in te stemmen. Bij de adviezen die aan de begrotings- en financieel adviseur worden bezorgd, wordt een door het College van geneesheren-directeurs opgemaakt verslag gevoegd aan de hand waarvan de financiële weerslag van die adviezen kan worden geëvalueerd.

§ 5. De samenstelling en de werkingsregelen van het College van geneesheren-directeurs worden door de Koning bepaald. Het college wordt voorgezeten door een geneesheer-ambtenaar of door een geneesheer, expert inzake revalidatie en herscholing, die wordt benoemd door de Koning. De Koning stelt de wedde alsmede de vergoeding van de voorzitter vast.

---

<sup>5</sup> Deze wijziging heeft uitwerking met ingang van 1 april 2009.

§ 6. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de beslissingsbevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs uitgeoefend kan worden door één of meerdere geneesheren, lid van het voornoemde College. Deze beslissingsbevoegdheid kan in geen enkel geval exclusief uitgeoefend worden door geneesheren die tewerkgesteld zijn bij de verzekeringsinstelling waarbij de belanghebbende rechthebbende aangesloten of ingeschreven is.

**Art. 24.**

§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Raad voor advies inzake revalidatie ingesteld.

§ 2. De Raad voor advies inzake revalidatie is samengesteld uit:

- 1° een voorzitter;
- 2° twee werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van de mindervaliden;
- 3° vier werkende en vier plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de revalidatiecentra; twee werkende en twee plaatsvervangende leden moeten geneesheren zijn die, volgens de door de Koning vastgestelde regels en voorwaarden, door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend als geneesheer, specialist inzake revalidatie;
- 4° vier werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de medische faculteiten van de Belgische universiteiten;
- 5° twee werkende en twee plaatsvervangende leden die, in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de door de Koning aangewezen beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die revalidatieverstrekingen uitvoeren;
- 6° vier werkende en vier plaatsvervangende leden, geneesheren in de geneeskunde, die in dubbel aantal van dat van de toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen.

De Koning kan de samenstelling van voornoemde Raad op voorstel van die Raad verruimen tot andere beroepen.

§ 3. De Raad voor advies inzake revalidatie heeft tot taak, ten behoeve van het Verzekeringscomité:

- 1° de in artikel 23, § 2, bedoelde adviezen uit te brengen;
- 2° advies uit te brengen op het gebied van de revalidatie-overeenkomsten die voornoemd Comité kan sluiten met de revalidatie-inrichtingen.

Deze adviezen worden geacht te zijn gegeven indien ze niet zijn geformuleerd binnen de termijn van een maand na het verzoek.

§ 4. De Koning bepaalt de werkingsregelen van de Raad voor advies inzake revalidatie, alsmede de duur van het mandaat van de leden ervan.

§ 5. De Koning benoemt de voorzitter en de leden van de Raad voor advies inzake revalidatie.

## Afdeling VII. - Bijzonder solidariteitsfonds

### Onderafdeling I. - Algemeenheden

#### Art. 25.

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt een Bijzonder Solidariteitsfonds opgericht, dat wordt gefinancierd door een voorafname op de in artikel 191 bedoelde inkomsten, waarvan het bedrag **en het deel daarvan dat wordt toegewezen aan de tegemoetkomingen toegekend krachtens artikel 25quater/1, § 2, voor ieder kalenderjaar worden vastgesteld door de Algemene raad ~~voor ieder kalenderjaar wordt vastgesteld door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.~~**<sup>6</sup>

Het College van geneesheren-directeurs beslist binnen de perken van de financiële middelen van dit Fonds **en met naleving van de door de Algemene raad uitgevoerde toewijzing**<sup>7</sup> over de tegemoetkomingen vanuit dit Fonds aan de in artikel 32 bedoelde rechthebbenden.

Het Bijzonder Solidariteitsfonds verleent slechts een tegemoetkoming indien is voldaan aan de in deze afdeling gestelde voorwaarden en indien de rechthebbenden hun rechten hebben doen gelden krachtens de Belgische, buitenlandse of supranationale wetgeving of krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst, **en voor zover ze de gevraagde bedragen effectief verschuldigd zijn**<sup>1</sup>. Het Fonds verleent slechts tegemoetkomingen in de kosten van geneeskundige verstrekkingen waarvoor, in het concrete geval, in geen tegemoetkoming voorzien is krachtens de reglementaire bepalingen van de Belgische verzekering voor geneeskundige verzorging of krachtens de wettelijke bepalingen van een buitenlandse regeling voor verplichte verzekering.

Worden niet ten laste genomen door het Bijzonder Solidariteitsfonds :

- 1° De persoonlijke aandelen bedoeld in de artikelen 37 en 37bis en de supplementen op in toepassing van de reglementering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging vastgelegde prijzen en honoraria;
- 2° De supplementen bedoeld in artikel 97 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en de comfortkosten.

**Als de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen of de bevoegde technische raad reeds een voorstel heeft geformuleerd betreffende de tegemoetkoming die zou kunnen worden toegekend of als de minister een negatieve beslissing heeft genomen, kan het College van geneesheren-directeurs geen tegemoetkoming toekennen die hoger is dan de tegemoetkoming die werd voorgesteld door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, de Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen of de bevoegde technische raad.**

**Om het deel te bepalen van het bedrag dat wordt toegewezen aan de betalingen die voortvloeien uit individuele beslissingen gegrond op in artikel 25quater/1, § 1, bedoelde cohortbeslissingen stelt de Algemene raad, na advies van de in artikel 25octies/1 bedoelde**

<sup>6</sup> Treedt in voege vanaf 27 februari 2014

<sup>7</sup> Treedt in voege vanaf 27 februari 2014

Commissie en van het College van geneesheren-directeurs en na onderzoek van de economische en medische impact, voor 31 oktober van het jaar T-1 een lijst vast van onbeantwoorde medische behoeften die worden weerhouden voor het jaar T.

De aanvragen tot inschrijving op de lijst van onbeantwoorde medische behoeften worden voor 15 mei van het jaar T-1 ingediend door de voor Volksgezondheid bevoegde minister, de voor Sociale Zaken bevoegde minister of een firma. De in artikel 25octies/1 bedoelde Commissie en het College van geneesheren-directeurs kunnen in hun adviezen de inschrijving op de lijst van andere onbeantwoorde medische behoeften voorstellen.

In afwijking van het tweede en het derde lid, worden de tegemoetkomingen die volgen uit een cohortbeslissing toegekend aan de persoon die de terbeschikkingstelling van het geneesmiddel aan de rechthebbende financieel ten laste heeft genomen.<sup>1</sup>

## Onderafdeling II. - Tegemoetkoming voor zorgen verleend in België

### Art. 25bis.

In het kader van de in België verstrekte verzorging kan het College van geneesheren-directeurs tegemoetkomingen verlenen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen in zeldzame indicaties.

Deze verstrekkingen moeten bovendien voldoen aan elk van de volgende voorwaarden :

- a) de verstrekking is duur;
- b) de verstrekking bezit een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid die door de gezaghebbende medische instanties in ruime mate worden erkend en het experimenteel stadium is voorbij;
- c) de verstrekking wordt gebruikt voor de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt;
- d) er bestaat geen alternatief op medisch-sociaal vlak inzake diagnose of therapie in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die **wettelijk** gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in **een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte-België**. Het College van geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een **geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.**

Het feit dat de gevraagde verstrekking niet terugbetaald wordt in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of ten minste niet voor de indicatie die de aanvraag rechtvaardigt, terwijl dit wel het geval zou kunnen zijn voor andere indicaties, vormt op zich geen aanduiding voor het zeldzame karakter ervan.



### **Art. 25ter.**

**§ 1.** Het College van geneesheren-directeurs kan aan rechthebbenden die lijden aan een zeldzame aandoening tegemoetkoming verlenen in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

Deze verstrekking moet voldoen aan elk van de volgende voorwaarden :

- a) de verstrekking is duur;
- b) de verstrekking wordt door de gezaghebbende medische instanties op gemotiveerde wijze aangeduid als de specifieke fysiopathologische aanpak van de zeldzame aandoening;
- c) de verstrekking wordt gebruikt voor de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt;
- d) er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die **wettelijk** gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in **een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte-België**. Het College van geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een **geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.**

In het kader van het Bijzonder Solidariteitsfonds kan er niet worden afgeweken van de beslissingen van het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 8 juli 2004 betreffende de vergoeding van weesgeneesmiddelen.

**§ 2.** Het College van geneesheren-directeurs kan aan rechthebbenden die lijden aan een zeldzame aandoening die een continue en complexe verzorging vereist, een tegemoetkoming verlenen in de kosten ervan.

Een tegemoetkoming in de kostprijs van deze verzorging kan worden verleend, indien wordt voldaan aan elk van de volgende voorwaarden :

- a) de verzorging is in haar totaliteit duur;
- b) de verzorging heeft betrekking op een bedreiging van de vitale functies van betrokkene die een rechtstreeks en specifiek gevolg is van de zeldzame aandoening;
- c) er bestaat geen therapeutisch alternatief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

d) de complexe verzorging worden voorgeschreven in het raam van een behandelingsplan door een geneesheer-specialist gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening en die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte België. Het College van geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.

Het College van geneesheren-directeurs stelt de verstrekkingen vast die voldoen aan bovenbedoelde voorwaarden.

### **Art. 25quater .**

Het College van geneesheren-directeurs kan gedurende een bepaald tijdvak tegemoetkomingen verlenen in de kosten van medische hulpmiddelen en verstrekkingen, met uitzondering van de geneesmiddelen, die innovatieve medische technieken zijn.

Deze medische hulpmiddelen en verstrekkingen moeten voldoen aan elk van de volgende voorwaarden :

- a) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen zijn duur;
- b) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen zijn zeldzaam;
- c) de medische hulpmiddelen en verstrekkingen worden door gezaghebbende medische instanties op gemotiveerde wijze aangeduid als de aangewezen wijze voor het behandelen van een bedreiging van de vitale functies van de rechthebbende en zijn het experimentele stadium voorbij;
- d) de verstrekkingen bezitten na een kosten/baten afweging een belangrijke en aangetoonde meerwaarde;
- e) de verstrekkingen worden voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betreffende aandoening, en die **wettelijk** gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in **een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte-België**. Het College van geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een **geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen**.
- f) bij de bevoegde technische Raad werd een aanvraag ingediend om de medische meerwaarde te evalueren en/of de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de kosten van deze verstrekkingen te verkrijgen.

Op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, legt het Verzekeringscomité de limitatieve lijst aan van medische hulpmiddelen en verstrekkingen, bedoeld in het eerste lid, waarvoor gedurende een beperkt tijdvak van ten hoogste één jaar aldus een tegemoetkoming kan worden verleend. Dat tijdvak kan eenmaal worden vernieuwd en het Comité dient deze beslissing te motiveren.

### **Art. 25quater/1. <sup>i</sup>**

**§ 1.** Het College van Geneesheren-directeurs kan, op voorstel van de in artikel 25octies/1 bedoelde Commissie en volgens de in deze paragraaf vastgestelde voorwaarden, een cohortbeslissing nemen die tegemoetkomingen bepaalt in de kosten van de geneesmiddelen zoals omschreven in artikel 1, § 1, 1), a), en 2), van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

De cohortbeslissing is een principiële beslissing die beperkt is in de tijd en die gebaseerd is op de beschikbare economische en medische gegevens.

De geneesmiddelen die worden beoogd door een cohortbeslissing die inclusiecriteria vaststelt voldoen aan een onbeantwoorde medische behoefte en aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) het geneesmiddel wordt toegediend met het oog op de behandeling van een ernstige ziekte of een ziekte die als levensbedreigend wordt beschouwd;
- b) het geneesmiddel heeft geen enkel therapeutisch alternatief dat aanvaardbaar is op wetenschappelijk vlak en dat ten laste wordt genomen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- c) het geneesmiddel is het voorwerp van een programma voor gebruik in schrijnende gevallen of van een medisch noodprogramma opgezet door de voor Volksgezondheid bevoegde minister of zijn afgevaardigde;
- d) het geneesmiddel voorziet in een onbeantwoorde medische behoefte die is opgenomen op de in artikel 25 bedoelde lijst van onbeantwoorde medische behoeften.

Indien het programma voor gebruik in schrijnende gevallen of het medisch noodprogramma dat tot het nemen van de cohortbeslissing heeft geleid, voor de betrokken indicaties is beëindigd als gevolg van een vergunning voor het in de handel brengen van een geneesmiddel, kan de cohortbeslissing voor de betrokken indicaties verder uitwerking hebben of vernieuwd worden totdat een beslissing over de terugbetaling van de betrokken indicaties wordt genomen.

Het geneesmiddel waarvoor een firma een aanvraag heeft ingediend op basis van deze paragraaf zal niet het voorwerp kunnen uitmaken van een vergunning voor het in de handel brengen volgens een van de in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), bedoelde procedures of van een procedure tot terugbetaling die volgt uit deze procedures.

In afwijking van het derde lid, d), kan een geneesmiddel dat voorziet in een onbeantwoorde medische behoefte en waarvoor het niet mogelijk was een aanvraag tot inschrijving op de lijst in te dienen voor 15 mei van het jaar T-1 het voorwerp uitmaken van een cohortbeslissing als de Algemene raad het toegelaten heeft na advies van de in artikel 25octies/1 bedoelde Commissie en van het College van geneesheren-directeurs.

§ 2. Wanneer het College van Geneesheren-directeurs een cohortbeslissing heeft genomen die inclusiecriteria vaststelt in overeenstemming met § 1 en artikel 25octies/2, verleent het, volgens de in deze paragraaf en de in de cohortbeslissing vastgestelde voorwaarden, tegemoetkomingen in de kosten van de geneesmiddelen zoals omschreven in artikel 1, § 1, 1), a), en 2) van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, als elk van de volgende voorwaarden is vervuld:

- a) het geneesmiddel wordt toegediend met het oog op de behandeling van een ernstige ziekte of een ziekte die als levensbedreigend wordt beschouwd;
- b) het geneesmiddel wordt voorgeschreven aan een met naam en toenaam aangewezen rechthebbende die niet deelneemt aan een klinische proef in de zin van de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon voor dat geneesmiddel, en kan na onderzoek van de bijwerkingen en de toxiciteit een belangrijk voordeel bieden voor die rechthebbende;
- c) het geneesmiddel wordt voorgeschreven door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van de betrokken aandoening, en die wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of een tot de Europese Economische Ruimte behorende Staat.

Het College kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de betrokken aandoening en wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.

Het College van Geneesheren-directeurs kan, in zijn cohortbeslissing, aan de adviserend geneesheer de bevoegdheid toekennen om individuele beslissingen te nemen voor de aanvragen die ressorteren onder het toepassingsgebied van de cohortbeslissing die inclusiecriteria vaststelt en die beantwoorden aan de in het eerste lid vermelde voorwaarden.

De cohortbeslissing die inclusiecriteria vaststelt vermeldt de toegekende tegemoetkoming. Ze voorziet tevens in de nadere regels voor de betaling van die tegemoetkoming en de bestemming van die betalingen.

Ten aanzien van de firma's dekken die tegemoetkomingen enkel de verpakkingen die werden afgeleverd aan de rechthebbende na het nemen van de cohortbeslissing.

**§ 3.** Wanneer het College van Geneesheren-directeurs een cohortbeslissing heeft genomen die exclusiecriteria vaststelt, weigert het de tegemoetkomingen in de kosten van het geneesmiddel zoals omschreven in artikel 1, § 1, 1), a), en 2), van de wet van 25 maart 1964 voor in het kader van de artikelen 25 tot 25novies ingediende individuele aanvragen die beantwoorden aan de in de cohortbeslissing opgenomen exclusiecriteria, tenzij de tegemoetkoming kan worden toegekend op basis van artikel 25quinquies.

Als het College van geneesheren-directeurs, na onderzoek van de in artikel 25quinquies, § 2, vermelde criteria in de cohortbeslissing die exclusiecriteria vaststelt uitdrukkelijk vermeldt dat artikel 25quinquies niet kan worden toegepast voor individuele aanvragen die beantwoorden aan de exclusiecriteria, weigert het de tegemoetkomingen in de kosten van het geneesmiddel zoals omschreven in artikel 1, § 1, 1), a), en 2), van de wet van 25 maart 1964 voor in het kader van de artikelen 25 tot 25novies ingediende individuele aanvragen die beantwoorden aan de exclusiecriteria.

**§ 4.** Individuele aanvragen die noch beantwoorden aan de inclusiecriteria, noch aan de exclusiecriteria, die door een cohortbeslissing worden voorzien, worden individueel onderzocht volgens de in de artikelen 25bis tot 25sexies opgenomen criteria.

**§ 5.** De Koning bepaalt de nadere regels volgens welke een aanvraag tot cohortbeslissing kan worden ingediend alsook de nadere regels volgens welke het College van Geneesheren-directeurs een cohortbeslissing kan nemen op voorstel van de in artikel 25octies/1 bedoelde Commissie.

## **Art. 25quinquies.**

§ 1. Het College van geneesheren-directeurs kent, onder de in dit artikel bepaalde voorwaarden, de tenlasteneming toe van het geheel van de bijkomende kosten die samenhangen met de medische behandeling van chronisch zieke kinderen die jonger zijn dan 19 jaar, en dit vanaf het ogenblik dat deze kosten een bedrag bereiken van 650 euro.

Deze tegemoetkoming blijft verschuldigd voor alle kalenderjaren gedurende welke de bijkomende kosten een bedrag van 650 euro bereiken, alsmede voor het eerste daaropvolgende kalenderjaar gedurende hetwelk dit bedrag niet werd bereikt.

Deze tegemoetkoming wordt opnieuw verworven voor het kalenderjaar gedurende hetwelk de bijkomende kosten die in aanmerking worden genomen, 650 euro bereiken.

Onder chronisch ziek kind wordt een kind verstaan dat lijdt aan één van de volgende aandoeningen :

- kanker;
  
- nierinsufficiëntie in chronische behandeling via peritoneale of hemodialyse;
  
- een andere levensbedreigende ziekte die een continue behandeling van minstens zes maanden noodzaakt of een repetitieve behandeling met dezelfde duur.

§ 2. De extra-kosten hebben betrekking op geneeskundige verstrekkingen die voldoen aan elk van de volgende voorwaarden :

- a) de verstrekkingen hebben een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid die door de gezaghebbende medische instanties in ruime mate wordt erkend;
  
- b) er bestaat geen aanvaardbaar alternatief voor, vanuit medisch-sociaal oogpunt, op vlak van therapie of preventie in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
  
- c) de verstrekkingen zijn voorgeschreven door een geneesheer-specialist gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening, die de behandeling coördineert of door de behandelende arts indien de verstrekkingen zijn hernomen op het behandelingsplan bedoeld in § 3, en die **wettelijk** gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in **een lidstaat van de Europese Unie of een Staat behorend tot de Europese Economische Ruimte België. Het College van geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.**

§ 3 De verstrekkingen welke extra-kosten teweeg brengen worden door de in § 2, c) bedoelde geneesheer-specialist voorgeschreven in het raam van een behandelingsplan. Het College van geneesheren-directeurs stelt de verstrekkingen vast die voldoen aan bovenbedoelde voorwaarden.

**§ 4.** In afwijking van artikel 25, vierde lid, kan als bijkomende kost worden aangemerkt, het persoonlijk aandeel dat niet in aanmerking wordt genomen in de optelling van de remgelden uitgevoerd in het raam van de maximumfactuur, evenals de verzekeringsinstellingen en de veiligheidsmarge, bedoeld in artikel 35, § 4, 2° en 3° en in artikel 35bis van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkering.



### Onderafdeling III. - Tegemoetkoming in het raam van in het buitenland verleende verzorging

#### Art. 25sexies.

§ 1. Het Bijzonder Solidariteitsfonds kan een financiële tegemoetkoming toekennen voor de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, voor zover de aanvraag aan elk van de volgende voorwaarden voldoet:

1° het geval behartigenswaardig is. Het geval is behartigenswaardig voor zover het cumulatief voldoet aan elk van de volgende voorwaarden:

- a) de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen zijn duur;
- b) de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen hebben een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid die door de gezaghebbende internationale medische instanties in ruime mate worden erkend;
- c) de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen zijn het experimenteel stadium voorbij;
- d) de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen beogen de behandeling van een aandoening die de vitale functies van de rechthebbende bedreigt;
- e) er bestaat geen aanvaardbaar therapeutisch alternatief inzake diagnose of therapie dat in België zou kunnen worden afgeleverd binnen een termijn die op medisch vlak aanvaardbaar is, rekening houdende met de gezondheidstoestand van de rechthebbende op het ogenblik van zijn aanvraag;
- f) de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen zijn, voordat de verzorging wordt verstrekt, voorgeschreven door een geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en wettelijk gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in een lidstaat van de Europese Unie of van de Europese Economische Ruimte. Het College van Geneesheren-directeurs kan desgevallend een bijkomend advies vragen van een geneesheer-specialist, die gespecialiseerd is in de behandeling van de desbetreffende aandoening en gemachtigd is om de geneeskunde in België uit te oefenen.

2° het College van Geneesheren-directeurs heeft een toestemming gegeven voordat de geneeskundige verstrekkingen in het buitenland worden verleend.

**§ 2.** Het Bijzonder Solidariteitsfonds kan een financiële tegemoetkoming toekennen in de reis- en verblijfkosten van de rechthebbende, met betrekking tot de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, voor zover de aanvraag aan elk van de volgende voorwaarden voldoet:

1° het geval is behartenswaardig in de zin van § 1, 1° ;

2° de plaats van de behandeling bevindt zich op meer dan 350 km, berekend in vogelvlucht en vanaf het centrum van Brussel, ongeacht de verblijfplaats van de rechthebbende. Echter, indien in een met redenen omkleed, aan de verplaatsing voorafgaand medisch verslag wordt gesteld dat medisch vervoer absoluut vereist is wegens de bijzonder ernstige gezondheidstoestand van de rechthebbende, kan het College een tegemoetkoming toekennen die berekend wordt overeenkomstig de door de Koning vastgelegde nadere regels, zelfs voor verplaatsingen van minder dan de afstand van 350 km;

3° voor de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen werd, in voorkomend geval, een voorafgaande toestemming verleend overeenkomstig de vigerende Belgische, internationale of supranationale wetgeving;

4° het College van Geneesheren-directeuren heeft een voorafgaande toestemming gegeven voor een financiële tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten van de rechthebbende verbonden aan de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen.

**§ 3.** Het Bijzonder Solidariteitsfonds kan een financiële tegemoetkoming toekennen in de reis- en verblijfkosten van de persoon die de rechthebbende vergezelt naar het buitenland voor geneeskundige verstrekkingen die beantwoorden aan de in § 1, 1°, opgesomde voorwaarden onder de volgende voorwaarden.

1° ofwel is de rechthebbende jonger dan 19 jaar; ofwel is de rechthebbende 19 jaar of meer, en is de begeleiding om medische redenen noodzakelijk en wordt het noodzakelijk karakter bewezen aan de hand van een behoorlijk met redenen omkleed medisch verslag;

2° het College van Geneesheren-directeuren heeft, voordat de verzorging wordt verstrekt, een toestemming gegeven voor een financiële tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten van de rechthebbende verbonden aan de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen;

3° het College van Geneesheren-directeuren heeft, voordat de verzorging wordt verstrekt, een toestemming gegeven voor een financiële tegemoetkoming in de reis- en verblijfkosten van de persoon die de rechthebbende vergezelt voor de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen.

~~Het Bijzonder Solidariteitsfonds kan in behartenswaardige gevallen de medische kosten van de rechthebbenden ten laste nemen voor in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen, waarvoor toestemming werd verleend door de adviserend geneesheer overeenkomstig de vigerende Belgische, internationale of supranationale wetgeving, alsook de gerelateerde reis- en verblijfskosten van de rechthebbende en, in voorkomend geval, van de persoon die hem vergezelt voor bedoelde verstrekkingen.~~

~~De geneeskundige verstrekkingen, verstrekt in het buitenland, moeten worden voorgeschreven vooraleer de zorgen worden toegediend door een geneesheer-specialist, gespecialiseerd in de behandeling van betreffende aandoening en die gemachtigd is om de geneeskunde uit te oefenen in België.~~

## Onderafdeling IV. - Procedures

### Art. 25septies.

§ 1. De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité, de procedures van aanvraag, en toekenning van de tegemoetkoming vaststellen.

De aanvraag om tegemoetkoming van de verzekering in de kosten van de verstrekkingen, bedoeld in de onderafdelingen II en III, wordt door de rechthebbende van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling ingediend bij een ter post aangetekende brief of op gelijk welke andere manier die toelaat de datum van indiening met zekerheid vast te stellen.

De rechthebbende is evenwel niet verplicht een aanvraag in te dienen voor tegemoetkoming in de extra kosten, bedoeld in artikel 25quinquies. Voor deze extra kosten kan de verzekeringsinstelling waarbij de betrokkene is ingeschreven of aangesloten, alsmede de andere partijen die tussenkomen in de tenlasteneming zelf een aanvraag indienen, op basis van de elementen waarover zij beschikken en na akkoord van de betrokkene. **Voor de rechthebbenden die ten laste worden genomen krachtens artikel 25quater/1, § 2, wordt de aanvraag ingediend door de geneesheer die het geneesmiddel heeft voorgeschreven overeenkomstig artikel 25quater/1, § 2, eerste lid, c), bij de instanties en volgens de nadere regels die door de Koning worden bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad en is de in het vierde lid, 4°, bepaalde verklaring op erewoord niet vereist.**<sup>i</sup>

De aanvraag om tegemoetkoming moet minstens, bevatten :

**1<sup>o</sup> een gedagtekend inlichtingsblad waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs en dat door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling wordt voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs, binnen een termijn van dertig dagen vanaf de dag van de indiening van de aanvraag door de rechthebbende;**

**1<sup>o</sup> een inlichtingsblad waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs en dat door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling wordt voorgelegd aan het College van geneesheren-directeurs, binnen een termijn van dertig dagen vanaf de dag van de door de rechthebbende ingediende aanvraag. Elke vraag om bijkomende informatie, rechtstreeks geadresseerd aan de rechthebbende, schort de termijn van dertig dagen op. Dit geldt op dezelfde wijze wanneer deze rechthebbende in kennis wordt gesteld van het feit dat bijkomende informatie werd gevraagd;**

2° een voorschrift, waarvan het model, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs, kan worden vastgesteld door het Verzekeringscomité, en dat door een geneesheer wordt opgemaakt, en waarbij een omstandig geneeskundig verslag is gevoegd dat alle inlichtingen bevat die toelaten te besluiten of de gevraagde verstrekking voldoet aan de voorwaarden die vermeld zijn in de onderafdelingen II en III;

3° een gedetailleerde factuur of een omstandig bestek in geval van een principiële aanvraag met de kosten, opgemaakt door de zorgverlener(s);

4<sup>oi</sup> de verklaring op erewoord, waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité op voorstel van het College van Geneesheren-directeurs waarin de rechthebbende:

- bevestigt dat hij, in verband met de verstrekkingen waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;
- meedeelt ten belope van welk bedrag hij, in voorkomend geval, zijn rechten kan doen gelden krachtens de voornoemde overeenkomst;
- bevestigt op de hoogte te zijn gebracht dat de verlening van een toestemming voor een behandeling in het buitenland door zijn verzekeringsinstelling niet van rechtswege het recht opent op een tegemoetkoming van het Bijzonder Solidariteitsfonds;
- bepaalt of hij de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toegestane vergoedingen in het raam van het Bijzonder Solidariteitsfonds, al dan niet zelf zal innen;

~~4<sup>o</sup> de verklaring op erewoord, waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité op voorstel van het College van geneesheren-directeurs waarin de rechthebbende:~~

- ~~- bevestigt dat hij, in verband met de verstrekkingen waarvoor hij een tegemoetkoming vraagt, zijn rechten heeft uitgeput krachtens de Belgische of buitenlandse wetgeving en geen rechten kan doen gelden krachtens een individueel of collectief gesloten overeenkomst;~~
- ~~- meedeelt ten belope van welk bedrag hij, in voorkomend geval, rechten kan doen gelden krachtens de voornoemde overeenkomst;~~
- ~~- bepaalt of hij de door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging toegestane vergoedingen in het raam van het Bijzonder Solidariteitsfonds, al of niet zelf zal innen;~~

5<sup>o</sup> een door de rechthebbende, zijn wettelijk vertegenwoordiger of de in de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt bedoelde vertrouwenspersoon, ondertekende kopie van zijn schriftelijke toestemming op een document dat een informatie bevat overeenkomstig artikel 8, § 2, van de voornoemde wet, alsook, in voorkomend geval, de inlichtingen betreffende de door de voorschrijvende geneesheer verzamelde en geregistreerde gegevens om de pertinentie van de tegemoetkomingen te evalueren;

6<sup>o</sup> voor ingevoerde geneesmiddelen, de prijs buiten bedrijf toegepast in het land waaruit ze worden ingevoerd.

Elke rechtstreeks aan de rechthebbende geadresseerde vraag om bijkomende informatie, schort de termijn van dertig dagen op. Dit geldt op dezelfde wijze wanneer deze rechthebbende in kennis wordt gesteld van het feit dat bijkomende informatie werd gevraagd.

§ 2. De in artikel 153 bedoelde adviserend geneesheer stuurt de aanvraag niet naar het College van geneesheren-directeurs door indien ze betrekking heeft op :

- huisvestings- , verblijfs- of reiskosten van de rechthebbende of zijn vergezellend persoon gedurende de opname in een Belgisch ziekenhuis;
- supplementen of persoonlijke aandelen voor verstrekkingen die werden verleend overeenkomstig gelijk welke regeling die de voorwaarden omvat voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bepaalde verstrekkingen inclusief de in het buitenland verleende verzorging. Wanneer de aanvraag echter kan worden onderzocht in het kader van artikel 25quinquies, dient ze te worden overgezonden aan het College van geneesheren-directeurs;
- geneeskundige verzorging en/of reis- en verblijfskosten voor een rechthebbende die in het buitenland verzorging ontvangt en waarvoor de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling geen toestemming heeft verleend;
- een verstrekking verricht meer dan drie jaar voor de aanvraag.
- een aanvraag met betrekking tot een weesgeneesmiddel dat in de betreffende indicatie vergoedbaar is voor de doelgroep waartoe de patiënt behoort en die nog niet is onderzocht krachtens de Belgische wetgeving.<sup>i</sup>
- ~~- een aanvraag tot afwijking van de beslissingen van het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen.~~
- een aanvraag betreffende een geneesmiddel dat het voorwerp uitmaakt van een cohortbeslissing die exclusiecriteria vaststelt voor een patiënt die beantwoordt aan die exclusiecriteria, tenzij de patiënt jonger dan 19 jaar is en als de cohortbeslissing die exclusiecriteria vaststelt de toepassing van artikel 25quinquies niet uitsluit.<sup>i</sup>

### **Art. 25octies .**

De Koning kan de voorwaarden bepalen waaronder de beslissingsbevoegdheid van het College van geneesheren-directeurs uitgeoefend kan worden door één of meerdere geneesheren, lid van het voornoemde College. Hij stelt meer bepaald de criteria vast met betrekking tot het bedrag, de facturatie en de betaling van de tegemoetkoming die het bovenbedoelde College in aanmerking neemt wanneer hij de beslissingsbevoegdheid toekent.

Deze beslissingsbevoegdheid kan in geen enkel geval exclusief uitgeoefend worden door geneesheren die tewerkgesteld zijn bij de verzekeringsinstelling waarbij de belanghebbende rechthebbende aangesloten of ingeschreven is. In geval het College op bestek over de gevraagde tegemoetkoming van het Bijzonder Solidariteitsfonds beslist, neemt het College een principiële akkoord op basis waarvan de betrokken verzekeringsinstelling kan tegemoetkomen. In dit geval zendt de betrokken verzekeringsinstelling driemaandelijks een verzamelstaat over van de in uitvoering van de collegebeslissingen uitbetaalde bedragen. Tijdens de bijeenkomst tijdens dewelke de aanvraag wordt behandeld, kan het College van geneesheren-directeurs inzake onder meer indicatie en/of richtprijs advies inwinnen bij de gezaghebbende-wetenschappelijke instanties, bij de officiële organen in de schoot van het RIZIV met name bij de in artikel 25octies/1 bedoelde Commissie<sup>i</sup>, bij de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of bij het federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Bij gebreke aan advies of adviezen binnen de twee maand na de aanvraag gericht tot een bovenbedoelde instantie door het College van geneesheren-directeurs, beslist dit over de aanvraag tot tussenkomst. Het College formuleert de adviesaanvragen met betrekking tot eenzelfde dossier, ter gelegenheid van dezelfde zitting.

### **Art. 25octies/1.<sup>i</sup>**

§ 1. Bij het Instituut wordt een Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel opgericht, hierna de Commissie genoemd .

De Commissie:

- 1° geeft adviezen over onbeantwoorde medische behoeften;
- 2° doet voorstellen voor de tegemoetkoming in de kosten van geneesmiddelen ten opzichte van patiëntengroepen in overeenstemming met artikel 25quater/1, § 1;
- 3° antwoordt op vragen om advies die haar in het kader van individuele aanvragen om tegemoetkoming worden voorgelegd door het College van geneesheren-directeurs.

**§ 2.** De Commissie is samengesteld uit:

- 1° twee leden, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen;
- 2° twee leden die worden aangewezen binnen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten;
- 3° twee leden die worden aangewezen op voorstel van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, waarvan het ene onder de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen die in die Commissie zetelen en het andere hetzij de voorzitter van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen of aangewezen onder de deskundigen die werken in een universitaire instelling;
- 4° de voorzitter van de Commissie voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik;
- 5° de voorzitter van het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen;
- 6° twee personeelsleden van het Instituut;
- 7° een personeelslid van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten;
- 8° een vertegenwoordiger van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesmiddelenindustrie.

Het in het eerste lid, 8°, bedoelde lid heeft een raadgevende stem.

De Koning bepaalt de regels betreffende de aanwijzing van de leden van de Commissie en haar werking.

Om voorstellen te doen met betrekking tot patiëntencohorten wordt de Commissie uitgebreid met experts ad hoc in functie van de ingediende aanvraag. Die experts ad hoc hebben een raadgevende stem en zijn geen lid van de Commissie.

**§ 3.** De in § 1, tweede lid, 2°, bedoelde voorstellen van de Commissie worden uitgebracht op eigen initiatief of op vraag van de voor Volksgezondheid bevoegde minister, van de voor Sociale Zaken bevoegde minister, van het College van Geneesheren-directeurs of van een firma.



## **Art. 25octies/2.**<sup>i</sup>

**§ 1.** Een firma kan slechts een aanvraag voor een cohortbeslissing indienen als het haar nog niet mogelijk is een aanvraag tot wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten in te dienen voor de betreffende indicatie.

In het kader van haar aanvraag, onverminderd de verplichtingen die voortvloeien uit andere wetgevingen:

- 1° verbindt de firma zich ertoe de lopende klinische proeven met betrekking tot de door haar aanvraag betrokken indicatie waarvoor zij verantwoordelijk is tot een goed einde te brengen;
- 2° verbindt de firma zich ertoe, als dat nog niet is gebeurd, een aanvraag voor een vergunning voor het in de handel brengen voor de door haar aanvraag betrokken indicaties in te dienen binnen een termijn van zes maanden te rekenen vanaf de datum van haar aanvraag en de termijn waarin zij die aanvraag daadwerkelijk zal indienen, mee te delen;
- 3° verbindt de firma zich ertoe een aanvraag tot vergoedbaarheid voor de door haar aanvraag betrokken indicaties in te dienen binnen een termijn van zes maanden te rekenen vanaf de datum waarop zij een vergunning voor het in de handel brengen heeft ontvangen en de termijn waarin zij die aanvraag daadwerkelijk zal indienen, mee te delen;
- 4° verbindt de firma zich ertoe de kosten van het geneesmiddel ten laste te nemen voor de rechthebbenden die een individuele aanvraag indienen en die vallen onder de omschrijving van de cohorte opgenomen in haar aanvraag vanaf de dag van de bekendmaking van de cohortaanvraag tot een cohortbeslissing wordt genomen voor zover dat het geneesmiddel aan de rechthebbende nog steeds een therapeutisch voordeel biedt;
- 5° verbindt de firma zich ertoe de kosten van het geneesmiddel verder ten laste te nemen voor de rechthebbenden die een individuele aanvraag hebben ingediend tussen de dag waarop de cohortaanvraag werd ingediend en de dag waarop de cohortbeslissing wordt genomen en die vallen onder de omschrijving van de cohorte opgenomen in de aanvraag en voor de rechthebbenden die een gunstige beslissing hebben ontvangen tijdens de geldigheidsduur van de cohorte als die niet of niet meer in een cohortbeslissing worden opgenomen en dit tot een terugbetaling is beslist voor deze categorie rechthebbenden of tot het einde van hun behandeling voor zover het geneesmiddel aan de rechthebbende nog steeds een therapeutisch voordeel biedt;
- 6° verzekert de firma de beschikbaarheid van het geneesmiddel.

De in de aanvraag van de firma vermelde cohorte wordt bekendgemaakt op de internetsite van het Instituut op de dag van de verzending van het bericht van ontvangst van een volledige aanvraag.

**§ 2.** Het College van Geneesheren-directeurs kan de voorstellen van de Commissie aanvaarden of weigeren maar het kan hun inhoud niet wijzigen.

§ 3. Als de aanvraag tot tegemoetkoming in de kosten van geneesmiddelen ten opzichte van de patiëntencohorten afkomstig is van de firma, kan de firma op het ogenblik van haar initiële aanvraag of ten laatste zeven dagen na ontvangst van het voorstel van de Commissie voorstellen om een overeenkomst te sluiten met het Instituut, waarin de nadere regels van de cohortbeslissing worden vastgesteld.

De Commissie kan op het moment waarop zij haar voorstellen doet met betrekking tot de patiëntencohorten voorstellen om een overeenkomst te sluiten met het Instituut, waarin de nadere regels van de cohortbeslissing worden vastgesteld.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de ministerraad de voorwaarden en de regels volgens welke dergelijke overeenkomst kan worden gesloten tussen de firma en het Instituut en de gevolgen van een onderhandeling over de termijn waarbinnen het College zijn beslissing meedeelt en het behoud van de in § 1 voorziene verbintenissen van de firma.

§ 4. Als het College van geneesheren-directeurs beslist om het voorstel van de Commissie te verwerpen, wordt geen enkele cohortbeslissing genomen, en behoudt het College de mogelijkheid om individuele beslissingen te nemen.

Als het College beslist om het voorstel van de Commissie te volgen of als het een gesloten overeenkomst bevestigt, neemt het College een cohortbeslissing waarvan de geldigheidsduur wordt vastgesteld binnen de grenzen die door de Koning worden bepaald. De cohorte en de inclusiecriteria of exclusiecriteria worden gepubliceerd op de internetsite van het Instituut. Terzelfdertijd wordt de publicatie betreffende de aanvraag van de cohorte gearhiveerd zodat duidelijk blijkt dat ze geen effect meer heeft.

Als binnen de 75 dagen vanaf de datum van verzending van het bericht van ontvangst dat bevestigt dat de aanvraag volledig is, in voorkomend geval verlengd met de schorsingen die voortvloeien uit de onderhandeling van een overeenkomst, geen enkele cohortbeslissing wordt genomen, wordt de firma vrijgesteld van haar in § 1 voorziene verbintenissen voor de toekomst, maar de patiënten voor wie reeds een individuele beslissing is genomen, blijven ten hare laste voor zover het geneesmiddel aan de rechthebbende nog steeds een therapeutisch voordeel biedt. De bekendmaking betreffende de aanvraag van de cohorte wordt gearhiveerd zodat duidelijk blijkt dat ze geen effect meer heeft.

Het College van Geneesheren-directeurs is gebonden door de cohortbeslissingen die het heeft genomen. Het mag hier niet van afwijken in het kader van de behandeling van de individuele aanvragen die ressorteren onder het toepassingsgebied van de cohortbeslissing.

**Art. 25novies<sup>i</sup> 25nonies.**

Indien het College van geneesheren-directeurs onmiddellijk over de tussenkomst beslist op basis van een factuur, betaalt de verzekeringsinstelling aan de rechthebbende of aan de zorgverlener het toegekend bedrag binnen een termijn van 15 werkdagen na ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs.

Indien het College een principieel akkoord uitbrengt en de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling het bedrag bepaalt, toegekend volgens de regels voorzien door het College van geneesheren-directeurs na verificatie van de factuur, betaalt de verzekeringsinstelling dat bedrag aan de rechthebbende of aan de zorgverlener binnen een termijn van 20 werkdagen na ontvangst van de factuur.

In afwijking van het eerste en het tweede lid worden de betalingen die voortvloeien uit de op de cohortbeslissingen gegronde, in artikel 25quater/1, § 1, bedoelde individuele beslissingen uitgevoerd door het Instituut en rechtstreeks aan de firma gestort. De beslissing van het College van Geneesheren-directeurs wordt aan de rechthebbende meegedeeld binnen een termijn van 15 werkdagen na ontvangst van de kennisgeving van de beslissing van het College van geneesheren-directeurs door de verzekeringsinstelling. Het Instituut bewaart een kopie van de kennisgeving aan de rechthebbende. De Koning kan in afwijkingen voorzien op het vorige lid voor de individuele beslissingen die een in artikel 25quater/1, § 1, bedoelde cohortbeslissing uitvoeren. ~~Geen enkele tussenkomst van het Bijzonder Solidariteitsfonds is verschuldigd voor een bedrag dat door de rechthebbende enkel effectief verschuldigd is in geval van gunstige beslissing.~~<sup>i</sup>

## **Onderafdeling V. - Activiteitenverslag**

### **Art. 25decies .**

Het College van geneesheren-directeurs maakt jaarlijks ten behoeve van het Verzekeringscomité en van de Algemene Raad, een verslag op met een inventaris van de beslissingen. In dit rapport kunnen ook voorstellen of suggesties tot verbetering of aanpassing van de verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen. Deze voorstellen of suggesties worden overgezonden aan de bevoegde technische raden belast met de opmaak van voorstellen tot wijziging van de nomenclatuur bedoeld in artikel 35.

## **Afdeling VIII**

### **Overeenkomsten- en akkoordencommissies**

#### **Art. 26.**

De in de artikelen 42 en 50 bedoelde overeenkomsten en akkoorden worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging onderhandeld en gesloten en de in artikel 22, 6°, en 6°bis, bedoelde ontwerpen van overeenkomsten worden in de schoot van de Dienst voor geneeskundige verzorging opgesteld door overeenkomsten- en akkoordencommissies waarin een gelijk aantal vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van de betrokken beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen zitting hebben.

De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. Die commissies kunnen eigener beweging aan de bevoegde technische raden of, voor de verstrekkingen die worden verleend door personen die behoren tot beroepen waarvoor geen technische raad bestaat, aan het Verzekeringscomité voorstellen doen tot aanpassing van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Elk van die commissies, uitgezonderd de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of door zijn afgevaardigde.

Deze kan beslissen dat commissies samen kunnen vergaderen wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

Een door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging aangewezen personeelslid van die Dienst staat in voor het secretariaat.

## **Afdeling IX**

### **Technische raden**

#### **Art. 27.**

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging worden een Technische geneeskundige raad, een Technische tandheelkundige raad, een Technische raad voor ziekenhuisverpleging, een Technische raad voor kinesitherapie, een Technische farmaceutische raad, een Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, een Technische Raad voor radio-isotopen en een Technische raad voor implantaten ingesteld. Deze raden worden ingesteld bij de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissies, en, bij gebreke daarvan, bij het Verzekeringscomité.

Die raden doen de voorstellen en verstrekken de adviezen die zijn bedoeld in artikel 35, § 2 en artikel 35, § 2ter.

Die Raden en de Raden ingesteld in uitvoering van artikel 29 zijn bevoegd om aan het Verzekeringscomité voorstellen van interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te doen. Voor verstrekkingen verleend door de personen die behoren tot beroepen waarvoor geen technische raad bestaat, wordt deze bevoegdheid uitgeoefend door de overeenstemmende Overeenkomstencommissie.

Elk voorstel of advies, dat in artikel 35, § 2, is bedoeld, 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 gemotiveerde uitzonderingsgevallen 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. 28.**

§ 1. De samenstelling en de werkingsregelen van de technische raden worden door de Koning bepaald. Elke technische raad wordt voorgezeten door een persoon die door de Koning is aangewezen op voordracht van het Verzekeringscomité. De verzekeringsinstellingen en de betrokken beroepsorganisaties zijn daarin vertegenwoordigd onder door de Koning bepaalde voorwaarden. Een personeelslid van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle aangewezen door de leidende ambtenaar van die Dienst, woont met een raadgevende stem de vergaderingen bij van de Technische Raden bedoeld in de artikelen 27 en 29, eerste lid, of bij ontstentenis van een Technische Raad van de Overeenkomstencommissies bedoeld in artikel 26, wanneer die organen hun advies- of voorstelbevoegdheid uitoefenen in het kader van de procedure tot wijziging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

§ 2. De samenstelling van de Technische geneeskundige raad en de Technische tandheelkundige raad wordt door de Koning bepaald.

Twee derde van de stemgerechtigde leden van de Technische geneeskundige raad en van de Technische tandheelkundige raad zijn praktizerenden, door de Koning benoemd uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de faculteiten van geneeskunde van de Belgische universiteiten en door de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren en de tandheelkundigen en één derde van de stemgerechtigde leden zijn geneesheren of tandheelkundigen, door de Koning benoemd uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen.

Elk van die technische raden wordt voorgezeten door een lid van het Verzekeringscomité, geneesheer of tandheelkundige, door de Koning benoemd op de voordracht van de betrokken technische raad.

De Koning bepaalt de duur van het mandaat van de voorzitter en van de leden.

Elk van die technische raden houdt op geldige wijze zitting indien ten minste de helft van de leden aanwezig is.

De beslissingen worden genomen bij gewone meerderheid van de leden die aan de stemming deelnemen, waarbij geen rekening wordt gehouden met de onthoudingen. De voorzitter is niet stemgerechtigd. De Koning bepaalt na advies van de nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen de aangelegenheden waarvoor de beslissingen in de Technische geneeskundige raad door ten minste de helft van de stemgerechtigde huisartsen of de stemgerechtigde geneesheren-specialisten moeten worden goedgekeurd.

Dit advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen een maand na verzoek.

§ 3. De in artikel 27, tweede lid bepaalde voorstellen of adviezen van die Technische Raden worden door hun voorzitter meegedeeld aan de overeenstemmende Overeenkomsten- of Akkoordencommissie.

§ 4. Elk van die technische raden maakt zijn huishoudelijk reglement op dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

§ 5. Bij de Technisch Geneeskundige Raad wordt een Comité voor de permanente doorlichting van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen ingesteld, dat belast is met het formuleren van adviezen inzake :

1° de vereenvoudiging van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen door het aanpassen of het hergroeperen van verstrekkingen, onder meer in het kader van welomschreven ziektebeelden en van zorgprogramma's;

2° de herziening van de verhouding van de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen, rekening houdende met de kostprijs ervan, met de voorhanden zijnde wetenschappelijke evidentie en andere factoren welke de objectieve waarde bepalen;

3° het invoeren van nieuwe regels inzake de voorwaarden van aanrekening van geneeskundige verstrekkingen met het oog op een meer doelmatige aanwending van de middelen;

4° het invoeren van nieuwe verstrekkingen op basis van een grondige evaluatie van de betrokken technologie en de weerslag ervan op de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De adviezen van het Comité beperken zich tot de verstrekkingen die alleen door geneesheren mogen worden verricht.



Het Comité is samengesteld uit :

1° een voorzitter gekozen uit de leden vermeld in 2° tot 5°;

2° drie leden, artsen, voorgedragen door de representatieve beroepsorganisaties van artsen;

3° drie leden, artsen, voorgedragen door de verzekeringsinstellingen;

4° drie leden, artsen, aangewezen uit de kandidaten voorgedragen uit de faculteiten geneeskunde van de Belgische universiteiten;

5° drie leden, artsen, waaronder minstens één met een bijzondere expertise inzake gezondheidseconomie, aangewezen omwille van hun bijzondere deskundigheid door de Minister;

6° twee leden, artsen, respectievelijk aangewezen door de leidende ambtenaar van de dienst Geneeskundige Verzorging en de leidende ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De leden wijzen de personen aan die hen bij de uitoefening van hun mandaat kunnen vervangen, rekening houdend met de aard van de behandelde materie.

De leden bedoeld in het derde lid, 6°, hebben een raadgevende stem.

Het Comité kan zich laten bijstaan door andere deskundigen.

Het Comité verleent advies op vraag van de Technisch Geneeskundige Raad of van de Minister over de punten 1° tot 4° van het eerste lid.

De voorzitter en de leden van het Comité worden benoemd door de minister.

**Art. 29.**

De Koning kan andere technische raden instellen.

**Afdeling IXbis**  
**Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen**

**Art. 29bis.**

Bij het Instituut wordt een Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen opgericht.

Deze commissie is samengesteld uit deskundigen werkzaam aan een universitaire instelling, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, van de beroepsorganisaties van de artsen en van de apothekers, uit representatieve vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie, en uit vertegenwoordigers van de minister, van de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft van de minister die begroting onder zijn bevoegdheid heeft als waarnemer en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, onder door de Koning te bepalen voorwaarden. De vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie, van de minister, van de minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft van de minister die begroting onder zijn bevoegdheid heeft als waarnemer en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle hebben een raadgevende stem.

Het voorzitterschap van de Commissie wordt waargenomen door een expert op het vlak van geneesmiddelen, aangeduid door de Minister bevoegd voor Sociale Zaken onder de deskundigen werkzaam bij een universitaire instelling voor een hernieuwbare duur van maximum 6 jaar. Deze functie kan zowel voltijds als deeltijds uitgeoefend worden. \*

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen is belast met:

- 1° het formuleren van voorstellen en het uitvoeren van de opdrachten bedoeld in artikel 35bis;
- 2° het verlenen van adviezen op vraag van de minister over de beleidsaspecten inzake de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten;
- 3° het formuleren van voorstellen aan het Verzekeringscomité van interpretatieregels betreffende de vergoeding van farmaceutische specialiteiten.
- 4°\*

De Koning bepaalt op voorstel van de minister de nadere samenstelling en de werkingsregelen van de commissie. De leden van de commissie worden benoemd door de Koning.

---

\* gewijzigd Wet 27/12/2005 – BS 30/12/2005 art 85

\* schrapping vanaf de datum door de Koning te bepalen cfr Wet 27/12/2005 – BS 30/12/2005 art 86

**Afdeling IXter**  
**Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen**

**Art. 29ter.**

Bij het Instituut wordt een Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen opgericht.

Deze commissie is samengesteld uit deskundigen werkzaam bij een universitaire instelling, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, van de beroepsorganisaties van de artsen en van de ziekenhuisapothekers, uit vertegenwoordigers van de fabrikanten, invoerders en verdelers van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders en uit vertegenwoordigers van de minister, van de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid, van de Minister bevoegd voor de Begroting en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, onder door de Koning te bepalen voorwaarden. De vertegenwoordigers van de fabrikanten, invoerders en verdelers van implantaten en medische hulpmiddelen, van de ziekenhuisbeheerders, van de minister, van de minister bevoegd voor de Volksgezondheid, van de minister bevoegd voor de begroting, en van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle hebben raadgevende stem<sup>8</sup>.

Het voorzitterschap van de Commissie wordt waargenomen door een expert op het vlak van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, aangewezen door de minister bevoegd voor Sociale Zaken voor een hernieuwbare duur van maximum zes jaar.

De Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen is belast met :

1. het formuleren van voorstellen en het uitvoeren van de opdrachten bedoeld in artikel 35septies;
2. het verlenen van adviezen op vraag van de minister over de beleidsaspecten inzake de terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

De Koning bepaalt op voorstel van de minister de nadere samenstelling en de werkingsregelen van de commissie. De leden van de commissie worden benoemd door de Koning.

---

<sup>8</sup> Cfr KB 10/02/2008 – BS 20/02/2008 art 2 (de tekst in opmaak “ARIAL” treedt in voege 01/03/2008

## **Afdeling X** **Profielencommissies**

### **Art. 30.** *(IR)*

De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité, in de schoot van het Instituut profielencommissies instellen of afschaffen die als taak hebben de profielen te evalueren op grond van de in artikel 206, tweede lid, opgelegde statistische tabellen en de in artikel 165 bedoelde gegevens.

De samenstelling en de werkingsregelen van die commissies worden door de Koning bepaald. De Koning benoemt de voorzitter en de leden van die profielencommissies.

Het Instituut is ertoe gemachtigd de voormelde profielen te analyseren met het oog op een evaluatie ervan enerzijds, en met het oog op de uitwerking van nieuwe vergoedingswijzen voor de verleende verzorging en de afgeleverde producten, anderzijds. De resultaten van deze analyses worden meegedeeld aan de betrokken Profielencommissies, en onder de door de Koning te bepalen modaliteiten en voorwaarden, aan andere organen, Commissies en personen.

## *Afdeling XI opgeheven bij: Wet 25-1-99 - B.S. 6-2* **De Geneesmiddelencommissie**

### **Art. 31.**

*Opgeheven bij: Wet 25-1-99 - B.S. 6-2.*

## **HOOFDSTUK II TOEPASSINGSSFEER**

### **Art. 32.**

Rechthebbenden op de in titel III, hoofdstuk III van deze gecoördineerde wet omschreven geneeskundige verstrekkingen onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn:

- 1° de werknemers die vallen onder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders met inbegrip van de werknemers die een vergoeding genieten, welke verschuldigd is naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden of de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord, tijdens het tijdvak dat gedekt is door die vergoeding, of de werknemers ingeschreven in de Pool van de zeelieden ter koopvaardij krachtens artikel 3bis van de wet van 25 februari 1964 houdende inrichting van een Pool van de zeelieden ter koopvaardij, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 18 februari 1997 houdende maatregelen met het oog op de ontbinding van de Regie voor Maritiem Transport in uitvoering van artikel 3, § 1, 6°, van de wet van 26 juli 1996 strekkende tot realisatie van de budgettaire voorwaarden tot deelname van België aan de Europese Economische en Monetaire Unie;
- 1°bis de zelfstandigen die zijn onderworpen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, krachtens het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen;
- 2° de werknemers en de zelfstandigen die arbeidsongeschikt zijn erkend of de werkneemsters en de zelfstandigen die zich in een tijdvak van moederschapsbescherming bevinden als bedoeld in deze gecoördineerde wet;
- 3° de werknemers in gecontroleerde werkloosheid;
- 4° de werkneemsters die aansluitend met een tijdvak bedoeld in 1°, 2°, 3°, 5° of 6°, de arbeid onderbreken of de arbeid niet hervatten, om ten vroegste van de vijfde maand der zwangerschap af, te rusten;
- 5° de werknemers die, om niet langer werkloos te zijn, huishoudelijke arbeid verrichten en die, ter toepassing van de regeling inzake werkloosheidsverzekering, de hoedanigheid van gewoonlijk in loondienst arbeidend werknemer behouden;

6° de werknemers wier maatschappelijke toestand behartigenswaardig is, die niet meer onder de Belgische wetgeving betreffende de sociale zekerheid der werknemers vallen; alsdan is het recht op geneeskundige verstrekkingen beperkt tot een bepaalde periode, "tijdvak van voortgezette verzekering" genoemd;

6°bis de zelfstandigen die tot de voortgezette verzekering zijn toegelaten, onder de voorwaarden gesteld krachtens de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen;

6°ter de zelfstandigen die de sociale verzekering in geval van faillissement genieten, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 18 november 1996 houdende invoering van de sociale verzekering ten gunste van zelfstandigen, in geval van faillissement, en van gelijkgestelde personen, met toepassing van de artikelen 29 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, gedurende ten hoogste vier kwartalen.

Wat de in artikel 2, eerste lid van voornoemd koninklijk besluit van 18 november 1996 bedoelde zelfstandigen betreft, vangt deze periode van vier kwartalen aan hetzij op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op datgene van het vonnis van faillietverklaring, hetzij, wanneer de zelfstandige een akkoord na faillissement heeft bekomen, op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op datgene van het vonnis van ontbinding van dit akkoord. Voor de in artikel 2, tweede lid, van hetzelfde besluit bedoelde zelfstandigen, vangt deze periode aan op de eerste dag van het kwartaal dat volgt op de stopzetting van de zelfstandige activiteit;

7° de werknemers die recht hebben op een rustpensioen krachtens de wetgeving betreffende de rust- en overlevingspensioenen voor werknemers, of op vervroegd pensioen krachtens een bijzonder statuut van het personeel van een onderneming;

8° de werknemers die als mijnwerker recht hebben op een invaliditeits- of rustpensioen;

9° de personen die een rustpensioen of een als zodanig geldend voordeel genieten, vastgesteld door of krachtens een wet of een reglement, ander dan de pensioenregeling voor werknemers en dat wordt toegekend uit hoofde van een tewerkstelling in de openbare sector of in een onderwijsinrichting, die aanleiding geeft tot de toepassing van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, evenwel beperkt tot de regeling inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

10° de personen die in de hoedanigheid van statutair personeelslid van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen recht hebben op een rustpensioen of een invaliditeitspensioen;

- 11° de personen die ingevolge de toekenning van een rust- of overlevingspensioen of een als zodanig geldend voordeel, vastgesteld door of krachtens een wet of een reglement ander dan de pensioenregeling voor werknemers, het recht op een in 7° of 8° bedoeld pensioen verliezen;
- 11°bis de zelfstandigen die de normale pensioenleeftijd hebben bereikt en doen blijken van ten minste één jaar beroepsbezigheid als zelfstandige, waardoor het recht op een rustpensioen kan worden verkregen krachtens de wetgeving betreffende het rust- en overlevingspensioen der zelfstandigen;
- 11°ter de zelfstandigen die, in die hoedanigheid, een rustpensioen genieten dat is ingegaan voor zij de normale pensioenleeftijd bereikten;
- 11°quater de gewezen kolonisten die in die hoedanigheid stortingen verrichten om hun rechten te vrijwaren bij toepassing van de wetgeving betreffende het rusten overlevingspensioen der zelfstandigen;
- 12° de door de Koning bepaalde personen op wie het decreet van 4 augustus 1959 tot vervanging van het decreet van 5 september 1955 op de verzekering voor gezondheidszorg van de administratieve en militaire ambtenaren en gewezen ambtenaren, van de beroepsmagistraten en gewezen beroepsmagistraten, van de ambtenaren en gewezen ambtenaren van de rechterlijke orde en van de gerechtelijke politie bij de parketten, van toepassing was voor 1 januari 1994;
- 13° de personen die in het Rijksregister van de natuurlijke personen zijn ingeschreven en wegens hun gezondheidstoestand als ongeschikt zijn erkend om arbeid ter verkrijging van inkomen te verrichten; zijn evenwel uitgesloten, de personen die krachtens een besluit ter uitvoering van artikel 33 recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging;
- 14° de studenten die onderwijs van het derde niveau volgen in een instelling voor dagonderwijs.
- 15° de personen die zijn ingeschreven in het Rijksregister van de natuurlijke personen.

Zijn evenwel uitgesloten:

- de personen die recht hebben of kunnen hebben op geneeskundige verzorging krachtens een andere Belgische of buitenlandse regeling inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;
- de vreemdelingen die niet van rechtswege tot een verblijf van meer dan drie maanden in het Rijk zijn toegelaten of die niet zijn gemachtigd tot vestiging of tot een verblijf van meer dan zes maanden.

De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit de bovenvermelde uitsluiting voor bepaalde categorieën en eventueel voor een bepaalde periode niet van toepassing verklaren of uitbreiden;

16° de weduwnaars en weduwen van de voornoemde gerechtigden;

17° de personen ten laste van de onder 1° tot 16°, 20° en 21° bedoelde gerechtigden;

18° de personen ten laste van de onder 1° tot 16°, 20° en 21° bedoelde gerechtigden die hun legerdienst doen;

19° de personen ten laste van de werknemers van Belgische nationaliteit die onder een buitenlandse wetgeving inzake sociale zekerheid vallen wanneer zij in België zijn of terugkomen terwijl die werknemers hun legerdienst doen;

20° de kinderen van de onder 1° tot 16°, 20° en 21° bedoelde gerechtigden, die volle wezen zijn en recht geven op kinderbijslag;

21° De leden van de kloostergemeenschappen



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 gevolgd.

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. ;

23° de kinderen van de gerechtigden bedoeld onder 22°, die te hunner laste zijn  
(in voege vanaf 01/01/2008)

De Koning stelt vast wat onder “gecontroleerde werkloosheid”, onder “persoon ten laste” en onder de in het eerste lid, 20° en 23°, bedoelde “kinderen van de gerechtigden” wordt verstaan. Hij stelt eveneens bij in Ministerraad overlegd besluit de voorwaarden vast waaronder de in het eerste lid, 13° tot 15°, 21° en 22°, bedoelde personen als rechthebbenden op tegemoetkomingen voor geneeskundige verzorging worden beschouwd en Hij bepaalt de volgorde inzake voorrang van de verschillende in het eerste lid opgesomde hoedanigheden, alsmede de voorwaarden waaronder de persoon ten laste voor de hoedanigheid van gerechtigde mag opteren. (wijziging in voege vanaf 01/01/2008)

**Art. 33.** (opgeheven Wet 26/03/2007 – BS 27/04/2007)

## HOOFDSTUK III

### GENEESKUNDIGE VERSTREKKINGEN

#### **Art. 34.**

De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging. Zij bestaan uit:

1° gewone geneeskundige hulp welke omvat:

- a) bezoeken en raadplegingen van algemeen geneeskundigen en van geneesheren-specialisten;
- b) door verpleegkundigen en door diensten thuisverpleging verstrekte hulp; de voornoemde diensten thuisverpleging dienen te beantwoorden aan de door de Koning vast te stellen voorwaarden, in uitvoering van artikel 170, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008;
- c) kinesitherapeutenhulp;
- d) technische verstrekkingen voor diagnose en behandelingen welke niet de bekwaliging van geneesheer-specialist vereisen;
- e) tandheelkundige hulp zo bewaarshalve als herstelshalve met inbegrip van tandprothesen<sup>9</sup>;

2° verlossingen;

3° verstrekkingen welke een bijzondere bekwaliging vereisen erkend overeenkomstig artikel 215, §§ 4 en 5, van geneesheer-specialist, apotheker of licentiaat in de wetenschappen;

4° verstrekken van brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, wagentjes, bandagen, orthesen en uitwendige prothesen;

---

<sup>9</sup> In voege vanaf 01/05/2007 cfr

4°bis. het verstrekken van :

- a) implantaten met uitzondering van die bedoeld onder 1°, e) waaronder de osteoëintegreerde implantaten in de tandheelkunde, welke omvatten :
  - actieve implanteerbare medische hulpmiddelen zoals bedoeld in het artikel 1, 2. c) van de Richtlijn 90/385/EEG van de Raad van 20 juni 1990 betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen van de lidstaten inzake actieve implanteerbare medische hulpmiddelen;
  - niet actieve implanteerbare medische hulpmiddelen zoals bedoeld in bijlage IX van de Richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993 betreffende medische hulpmiddelen
- b) invasieve medische hulpmiddelen zoals bedoeld in bijlage IX "van de Richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993 betreffende de medische hulpmiddelen.

5° het verstrekken van geneesmiddelen welke omvatten:

- a) de magistrale bereidingen;
- b) de farmaceutische specialiteiten waarvan het voornaamste werkzaam bestanddeel zoals opgenomen in de Anatomical Therapeutical Chemical Classification vastgesteld onder de verantwoordelijkheid van het World Health Organisations Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, in België beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming van het octrooi;
- c) de farmaceutische specialiteiten waarvan het voornaamste werkzaam bestanddeel zoals opgenomen in de Anatomical Therapeutical Chemical Classification vastgesteld onder de verantwoordelijkheid van het World Health Organisations Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, niet of niet meer in België beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van het octrooi.

In deze onderscheiden zich twee groepen:

- 1) de merkspecialiteiten buiten waarvan het voornaamste werkzaam bestanddeel, zoals opgenomen in de Anatomical Therapeutical Chemical Classification vastgesteld onder de verantwoordelijkheid van het World Health Organization Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, niet of niet meer in België beschermd is door een octrooi of een certificaat ter aanvulling van de bescherming van het octrooi<sup>10</sup>;
- 2) de specialiteiten vergund volgens artikel 2, eerste lid, 8°, a), tweede streepje, artikel 2, eerste lid, 8°, a), derde streepje of artikel 2, eerste lid, 8°, a), tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen, de specialiteiten vergund volgens artikel 6bis, § 1, derde lid, artikel 6bis, § 1, vijfde lid, tweede streepje, artikel 6bis, § 1, zevende lid, artikel 6bis, § 2 of artikel 6bis, § 11, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen onder de door de Koning te bepalen voorwaarden;

---

<sup>10</sup> In afwijking op artikel 35ter, § 1, van dezelfde wet, zoals gewijzigd door artikel 156 van deze wet, treedt de aanpassing van de vergoedingsbasis van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), van diezelfde wet, die in werking zou moeten treden op 1 april 2009, in werking op 1 mei 2009. (art. 158 van de Programmawet van 22/12/2008 BS 29/12/2008).

d) de radio-isotopen,

e) medische zuurstof

6° opneming in een ziekenhuis of in een ziekenhuisdienst die afhangen van een associatie van ziekenhuizen, bedoeld in artikel 67, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, ter observatie en behandeling;

7° de wegens revalidatie vereiste hulp;

7°*bis* door logopedisten verleende hulp;

7°*ter* door podologen verleende hulp;

7°*quater* door diëtisten verleende hulp;

8° de wegens herscholing vereiste verstrekkingen;

9° de plaatsing:

a) in de medisch-pediatische centra voor kinderen getroffen door een chronische ziekte;

b) *opgeheven bij: Wet 24-12-99 – B.S. 31-12 - ed. 3.*

10° de reiskosten van de zieken die in een sanatorium voor longtuberculose dienen te worden opgenomen of die in antikankercentra of in centra voor nierdialyse ambulante worden behandeld, alsmede de verplaatsingskosten die verband houden met de revalidatie- en herscholingsverstrekkingen en met de plaatsing in de medisch-pediatische centra voor kinderen getroffen door een chronische ziekte bedoeld in respectievelijk de punten 7°, 8° en 9°, a).

De Koning kan de verstrekkingen uitbreiden tot de reiskosten van andere door hem te bepalen rechthebbenden; (in voege vanaf 01/01/2008)

11° de verstrekkingen die worden verleend door rust- en verzorgingstehuizen, psychiatrische verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, alsook de verstrekkingen die worden verleend door diensten of inrichtingen die erkend zijn met toepassing van artikel 170 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008;

12° de verstrekkingen die worden verleend door rustoorden voor bejaarden of door centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, en de verstrekkingen die worden verleend door 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;

13° de verstrekkingen die worden verleend door geïntegreerde diensten voor thuisverzorging; de voornoemde geïntegreerde diensten voor thuisverzorging dienen te beantwoorden aan de door de Koning vast te stellen voorwaarden, in uitvoering van artikel 170, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008;

14° de materialen en de verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan een zware aandoening of van rechthebbenden die palliatieve verzorging ten huize behoeven;

15° het verstrekken van bloed en van bloedderivaten;

16° *Opgeheven bij: Wet 24-12-99 - B.S. 31-12 - ed. 3;*

- 17° het afleveren van organen en weefsels van menselijke oorsprong onder de voorwaarden die zijn vastgesteld door en krachtens de wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen;
- 18° de plaatsing in beschut wonen en in doorgangstehuizen;
- 19° het verstrekken van moedermelk, dieetvoeding voor medisch gebruik en parenterale voeding;
- 20° het verstrekken van medische hulpmiddelen met uitzondering van die bedoeld onder 4° en 4°bis;
- 20° bis het verstrekken van haarprothesen;
- 21° de palliatieve verzorging verleend door een multidisciplinaire begeleidingsequipe;
- 21°bis opgeheven bij Wet 27/12/2012 – BS 31/12/2012*
- 22° het vervoer van een in het buitenland afgenomen orgaan;
- 23° de kosten voor de typering van potentiële beenmergdonoren in het buitenland en de kosten voor het vervoer en voor de verzekering van de beenmergdonor uit een ander land.
- 24° de tegemoetkoming voor de hulp bij de tabaksontwenning. De Koning kan de verzekeringstegemoetkoming uitbreiden tot de hulp met farmaceutische hulp bij tabaksontwenning;
- 25° de thuiszorg voor personen met een niet-aangeboren hersenletsel die zware chronische verzorging nodig hebben.
- 26° de verleende verzorging aan vrouwen in het kader van het zorgprogramma “reproductieve geneeskunde”, zoals gedefinieerd in artikel 2, § 1, van het koninklijk besluit van 15 februari 1999 tot vaststelling van de lijst van zorgprogramma's zoals bedoeld in artikel 9ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en tot aanduiding van de artikelen van de wet op de ziekenhuizen die op hen van toepassing zijn, waaronder de behandeling met geneesmiddelen, en andere zorgen verbonden aan het ten laste nemen van vruchtbaarheidsstoornissen. De gynaecologen die bevoegd zijn om deze zorgen te verstrekken zijn ofwel verbonden aan het ziekenhuis ofwel aangesloten bij het ziekenhuis voor de uitvoering van deze zorgen, volgens de regels vastgelegd door de Koning.
- 27° de verplaatsingskosten van de ouders of de wettelijke voogden van een kind dat lijdt aan kanker en dat in een ziekenhuis is opgenomen in de zin van punt 6° van dit artikel; de Koning bepaalt het bedrag van de tegemoetkoming in de verplaatsingskosten, vastgesteld per dag van ziekenhuisopname van het betrokken kind. Het voormelde bedrag wordt berekend op basis van de afstand tussen de woonplaats van het kind en het ziekenhuis. De Koning bepaalt de nadere regels van uitbetaling van dit bedrag.

De verzekering voor geneeskundige verzorging komt in het beginsel niet tussen in prestaties verricht met een esthetisch doel en in prestaties verricht in het kader van wetenschappelijk onderzoek of van klinische proefnemingen, tenzij onder de voorwaarden bepaald door de Koning, na advies van het Verzekeringscomité.

28° de kosten van het ambulancevervoer in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening bedoeld in artikel 1 van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening. De tegemoetkoming van de verzekering in deze kosten wordt vastgesteld door de Koning. (in voege vanaf 01/01/2008)

## **Art. 35.**

§ 1. De Koning stelt de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vast met uitzondering van de in artikel 34, eerste lid, 4<sup>o</sup>bis en 5<sup>o</sup>, b), c),d) en e) bedoelde verstrekkingen;

Die nomenclatuur somt die verstrekkingen op, bepaalt de betrekkelijke waarde ervan en stelt met name de toepassingsregelen ervan vast, alsook de bekwaming waarover de persoon dient te beschikken die gemachtigd is om elk van die verstrekkingen te verrichten. Zo nodig kunnen voor eenzelfde verstrekking verschillende tarieven gelden naargelang de zorgverlener al dan niet voldoet aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de kwalificatie, die in de nomenclatuur worden vastgesteld. Wat betreft de in artikel 34, eerste lid, 1<sup>o</sup>, e), bedoelde verstrekkingen kan de Koning in de nomenclatuur de parameters vastleggen op basis van dewelke hij het aantal verstrekkingen die geattesteerd kunnen worden binnen een bepaalde referentieperiode kan beperken tot een maximum. De nomenclatuur van de in artikel 34, eerste lid, 4<sup>o</sup>, voor zover het de implantaten betreft, en 5<sup>o</sup>, a) en d), 19<sup>o</sup> en 20<sup>o</sup>, met uitzondering van de hulpmiddelen die gebruikt worden in het kader van zuurstoftherapie bedoelde verstrekkingen wordt vastgesteld op grond van de aannemingscriteria die de Koning bepaalt en volgens welke die verstrekkingen kunnen worden ingedeeld in verschillende categorieën. Wat de verstrekkingen betreft die bedoeld zijn in artikel 34, eerste lid, 4<sup>o</sup>, voor zover het om wagentjes gaat, 19<sup>o</sup> en 20<sup>o</sup>, met uitzondering van de hulpmiddelen die gebruikt worden in het kader van zuurstoftherapie, hebben die aannemingscriteria betrekking op de prijzen, op de kosten voor de verzekering en op de medische, therapeutische en sociale elementen.

Die aannemingscriteria wat de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, a), bedoelde verstrekkingen betreft, hebben betrekking op de prijzen, de geraamde volumes, de behandelingskosten van de farmaceutische verstrekkingen, het al dan niet onder octrooi zijn van het voornaamste werkzaam bestanddeel, de elementen van geneeskundige, epidemiologische, therapeutische en sociale aard. De aanneming van de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>; a), bedoelde verstrekkingen wordt ten minste om de vijf jaar herzien. Voor de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, a), bedoelde verstrekkingen waarvoor reeds een terugbetaling bestaat, is de Technische farmaceutische raad bevoegd om de aannemingscriteria en de toepassing ervan te herzien. Deze herziening kan gebeuren voor een therapeutische klasse of groep van magistrale bereidingen volgens de Anatomical Therapeutic Chemical Classification vastgesteld onder de verantwoordelijkheid van het World Health Organisations Collaborating Center for Drug Statistics Methodology, of voor een afzonderlijke magistrale bereiding.

De nomenclatuur van de verstrekkingen inzake bandagen, orthesen en uitwendige prothesen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 4<sup>o</sup>, waarvoor de Koning de groepen van producten bepaalt, wordt vastgesteld op basis van aannemingscriteria betreffende de prijzen, de kostprijs voor de verzekering en de elementen van geneeskundige, therapeutische en sociale aard. De Koning bepaalt, op voorstel van de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen, die aannemingscriteria en de procedure die moet worden gevolgd door de bedrijven die de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product op de lijst van de vergoedbare producten vragen. Hij stelt daarenboven de termijnen en verplichtingen vast, die in geval van aanvraag om aanneming, wijziging of schrapping moeten worden nageleefd.



De Koning kan in genoemde nomenclatuur wijzigingen aanbrengen onder de in §§ 2 en 2bis gestelde voorwaarden. De uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven zijn, voor alle beoefenaars van de geneeskunst, de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor de verstrekkingen die worden verleend in het raam van een georganiseerde wachtdienst.

De Koning omschrijft de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen alsmede de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van die verstrekkingen.

De Koning omschrijft de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kostprijs van de in artikel 34, 6°, en artikel 34, 18°, bedoelde verstrekkingen.

*Zesde lid opgeheven bij: Wet 20-12-95 - B.S. 23-12*

De Koning omschrijft de in artikel 34, 14° en 25°, bedoelde verstrekkingen.

De Koning omschrijft voor wat de in artikel 34, eerste lid, 5°, a) bedoelde verstrekkingen betreft, de procedure tot vaststelling van de vergoedingsbasis, waarbij de Technisch Farmaceutische Raad een voorstel formuleert, rekening houdend met de door Hem uit te werken elementen die onder meer betrekking hebben op de in de handel beschikbare verpakkingen, de verkoopprijs aan apotheker en gegevens over de verkochte hoeveelheden. Hij bepaalt de procedure voor de aanneming van deze verstrekkingen, voor de wijziging van de vergoedingsvoorwaarden en voor de ambtshalve herziening ervan, waarbij de Technisch Farmaceutische Raad een voorstel formuleert en aan Hem mededeelt binnen een termijn van 180 dagen na de ontvangst van een volledig dossier, rekening houdend met de periodes van schorsing, gebaseerd op de door Hem uit te werken aannemingscriteria, respectievelijk herzieningscriteria. Hij bepaalt de voorwaarden en honoraria waaronder de verplichte verzekering tegemoetkomt in de kosten van deze verstrekkingen, alsmede desgevallend de maximumhoeveelheden.

De terugbetaling van de in artikel 34, eerste lid, 5°, a) 15°, 19°, 20° en 20° bis, met uitzondering van de hulpmiddelen die gebruikt worden in het kader van zuurstoftherapie 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°, a) 15°, 19°, 20° en 20° bis, met uitzondering van de hulpmiddelen die gebruikt worden in het kader van zuurstoftherapie die aanleiding hebben gegeven tot vergoeding, door de verstrekker werden voorgeschreven overeenkomstig de vastgestelde vergoedingsvoorwaarde. De Koning bepaalt de wijze waarop de zorgverstrekker beroep kan instellen tegen de beslissingen van de adviserend geneesheer.

§ 2. De Koning kan wijzigingen aanbrengen in de in § 1 bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

- 1° op grond van het door de bevoegde technische raad op eigen initiatief geformuleerde voorstel, dat wordt voorgelegd aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;
- 2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde technische raad wordt geformuleerd op verzoek van de Minister of van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie. Die voorstellen worden medegedeeld aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;
- 3° op grond van het door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie, de Minister of het Verzekeringscomité uitgewerkte voorstel, waarvan de oorspronkelijke tekst behouden blijft of dat wordt gewijzigd nadat het voor advies is voorgelegd aan de bevoegde technische raad; dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de termijn van één maand na het verzoek.

De onder punt 3° bedoelde procedure kan worden gevolgd:

- a) wanneer de bevoegde technische raad aan het verzoek tot voorstel geen gevolg geeft binnen de termijn van één maand na het verzoek;
- b) wanneer de bevoegde technische raad een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de in het onder punt 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen; in dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de bevoegde technische raad gemotiveerd zijn;

4° op grond van de in artikel 51, § 3 vastgestelde procedure;

5° op grond van de in artikel 68, § 1 vastgestelde procedure.

Wanneer er voor het betrokken beroep geen technische raad is, worden de hiervoren bepaalde bevoegdheden uitgeoefend door de bevoegde overeenkomstencommissie;

6° met betrekking tot de in artikel 34, 5°, bedoelde prestaties, op grond van het door de technische raad geformuleerde voorstel in het kader van een herziening van de toelating zoals bedoeld in § 1, tweede lid, dat wordt voorgelegd aan de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie, die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole.

*Laatste lid opgeheven bij: Wet 10-8-01 - B.S. 1-9 - ed. 2*

**§ 2bis.** In afwijking van de bepalingen van § 2, kan de Koning [met betrekking tot de groepen van producten die Hij heeft vastgesteld ter uitvoering van § 1, derde lid,] wijzigingen aanbrengen in de in § 1 bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

1° op grond van het voorstel op eigen initiatief geformuleerd door de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen, die beslist over het doorsturen ervan naar het Verzekeringscomité en de Commissie voor begrotingscontrole;

2° op grond van het voorstel dat de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen op verzoek van de minister heeft geformuleerd. Die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité en de Commissie voor begrotingscontrole;

3° op grond van het door de minister of het Verzekeringscomité uitgewerkte voorstel, waarvan de oorspronkelijk tekst behouden blijft of dat wordt gewijzigd nadat het voor advies is voorgelegd aan de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen; dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen de termijn van één maand na het verzoek.

De onder punt 3° bedoelde procedure kan worden gevolgd:

a) wanneer de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen, aan het in punt 2° bedoelde verzoek tot voorstel geen gevolg geeft binnen de termijn van één maand na het verzoek;

b) wanneer de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de in het onder punt 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen; in dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen gemotiveerd zijn;

4° op grond van de in artikel 51, § 3, vastgestelde procedure.

**§ 2ter.** 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 lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen, alsook de vergoedingsvoorwaarden 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 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.

§ 3. Zonodig kunnen voor de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen die de Koning aanwijst en voor zover zij betrekking hebben op instellingen en diensten, verschillende tarieven van tegemoetkoming gelden naargelang de instellingen en diensten bedoeld in deze bepaling al dan niet voldoen aan bijkomende voorwaarden dewelke Hij vaststelt en dewelke betrekking hebben op de arbeidsvoorwaarden van hun personeel en een invloed hebben op de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg.

## **Art. 35bis.**

**§ 1.** De Koning bevestigt de lijst van de op 1 januari 2002 vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c) en de vergoedbare medische zuurstof, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, e). Voor de toepassing van dit artikel en binnen de grenzen voorzien in § 16 wordt de vergoedbare medische zuurstof gelijkgesteld met de vergoedbare farmaceutische specialiteiten. De lijst wordt in beginsel gerangschikt volgens de Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Met ingang van 1 januari 2002 kan deze lijst gewijzigd worden door de minister op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, met uitzondering van de gevallen, bedoeld in § 3, laatste lid, § 4, vierde lid en § 8, laatste lid. De ondernemingen die de farmaceutische specialiteiten op de Belgische markt brengen, hierna de aanvragers genoemd, of de minister, kunnen de Commissie verzoeken een voorstel te formuleren, of de Commissie kan op eigen initiatief een voorstel formuleren. De wijzigingen van de lijst kunnen bestaan in het opnemen en het schrappen van farmaceutische specialiteiten en het wijzigen van de modaliteiten van de inschrijving op de lijst.

De Minister kan jaarlijks van rechtswege en zonder rekening te houden met de in deze wet vastgestelde procedurevoorschriften overgaan tot de herpublicatie van de integrale lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zonder dat daarbij inhoudelijke wijzigingen worden aangebracht.

**§ 2.** De beslissing omtrent het wijzigen van de lijst omvat een beslissing over de vergoedingsbasis, de vergoedbare indicaties, de vergoedingsvoorwaarden, het toe te passen honorarium en de vergoedingscategorie en gebeurt na een evaluatie van één of meer van de volgende criteria:

1° de therapeutische waarde van de farmaceutische specialiteit: deze therapeutische waarde wordt uitgedrukt in één van de volgende drie meerwaardeklassen:

- klasse 1: farmaceutische specialiteiten met een aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven;
- klasse 2: farmaceutische specialiteiten zonder aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven, en die niet tot klasse 3 behoren;
- klasse 3 : specialiteiten vergund volgens artikel 2, eerste lid, 8°, a), tweede streepje, artikel 2, eerste lid, 8°, a), derde streepje of artikel 2, eerste lid, 8°, a), tweede lid, van het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen, de specialiteiten vergund volgens artikel 6bis, § 1, derde lid, artikel 6bis, § 1, vijfde lid, tweede streepje, artikel 6bis, § 1, zevende lid, artikel 6bis, § 2 of artikel 6bis, § 11, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen onder de door de Koning te bepalen voorwaarden;

- 2° de prijs van de farmaceutische specialiteit en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis;
- 3° het belang van de farmaceutische specialiteit in de medische praktijk in verhouding tot de therapeutische en sociale behoeften;
- 4° de budgettaire weerslag voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;
- 5° de verhouding tussen de kosten voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de therapeutische waarde.

De Koning kan de criteria nader omschrijven en kan bepalen hoe de meerwaardeklasse van een farmaceutische specialiteit wordt vastgesteld alsmede welke van de 2° tot en met 5° opgesomde criteria ten minste beoordeeld moeten worden, afhankelijk van de meerwaardeklasse die door de aanvrager van de betrokken farmaceutische specialiteit werd vermeld. De Koning kan de meerwaardeklassen verder onderverdelen in subklassen en bepalen welke van de 2° tot en met 5° opgesomde criteria ten minste beoordeeld moeten worden.

~~De beslissing wordt, hetzij door de minister, hetzij door de door hem gemachtigde ambtenaren door middel van een notificatie aan de aanvrager meegedeeld en bekendgemaakt door middel van de internetsite van het Instituut. De wijziging van de lijst treedt in werking op de datum die wordt vastgelegd in het ministerieel besluit.<sup>11</sup> De beslissing wordt, hetzij door de minister, hetzij door de door hem gemachtigde ambtenaren via een notificatie aan de aanvrager meegedeeld. De wijziging van de lijst treedt in werking op de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad.~~

---

<sup>11</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

**§ 2bis.** De vaststelling van de vergoedingsbasis gebeurt overeenkomstig de nadere regels en de voorwaarden bepaald door de Koning, rekening houdend met de hierna volgende beginselen.

Voor de farmaceutische specialiteiten van klasse 1, wordt er rekening gehouden met de aangetoonde therapeutische meerwaarde, terwijl de vaststelling van de vergoedingsbasis voor de farmaceutische specialiteiten van klasse 2 en 3 gebeurt door verwijzing naar bestaande therapeutische alternatieven. Behalve indien de vergoedingsbasis van een specialiteit bestaat in een vast bedrag 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, is de vergoedingsbasis op het niveau buiten bedrijf in geen geval hoger dan de maximale prijs buiten bedrijf toegekend door de Minister bevoegd voor de Economische Zaken. De vergoedingsbasis op het niveau buiten bedrijf is lager dan de maximale prijs buiten bedrijf toegekend door de minister bevoegd voor de Economische Zaken indien de aanvrager zich bereid heeft verklaard om een lagere prijs toe te passen.<sup>12</sup>

De verkoopprijs aan publiek, die ook op de lijst opgenomen is, is daarentegen altijd gelijk aan de vergoedingsbasis, behoudens in de volgende hypothesen :

1° indien er toepassing wordt gemaakt van artikel 35quinquies;

2° indien de vergoedingsbasis van een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) of c), 1), verminderd werd in toepassing van artikel 35ter of artikel 35quater;

3° indien de vergoedingsbasis van een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), of 2), verminderd werd in toepassing van artikel 35bis, § 4, zesde lid, 2°.

4° indien de vergoedingsbasis van een specialiteit bestaat in een vast bedrag 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.

Met uitzondering van de gevallen bedoeld in het derde lid, 1°, 2°, 3° en 4°, heeft het principe van de gelijkheid van de verkoopprijs aan publiek en de vergoedingsbasis als gevolg dat, op het moment dat een wettelijke of reglementaire bepaling die een aanpassing van rechtswege van de vergoedingsbasis voorziet, zijn effect uitbrengt, de verkoopprijs aan publiek ook van rechtswege aangepast wordt. .

---

<sup>12</sup> Treedt in voege vanaf 03/07/2012



§ 3. In geval van indiening van een aanvraag tot opname in de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten formuleert de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een gemotiveerd voorstel na de evaluatie van het dossier door onafhankelijke deskundigen en na ontvangst van de mededeling door de aanvrager van de maximum verkoopprijs, toegestaan door de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft.

De globale termijn voor de evaluatie van het dossier, de vaststelling van de prijs en het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen bedraagt maximaal 150 dagen, te rekenen vanaf de datum meegedeeld door het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen waarop het dossier ontvangen is, met inbegrip van de aanvraag om erkenning van de prijs bij het ministerie van Economische Zaken. Indien de bij de aanvraag gevoegde inlichtingen niet toereikend zijn, wordt de termijn opgeschort en laat het secretariaat de aanvrager onverwijld tot in bijzonderheden weten welke aanvullende inlichtingen vereist zijn.

De Koning bepaalt, op voorstel van de minister en van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, de spreiding van deze termijn over de in het vorig lid bedoelde autoriteiten.

Bij ontstentenis van een voorstel binnen de in het tweede lid bedoelde termijn neemt de minister een gemotiveerde beslissing omtrent de aanvraag binnen een termijn van 30 dagen na het verstrijken van die termijn.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de voorwaarden en de nadere regels waaronder de minister kan afwijken van het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen binnen de termijn van 20 dagen zoals bedoeld in het vorige lid.

De Koning kan de meerwaardeklassen of subklassen bepalen waarvoor de evaluatie door onafhankelijke deskundigen en het voorstel van de Commissie vervangen worden door een administratieve procedure die door Hem wordt vastgelegd. Dergelijke administratieve procedure kan meer bepaald worden voorzien voor :

- parallel ingevoerde farmaceutische specialiteiten, voor zover dezelfde vergoedingsmodaliteiten worden gevraagd als die van de referentiespecialiteit;
- door Hem te bepalen subklassen binnen meerwaardeklasse 3;
- een door Hem te bepalen subklasse binnen meerwaardeklasse 2 in geval van een lijnuitbreiding van een reeds vergoedbare specialiteit met dezelfde dosering en dezelfde vergoedingsvoorwaarden maar een andere verpakkingsgrootte en / of verpakkingsvorm;
- wijzigingen van de vergoedingsmodaliteiten van specialiteiten op vraag van de aanvrager, ongeacht de meerwaardeklasse, voor zover het technische wijzigingen betreft zonder invloed op de doelgroep en de reeds vergoedbare indicaties.

De Koning bepaalt de wijze waarop de in het vorige lid bedoelde beslissing aan de aanvrager wordt meegedeeld.

§ 4. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kan een individuele herziening van de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten voorstellen na de eerste inschrijving op de lijst of na een wijziging van de vergoedingsmodaliteiten, volgens de nadere regels bepaald door de Koning. Een individuele herziening kan aanleiding geven tot een wijziging van de vergoedingsbasis, vergoedingsvoorwaarden en/of vergoedingscategorie of tot een schrapping van de lijst, na een herevaluatie van de criteria vermeld in § 2 die in aanmerking genomen zijn bij de beslissing tot opname op de lijst.

De Koning bepaalt de farmaceutische specialiteiten die in aanmerking komen voor een individuele herziening.

De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kan voor farmaceutische specialiteiten, een groepsgewijze herziening van de terugbetaling voorstellen, ongeacht of de betrokken specialiteiten voor een individuele herziening in aanmerking komen. Een groepsgewijze herziening kan aanleiding geven tot groepsgewijze of individuele wijziging van de vergoedingsbasis, vergoedingsvoorwaarden en/of vergoedingscategorie of tot een schrapping van de lijst. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen stelt het tijdstip vast waarop die groepsgewijze herziening gebeurt, op eigen initiatief of op vraag van de minister.

Indien, in het kader van een groepsgewijze herziening, het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen niet wordt geformuleerd binnen de door de minister vastgestelde termijn, wordt het voorstel geacht gegeven te zijn.

Ingeval een groepsgewijze herziening enkel of hoofdzakelijk geschiedt wegens budgettaire overwegingen kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen tevens alle betrokken aanvragers op eigen initiatief, of op vraag van de minister, verzoeken voorstellen te formuleren tot aanpassing van de prijs en van de vergoedingsbasis van de betrokken specialiteiten volgens de door de Koning vastgestelde procedure en nadere regels betreffende onder meer de termijnen van indiening en de ontvankelijkheidsvoorwaarden van de door de aanvragers ingediende voorstellen en betreffende de gevolgen van de onontvankelijkheid van deze voorstellen. Deze groepsgewijze herziening beoogt enkel specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) en 2) en kan worden beperkt tot de specialiteiten die hetzelfde werkzame bestanddeel bevatten. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de procedure bepalen van de toepassing op de specialiteiten waarvan het of de voornaamste werkzame bestanddelen verschillende zouten, esters, ethers, isomeren, mengsels van isomeren, complexen of derivaten zijn van het of de voornaamste werkzame bestanddelen van een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) of 2) tenzij die specialiteiten een beduidende meerwaarde bieden voor de veiligheid (wat de gebruiksvriendelijkheid en de bijwerkingen betreft) en de doeltreffendheid.

Op vraag van de minister of volgens de door de Koning vastgestelde criteria en nadere regels, kan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, in het kader van de in het vijfde lid bedoelde groepsgewijze herziening, rekening houdende met het werkzame bestanddeel, de dosering, de toedieningsvorm en eventueel het aantal eenheden in de verpakking voorstellen :

1° ofwel de betrokken farmaceutische specialiteiten in te delen in verschillende vergoedingscategorieën;

2° ofwel binnen eenzelfde vergoedingscategorie, de vergoedingsbasis van alle betrokken specialiteiten te verminderen tot een niveau gelijkwaardig aan dat van de laagste vergoedingsbasis.

Gedurende de procedure tot groepsgewijze herziening bedoeld in het vijfde lid en tot het verstrijken van een termijn van 18 maanden die loopt vanaf de eerste dag van de maand van inwerkingtreding van de beslissing genomen krachtens deze procedure, kan de Koning specifieke regels voorzien, met betrekking tot :

a) de ontvankelijkheid van de aanvragen tot wijziging van de vergoedingscategorie die door de aanvrager worden ingediend voor een specialiteit waarop de beslissing van toepassing is of van toepassing zou geweest zijn indien ze ingeschreven was op de lijst op het ogenblik waarop de lijst van de specialiteiten betrokken bij de groepsgewijze herziening werd vastgesteld;

b) de opname op de lijst van nieuwe specialiteiten, en meer bepaald, met betrekking tot de vaststelling van de referentiespecialiteit en tot de vaststelling van de vergoedingsbasis van de nieuwe opgenomen specialiteit in functie van de vastgestelde referentiespecialiteit, alsook met betrekking tot de wijze waarop deze specialiteit in voorkomend geval betrokken wordt bij de procedure tot groepsgewijze herziening bedoeld in het vijfde lid;

c) de vaststelling van de prijs en de vergoedingsbasis van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), en van de parallel ingevoerde specialiteiten bedoeld in § 9 in fine, waarop de beslissing genomen met toepassing van het zesde lid, 1°, van toepassing is;

d) de onbeschikbaarheid van een specialiteit waarop de beslissing genomen met toepassing van het zesde lid, 1°, van toepassing is, wanneer de bevoorrading van de groothandelaars verdelers met deze specialiteit voor meer dan één maand onderbroken wordt, ten einde een tijdelijke herschikking van de klassering in verschillende vergoedingscategorieën toe te laten;

e) de schrapping van een specialiteit waarop de beslissing genomen met toepassing van het zesde lid, 1°, van toepassing is, ten einde een tijdelijke herschikking van de klassering in verschillende vergoedingscategorieën toe te laten.

In afwijking van § 2, derde lid, en van § 5, tweede lid, treedt de beslissing genomen in toepassing van de groepsgewijze herziening bedoeld in het vijfde lid in werking de eerste dag van de vierde maand die volgt op de publicatie in het Belgisch Staatsblad.

In afwijking van § 5, tweede lid, treden de vrijwillige dalingen van de prijs en/of de vergoedingsbasis, die worden ingediend na de kennisname door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen van de in het vijfde lid bedoelde voorstellen, ten vroegste in werking de dag waarop de beslissing genomen in toepassing van de procedure tot groepsgewijze herziening bedoeld in ~~het vijfde lid~~<sup>13</sup> ~~artikel 5~~, in werking treedt.

---

<sup>13</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

§ 5. De Koning bepaalt de procedure volgens welke de lijst gewijzigd wordt in geval van een prijswijziging vastgesteld door de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft en in geval van wijziging aan de vergoedingsbasis van de opgenomen specialiteiten.

~~In geval van verlaging van de prijs en/of vergoedingsbasis treedt de wijziging van de lijst in werking op de datum die wordt vastgelegd in het ministerieel besluit.<sup>14</sup>~~

~~In geval van verlaging van de prijs en/of vergoedingsbasis treedt de wijziging van de lijst in werking op de eerste dag van de maand na afloop van een termijn van tien dagen te rekenen van de dag volgend op de bekendmaking ervan in het Belgisch Staatsblad. De Koning kan de gevallen bepalen waarbinnen kan worden afgeweken van deze datum van inwerkingtreding.~~

§ 6. De Koning, op voorstel van de minister en van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, omschrijft de procedure nader zoals beschreven in §§ 3 en 4, met inbegrip van de wijze waarop een aanvraag moet worden ingediend en de omstandigheden waarin en de wijze waarop de termijn kan worden geschorst. Hij werkt hierbij een vereenvoudigde procedure uit voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor de meerwaardeklasse 2 of 3 werd aangevraagd.

De Koning kan op voorstel van de minister, van de minister van Volksgezondheid en van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, bepalen welke informatie door de minister tot wiens bevoegdheid de Volksgezondheid behoort en door de minister tot wiens bevoegdheid de Economische Zaken behoort, moet worden megedeeld aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, buiten de informatie die de aanvrager moet indienen.

De Koning bepaalt op voorstel van de minister en van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, binnen welke termijnen en onder welke nadere regels de rapporten die met betrekking tot de evaluatie van farmaceutische specialiteiten werden opgesteld onder toezicht van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen aan het ministerie van Economische Zaken worden overgemaakt.

Hij bepaalt de voorwaarden waaraan de deskundigen die de evaluatierapporten opstellen moeten beantwoorden, onder meer op het vlak van onafhankelijkheid ten aanzien van de aanvragers, en stelt de nadere regels van hun vergoeding vast.

---

<sup>14</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

**§ 7.** Indien de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen de door de aanvrager voorgestelde basis van tegemoetkoming niet in verhouding acht met de evaluatie van de criteria bedoeld in § 2 kan zij, of de aanvrager aan de minister een overeenkomst met het Instituut af te sluiten.

De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de voorwaarden en de regels vast waaronder een dergelijke overeenkomst tussen de aanvrager en het Instituut kan worden gesloten.

*(Derde lid opgeheven door Wet 10/12/2009- BS 31/12/2009)*

**§ 8.** De Koning stelt de procedure vast welke dient gevolgd te worden bij wijziging van de modaliteiten van inschrijving of van de schrapping van een farmaceutische specialiteit op verzoek van de aanvrager. Hij bepaalt tevens de termijnen die in deze gevallen moeten worden nageleefd.

De Koning kan de gevallen bepalen waarbinnen de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wijzigingen in de lijst kan voorstellen aan de minister zonder tussenkomst van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen in geval van technische correcties van vergissingen onder diverse vormen.

De Koning kan bepalen in welke gevallen de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut aan de minister wijzigingen van de lijst kan voorstellen, na advies van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, met het oog op het verhogen van de coherentie tussen de vergoedingsmodaliteiten van verschillende specialiteiten of met het oog op administratieve vereenvoudigingen, en voor zover het wijzigingen betreft die geen invloed hebben op de doelgroep en de reeds vergoedbare indicaties.

**§ 9.** De Koning stelt op voorstel van de minister en van de minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, bijzondere procedurevoorschriften en termijnen vast voor de generische geneesmiddelen, weesgeneesmiddelen zijnde geneesmiddelen die hetzij overeenkomstig de voorwaarden van de verordening EG nr 141/2000 van het Europees Parlement en de Raad van 16 december 1999 inzake weesgeneesmiddelen, hetzij overeenkomstig de voorwaarden van artikel 25, § 7, van het koninklijk besluit van 3 juli 1969 betreffende de registratie van geneesmiddelen als weesgeneesmiddelen aangewezen zijn en de parallel ingevoerde farmaceutische specialiteiten, zijnde farmaceutische specialiteiten die parallel worden ingevoerd overeenkomstig het koninklijk besluit van 19 april 2001 betreffende de parallelinvoer van geneesmiddelen voor menselijk gebruik en de parallelle distributie van geneesmiddelen voor menselijk en diergeneeskundig gebruik.

**§ 10.** De Koning kan de regels bepalen waaronder de terugbetaling van de farmaceutische specialiteiten kan onderworpen worden aan een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer en/of een beoordeling van een college van geneesheren.

De Koning kan de regels bepalen waaronder de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten, kan worden toegestaan zonder voorafgaandelijke machtiging van de adviserend geneesheer, met een controle achteraf om vast te stellen en na te gaan of de betrokken specialiteiten door de zorgverlener werden voorgeschreven, overeenkomstig de aanbevelingen bepaald in artikel 73, § 2, tweede lid .

Hetzij de minister, na advies van nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen te hebben ingewonnen, hetzij de commissie tegemoetkoming geneesmiddelen op eigen initiatief, wijst de therapeutische klassen of subklassen aan van de farmaceutische specialiteiten of groepen van farmaceutische specialiteiten, die hiervoor in aanmerking komen.

De minister past de lijst van de vergoedbare specialiteiten aan overeenkomstig de door de Koning vastgelegde procedures.

**§ 11.** De Koning kan de regels bepalen waaronder de voorafgaandelijke machtiging van de adviserend geneesheer als bedoeld in § 10, eerste lid, niet langer vereist is, en dit zowel in het kader van de groepsgewijze herziening zoals bedoeld in § 4 als daarbuiten  
De Koning kan de regels bepalen waaronder de voorafgaandelijke machtiging van de adviserend geneesheer bedoeld in § 10, eerste lid, niet langer vereist is.

**§ 12.** De Koning bepaalt de voorwaarden en modaliteiten waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische specialiteiten die door de voorschrijver werden voorgeschreven met gebruikmaking van de International Non-Proprietary Name (INN) en, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, in de kosten van de farmaceutische specialiteiten waarvoor substitutie is toegestaan overeenkomstig artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

§ 13. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kan, aan de minister voorstellen om in geval van chronische of langdurige behandeling, de terugbetaling van bepaalde farmaceutische specialiteiten afhankelijk te maken van een start- of proefbehandeling met een kleine verpakking. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen bepaalt in dergelijke gevallen en per therapie, wat wordt verstaan onder een grote en een kleine verpakking. De Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kan de minister ook voorstellen dat de beslissing om een farmaceutische specialiteit in te schrijven in de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten wordt gekoppeld aan de registratie, de commercialisering op de Belgische markt en de indiening van een aanvraag om vergoeding van een of meerdere andere verpakkingen door de aanvrager. De Koning bepaalt de regels waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in dergelijke gevallen tegemoetkomt in de kosten van de betrokken farmaceutische specialiteiten.

§ 14. De Koning bepaalt de regels waaronder de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen aan de minister kan voorstellen om de geschiktheid van een verpakking binnen een bepaalde farmacotherapeutische klasse te beoordelen in functie van de therapeutische indicaties die voor vergoeding worden voorgesteld, de dosering en de behandelingsduur en Hij bepaalt de regels waaronder de minister de vergoeding kan beperken tot de door de Commissie voorgestelde verpakkingen.

§ 15. Wanneer de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten van rechtswege krachtens deze wet wordt aangepast, kan worden afgeweken van de wettelijk en reglementair vereiste advies- en toestemmingsbevoegdheden, op voorwaarde dat de betrokken organen daarvan op de hoogte worden gebracht, behalve wat de bevoegdheden betreft waarin is voorzien in de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Wanneer de aanpassing van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor akkoord moet worden voorgelegd aan de minister bevoegd voor de begroting, dient deze minister zijn beslissing mee te delen ten laatste de 10e dag die volgt op het versturen voor akkoord van het voorstel van aanpassing van de lijst. Bij gebrek wordt hij verondersteld akkoord te zijn met het voorgelegde ontwerp. Indien de reactietermijn van 10 dagen verkort wordt op vraag van de minister, wegens de termijn bedoeld in § 3, zesde lid, wordt het stilzwijgen van de minister bevoegd voor de begroting bij het verstrijken van de verkorte termijn evenwel beschouwd als het niet verkrijgen van een akkoord.

**§ 16.** De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de verzekering tegemoetkomt in de prijs van medische zuurstof en medische hulpmiddelen die gebruikt worden in het kader van zuurstoftherapie. Hij stelt, na advies van de Overeenkomstencommissie apothekers - verzekeringsinstellingen, de tegemoetkoming van de verzekering vast voor deze verstrekkingen alsook de regels met betrekking tot het voorschrijven, de aflevering en de tarifiering en de vergoeding van de hieraan verbonden huur en dienstverlening. De overeenkomstencommissie formuleert haar advies binnen de maand nadat de minister haar daartoe uitnodigt. Bij ontstentenis aan advies binnen deze termijn wordt het advies geacht positief te zijn.



## **Art. 35ter**

§ 1.<sup>15 16</sup> Een nieuwe vergoedingsbasis wordt (van rechtswege vastgesteld respectievelijk op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober van elk jaar) voor de specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1), wanneer (op 1 november, 1 februari, 1 mei of 1 augustus die er vooraf gaat) een farmaceutische specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevat, (ingeschreven is op de lijst bedoeld in artikel 35bis en niet onbeschikbaar is in de zin van artikel 72bis, § 1bis) en wanneer de vergoedingsbasis van die laatste op het ogenblik van haar aanneming ten minste 16 pct lager ligt of lag ten opzichte van de vergoedingsbasis van de genoemde specialiteiten.

Een nieuwe vergoedingsbasis wordt eveneens van rechtswege vastgesteld respectievelijk op 1 januari, 1 april, 1 juli en 1 oktober van elk jaar voor de specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) of c), 1), voor de specialiteiten waarvan het of de voornaamste werkzame bestanddelen verschillende zouten, esters, ethers, isomeren, mengsels van isomeren, complexen of derivaten zijn van het of de voornaamste werkzame bestanddelen van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) en 2).

De bepalingen van het eerste en het tweede lid kunnen niet op een zelfde specialiteit worden toegepast.

Die nieuwe vergoedingsbasis wordt berekend op basis van een theoretische prijs buiten bedrijf, die als volgt wordt berekend : de geldende prijs buiten bedrijf wordt verlaagd met 41 pct. voor de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en met 32,5 pct. voor de andere specialiteiten en vervolgens verhoogd met de marges voor de verdeling in het groot zoals toegekend door de minister bevoegd voor Economische Zaken en de marges voor de terhandstelling zoals toegekend door de ministers bevoegd voor Sociale Zaken en Economische Zaken en van toepassing op de farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek, enerzijds, of afgeleverd door een ziekenhuisapotheek, anderzijds, het honorarium, bedoeld in artikel 35octies, § 2, tweede lid alsook met de geldende BTW-voet.

De vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor op grond van de bepalingen onder het eerste of tweede lid een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, wordt twee jaar na het in werking treden van deze vergoedingsbasis, van rechtswege bijkomend verminderd met 6 pct.

---

<sup>15</sup> Op 1 mei 2009 wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor meer dan twee jaar geleden op grond van de bepalingen van artikel 35ter, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater van dezelfde wet, van rechtswege bijkomend verminderd met 2,5 %. (art. 157 van de Programmawet van 22/12/2008 BS 29/12/2008)

<sup>16</sup> Op 1 april 2010 :

- a) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor na 1 april 2006 en vóór 1 april 2008 op grond van de bepalingen onder artikel 35ter, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater van dezelfde wet, van rechtswege bijkomend verminderd met 1,54 pct.;
- b) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor vóór 1 april 2006 op grond van de bepalingen van artikel 35ter, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater van dezelfde wet, van rechtswege bijkomend verminderd met 4,98 pct..

Dit artikel is niet van toepassing op de specialiteiten waarop de bepalingen van artikel 35bis, § 4, vijfde lid, zijn toegepast. De bepalingen van dit artikel en de bepalingen van artikel 35ter, § 1, vijfde en zesde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kunnen niet gelijktijdig op eenzelfde specialiteit worden toegepast. (art. 38 Programmawet 23/12/2009 - BS 30-12-2009)

De vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor op grond van de bepalingen onder het eerste of tweede lid een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, wordt vier jaar na het in werking treden van deze vergoedingsbasis, van rechtswege bijkomend verminderd met 7 pct. voor de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en met 5,5 pct. voor de andere specialiteiten..

De vermindering bedoeld in het vijfde en zesde lid is niet van toepassing op de specialiteiten waarop de bepalingen van artikel 35bis, § 4, vijfde lid, zijn toegepast.

De vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor op grond van de bepalingen van het eerste lid een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, wordt twee jaar na het in werking treden van deze vergoedingsbasis, van rechtswege bijkomend verminderd met 2,5 %.

De vermindering bedoeld in het vijfde en zesde lid wordt ook toegepast op de specialiteiten die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten, maar waarop de bepalingen van het eerste of tweede lid niet worden toegepast.

**§ 2.** De in § 1 bedoelde verminderingen worden op de helft van de in § 1 vermelde percentages teruggebracht voor de injecteerbare vorm van specialiteiten of voor specialiteiten waarvan de toedieningsvorm erkend is als een vorm met een beduidend hogere specifieke therapeutische waarde, behalve wanneer een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), met hetzelfde werkzaam bestanddeel en dezelfde toedieningsvorm, (ingeschreven wordt op de lijst bedoeld in artikel 35bis en niet onbeschikbaar is in de zin van artikel 72bis, § 1bis, en) een vergoedingsbasis heeft die minstens 16 pct lager ligt of lag op het ogenblik van haar aanneming dan de vergoedingsbasis van de specialiteit waarvoor de toepassing van deze uitzondering gevraagd wordt.

De beduidend hogere specifieke therapeutische waarde van een toedieningsvorm wordt erkend volgens de voorwaarden die de Koning bepaalt, door vergelijking met de andere toedieningsvormen van de vergoedbare specialiteiten die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten.

De lijst kan ~~maandelijks-en~~<sup>17</sup> van rechtswege worden aangepast opdat rekening wordt gehouden met de erkende (of ingetrokken) uitzonderingen.

**§ 2bis.** De in § 1 bedoelde verminderingen worden op de helft van de in § 1 vermelde percentages teruggebracht wanneer wordt erkend dat de bedoelde specialiteiten een beduidende meerwaarde bieden voor de veiligheid en/of de doeltreffendheid ten opzichte van de specialiteiten bedoeld in paragraaf 1, eerste lid.

Deze beduidende meerwaarde wordt erkend volgens de door de Koning bepaalde voorwaarden.

De lijst kan ~~maandelijks-en~~<sup>18</sup> van rechtswege worden aangepast opdat rekening wordt gehouden met de erkende of ingetrokken uitzonderingen

---

<sup>17</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

<sup>18</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

§ 3. Voor de specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis is verlaagd op basis van paragraaf 1, moeten de aanvragers volgens de door de Koning vastgestelde regels en voorwaarden, tussen de drie volgende opties kiezen :

1° ofwel wordt de verkoopprijs aan publiek, of bij ontstentenis hiervan de verkoopprijs buiten bedrijf, verlaagd tot op een niveau dat gelijk is aan dit van de nieuwe vergoedingsbasis, vermeerderd met een veiligheidsmarge van 25 pct. van deze nieuwe vergoedingsbasis, met dien verstande dat deze veiligheidsmarge niet hoger kan zijn dan 10,80 euro;

2° ofwel wordt de verkoopprijs aan publiek, of bij ontstentenis hiervan de verkoopprijs buiten bedrijf, verlaagd tot op een niveau dat hoger is dan dit van de nieuwe vergoedingsbasis, maar lager dan het niveau, als berekend onder 1°;

3° ofwel wordt de verkoopprijs aan publiek, of bij ontstentenis hiervan de verkoopprijs buiten bedrijf, verlaagd tot het niveau van de nieuwe maximale vergoedingsbasis.

Indien de aanvrager niet kiest voor één van de drie bovenvermelde opties, wordt de specialiteit van rechtswege en zonder rekening te houden met de procedures bepaald in artikel 35bis, geschrapt uit de lijst.

De lijst kan ~~maandelijks en~~<sup>19</sup> van rechtswege worden aangepast opdat rekening wordt gehouden met de prijsverlagingen, bedoeld in eerste lid, 1°, 2° en 3°, of met de schrappingen van rechtswege, bedoeld in het voorgaande lid.

§ 4. Als na de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis op grond van § 1 blijkt dat er op de lijst geen enkele vergoedbare specialiteit meer voorkomt die aan de criteria voor de toepassing van § 1 voldoet, genieten de aanvragers van specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis is verlaagd op basis van § 1, van een van de volgende maatregelen :

1° ofwel, wanneer binnen een periode van 24 maanden na de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis op grond van § 1 blijkt dat er op de lijst geen enkele vergoedbare specialiteit meer voorkomt die aan de criteria voor de toepassing van § 1 voldoet en paragraaf 3, eerste lid, 1° of 2°, werd toegepast, wordt de vergoedingsbasis en de verkoopprijs aan publiek van rechtswege teruggebracht tot een bedrag dat gelijk is aan de oorspronkelijke verkoopprijs aan publiek, zoals van toepassing vóór de toepassing van de bepalingen van artikel 35ter ;

1°/1 ofwel, wanneer na een periode van 24 maanden na de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis op grond van paragraaf 1 blijkt dat er op de lijst geen enkele vergoedbare specialiteit meer voorkomt die aan de criteria voor de toepassing van paragraaf 1 voldoet en wanneer paragraaf 3, eerste lid, 1° of 2° werd toegepast, worden de vergoedingsbasis en de verkoopprijs aan publiek behouden op het niveau dat ze hadden tengevolge van de toepassing van paragraaf 1. Wanneer een farmaceutische specialiteit later opnieuw aanleiding kan geven tot de toepassing van paragraaf 1, worden deze specialiteiten vrijgesteld van de vermindering.

2° ofwel, wanneer § 3, 3°, is toegepast, wordt de vergoedingsbasis behouden op het niveau dat hij had naar aanleiding van de toepassing van § 1. Wanneer een farmaceutische specialiteit later opnieuw aanleiding kan geven tot de toepassing van § 1, worden deze specialiteiten vrijgesteld van de vermindering.

---

<sup>19</sup> treedt in werking op een door de Koning te bepalen datum

De regels die gevolgd dienen te worden wanneer is aangegeven dat een farmaceutische specialiteit is vrijgesteld van de toepassing van § 1<sup>er</sup>, worden vastgesteld door de Koning.

**§ 4bis.** Als na de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis op grond van paragraaf 1 blijkt dat er op de lijst geen enkele vergoedbare specialiteit meer voorkomt die aan de criteria voor de toepassing van paragraaf 1 voldoet, wordt de specialiteit die van rechtswege geschrapt werd volgens de bepalingen van artikel 35ter, § 3, tweede lid, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, van rechtswege opnieuw ingeschreven in de lijst, rekening houdend met de aanpassingen van de prijs, de vergoedingsbasis en de vergoedingsvoorwaarden die van toepassing zouden zijn geweest indien de specialiteit op de lijst ingeschreven gebleven was.

**§ 5.** Indien de specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, c), 2, die aanleiding zou moeten geven tot de toepassing van paragraaf 1, onbeschikbaar is in de zin van artikel 72bis, § 1bis, op het moment van haar inschrijving op de lijst, of indien ze het nadien wordt en dat dit meegedeeld wordt minstens 20 dagen vóór de inwerkingtreding van de nieuwe vergoedingsbasis vastgelegd in toepassing van paragraaf 1, wordt de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis uitgesteld ofwel tot de eerste aanpassing van de lijst die volgt op het aflopen van de onbeschikbaarheid van de betrokken specialiteit, ofwel tot op het moment dat een andere specialiteit aanleiding geeft tot de toepassing van paragraaf 1.

Indien de specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, c), 2, die aanleiding zou moeten geven tot de toepassing van paragraaf 1, onbeschikbaar wordt in de zin van artikel 72bis, § 1bis, na haar inschrijving op de lijst, en dat dit meegedeeld wordt minder dan 20 dagen vóór de inwerkingtreding van de nieuwe vergoedingsbasis vastgelegd in toepassing van paragraaf 1, zijn de bepalingen van paragraaf 4 van toepassing, ofwel tot de eerste aanpassing van de lijst die volgt op het aflopen van de onbeschikbaarheid van de betrokken specialiteit, ofwel tot op het moment dat een andere specialiteit aanleiding geeft tot de toepassing van paragraaf 1.

Indien het recht tot commercialiseren van de specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, c), 2, die aanleiding zou moeten geven tot de toepassing van paragraaf 1, betwist wordt naar aanleiding van het aanvoeren van een inbreuk op het octrooi op het voornaamste werkzaam bestanddeel, en indien het bewijs van deze betwisting voorgelegd wordt aan het Instituut minstens 20 dagen vóór de inwerkingtreding van de nieuwe vergoedingsbasis vastgelegd in toepassing van paragraaf 1, door middel van een afschrift van de gedingleidende akte die de vorm aanneemt ofwel van een kortgeding, ofwel van een stakingsvordering, dan wordt de vaststelling van de nieuwe vergoedingsbasis uitgesteld ofwel totdat een uitvoerbare rechterlijke beslissing wordt genomen over de bovenvermelde betwisting die het commercialiseren van de betrokken specialiteit toestaat, ofwel tot op het moment dat een andere specialiteit aanleiding geeft tot de toepassing van paragraaf 1.

**§ 6.** Op 1 april 2011 :

- a) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor na 1 april 2009 op grond van de bepalingen onder paragraaf 1, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, van rechtswege bijkomend verminderd met 1,43 %;
- b) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor op 1 mei 2009 op grond van de bepalingen onder paragraaf 1, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, van rechtswege bijkomend verminderd met 7,34 %;
- c) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor na 1 april 2007 en vóór 1 april 2009 op grond van de bepalingen onder paragraaf 1, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, van rechtswege bijkomend verminderd met 3,48 %;
- d) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor vóór 1 april 2007 op grond van de bepalingen van paragraaf 1, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, van rechtswege bijkomend verminderd met 5,49 %.

Deze paragraaf is niet van toepassing op de specialiteiten waarop de bepalingen van artikel 35bis, § 4, vijfde lid, zijn toegepast.

De bepalingen van deze paragraaf en de bepalingen van paragraaf 1, vijfde en zesde lid kunnen niet gelijktijdig op eenzelfde specialiteit worden toegepast.

**§ 7.** Op 1 april 2012 worden de in § 1 bedoelde verminderingen, rekening houdend met de bepalingen van de §§ 2 en 2bis, toegepast op de specialiteiten die binnen het toepassingsgebied van die § vallen, en waarvoor deze verminderingen nog niet werden toegepast.

**§ 8.** Op 1 april 2012 :

- a) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en waarvoor na 1 april 2008 op grond van de bepalingen van § 1 een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, alsook van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten, van rechtswege bijkomend verminderd met 14,49 pct.;
- b) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en waarvoor vóór 1 april 2008 op grond van de bepalingen van § 1 een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, alsook van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten, van rechtswege bijkomend verminderd met 15,84 pct.

**§ 9.** Op 1 januari 2014 :

- a) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming niet 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en waarvoor vóór 1 januari 2014 op grond van de bepalingen van § 1, een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, eventueel met toepassing van artikel 35quater, alsook van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), die hetzelfde werkzaam bestanddeel bevatten, van rechtswege bijkomend verminderd met 2,50 pct.;
- b) wordt de vergoedingsbasis van de specialiteiten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming niet 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt en waarvoor voor 1 januari 2014 op grond van de bepalingen van § 2 of § 2bis een nieuwe vergoedingsbasis werd vastgesteld, van rechtswege bijkomend verminderd met 0,9 pct.

**Art. 35quater.**

Volgens de door de Koning vastgestelde regels, bepaalt de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, op vraag van de minister of op eigen initiatief, geval per geval de groepen specialiteiten als bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 1) waarvan de indicaties en werkingsmechanismes gelijk of gelijksoortig zijn aan deze van specialiteiten bedoeld in artikel 35ter. Een nieuwe vergoedingsbasis wordt vastgesteld voor de aangeduide specialiteiten op basis van de prijs af fabriek, verminderd volgens de regels voorzien in artikel 35ter.

*(Tweede lid opgeheven bij Programmawet (ed. 1) 23/12/2009 - BS 30-12-2009)*

De bepalingen van artikel 35ter en van artikel 35quater kunnen niet op een zelfde specialiteit worden toegepast.

**Art. 35quinquies .**

Buiten de toepassing van de artikelen 35bis, § 4, zesde lid, 2°, 35bis, § 7, 35ter of 35quater, is het enkel mogelijk de verkoopprijs aan publiek van een farmaceutische specialiteit los te koppelen van haar vergoedingsbasis, op voorwaarde dat het verschil dat voortvloeit uit deze loskoppeling door de in artikel 35bis bedoelde aanvragers ten laste genomen wordt, onder door de Koning vastgestelde voorwaarden en regelen bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De betrokken bedragen worden onder de door de Koning vastgestelde voorwaarden en binnen de door Hem vastgestelde termijn aan het Instituut overgezonden.

**Art. 35sexies .**

Onverminderd de bepalingen van artikel 29bis , heeft de Commissie Tegemoetkoming van Geneesmiddelen als opdracht elk jaar, en voor het eerst op 1 mei 2006, voor de klassen aangeduid door de minister te onderzoeken of voor een gelijke of gelijksoortige indicatie één of meerdere vergoede specialiteiten bestaan die volgens de huidige stand van kennis niet beschikken over een beduidende therapeutische meerwaarde ten opzichte van één of meerdere vergoedbare specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis lager ligt.

De Commissie stelt een jaarverslag op van de analyses die ze heeft uitgevoerd overeenkomstig het eerste lid. Ze geeft dit door aan de Wetgevende Kamers en aan de minister.

Op basis van dit verslag, kan de minister of de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen een procedure van wijziging van de nadere vergoedingsregels van een of meerdere specialiteiten beginnen waarvoor de Koning aanvullende bepalingen kan vaststellen.

### **Art. 35septies.**

**§ 1.** Om de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen toe te laten zijn opdracht met betrekking tot de verstrekkingen, bedoeld in het artikel 34, eerste lid, 4°bis, voor zover het implantaten betreft, te vervullen, notificeert elke onderneming die een implantaat op de Belgische markt brengt of heeft, met uitzondering van de implantaten bedoeld in artikel 1, § 2, 4° en 5° van het koninklijk besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen en deze bedoeld in artikel 1, § 1, 4° en 5° van het koninklijk besluit van 15 juli 1997 betreffende de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen, dit implantaat bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut.

De Koning kan gedurende een maximale termijn van een jaar na de inwerkingtreding van deze bepaling voorzien in een overgangsregeling voor de implantaten die op dat ogenblik reeds op de Belgische markt zijn.

De onderneming deelt deze notificatie mee aan de betrokken zorgverleners.

De notificatie is niet van toepassing voor de implantaten bedoeld in artikel 1, 2., d) en e), van de Richtlijn 93/42/EEG van de Raad van 14 juni 1993 betreffende de medische hulpmiddelen en voor deze bedoeld in artikel 1, 2., d) en e), van de Richtlijn 90/385/EEG van de Raad van 20 juni 1990 betreffende de onderlinge aanpassing van de wetgevingen van de lidstaten inzake actieve implanteerbare medische hulpmiddelen.

Daarenboven kan de Koning op grond van de prijs of categorie bepalen voor welke implantaten geen notificatie moet gebeuren.

De Koning bepaalt tot welke andere geneeskundige verstrekkingen van artikel 34, eerste lid, 4°bis de in het eerste lid bedoelde notificatie kan worden uitgebreid.

De Koning stelt de nadere regels vast waaronder de notificatie en de bekendmaking ervan dient te gebeuren

Kosten van niet genotificeerde implantaten, die op grond van de bepalingen van deze paragraaf niet vrijgesteld zijn van de notificatieplicht, komen niet in aanmerking voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering en mogen evenmin de rechthebbenden ten laste worden gelegd.

**§ 2.** De Koning stelt de lijst van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, bedoeld in artikel 34, 4°bis, uiterlijk zes maanden na de inwerkingtreding van deze bepaling vast.

Deze lijst kan gewijzigd worden door de minister op voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen met uitzondering van de gevallen, bedoeld in § 7. De ondernemingen die de implantaten en invasieve medische hulpmiddelen op de Belgische markt brengen, hierna de aanvragers genoemd, of de minister, kunnen de Commissie verzoeken een voorstel te formuleren, of de Commissie kan op eigen initiatief een voorstel formuleren. De wijzigingen van de lijst kunnen bestaan in het opnemen en het schrappen van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en het wijzigen van de nadere regels van de inschrijving op de lijst.

De minister kan jaarlijks van rechtswege en zonder rekening te houden met de in deze wet vastgestelde procedurevoorschriften overgaan tot de herpublicatie van de integrale lijst van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, zonder dat daarbij inhoudelijke wijzigingen worden aangebracht.

§ 3. De beslissing omtrent het wijzigen van de lijst omvat een beslissing over de vergoedingsbasis, de vergoedbare indicaties, de vergoedingsvoorwaarden en de vergoedingscategorie en gebeurt na een evaluatie van één of meer van de volgende criteria :

1° de therapeutische waarde van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel :

deze therapeutische waarde wordt uitgedrukt in één van de volgende twee meerwaardeklassen :

- klasse 1 :

implantaten of invasieve medische hulpmiddelen met een aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven;

- klasse 2 :

implantaten of invasieve medische hulpmiddelen zonder aangetoonde therapeutische meerwaarde tegenover bestaande therapeutische alternatieven;

2° de prijs van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel en de door de aanvrager voorgestelde vergoedingsbasis;

3° het belang van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel in de medische praktijk in verhouding tot de therapeutische en sociale behoeften;

4° de budgettaire weerslag voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging;

5° de verhouding tussen de kosten voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en de therapeutische waarde.

De Koning kan de criteria nader omschrijven en kan bepalen hoe de meerwaardeklasse van een implantaat of invasief medisch hulpmiddel wordt vastgesteld alsmede welke van de 2° tot en met 5° opgesomde criteria ten minste beoordeeld moeten worden, afhankelijk van de meerwaardeklasse die door de aanvrager van het betrokken implantaat of invasief medisch hulpmiddel werd vermeld. De Koning kan de meerwaardeklassen verder onderverdelen in sub-klassen en bepalen welke van de 2° tot en met 5° opgesomde criteria ten minste beoordeeld moeten worden.



#### § 4.

1° In geval van indiening van een aanvraag tot wijziging van de lijst van de vergoedbare implantaten door een aanvrager, formuleert de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve medische hulpmiddelen een gemotiveerd voorstel.

De Koning omschrijft de nadere regels waaronder een aanvraag moet worden ingediend. Binnen de 45 dagen na ontvangst van het dossier, beslist het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen over de ontvankelijkheid van de aanvraag.

Indien de bij de aanvraag gevoegde inlichtingen niet toereikend zijn, laat het secretariaat de aanvrager onverwijld tot in bijzonderheden weten welke aanvullende inlichtingen vereist zijn. Een nieuwe termijn van 45 dagen begint te lopen wanneer het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen de ontbrekende inlichtingen ontvangt.

De Koning omschrijft de voorwaarden en nadere regels waarop de aanvrager op de hoogte wordt gebracht van de gemotiveerde beslissing aangaande de ontvankelijkheid.

De globale termijn voor het formuleren van het voorstel door de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen bedraagt maximaal 180 dagen, te rekenen vanaf de datum meegedeeld door het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen waarop het dossier ontvankelijk is verklaard.

Indien de bij de aanvraag gevoegde elementen na evaluatie ontoereikend zijn om een voorstel te kunnen formuleren, wordt de termijn van 180 dagen geschorst en laat de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen onverwijld weten welke aanvullende elementen vereist zijn.

De Koning bepaalt de wijze waarop de bovenvermelde termijn van 180 dagen kan worden geschorst.

Binnen een termijn van 60 dagen na het verstrijken van de termijn van 180 dagen neemt de minister, na akkoord van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing aangaande het voorstel van de Commissie, of bij ontstentenis van een voorstel van de Commissie, aangaande de aanvraag tot opname op de lijst.

Bij ontstentenis van enige reactie van de Minister bevoegd voor de Begroting binnen de 30 dagen, te rekenen vanaf de vraag tot akkoordbevinding, wordt de akkoordbevinding van de Minister bevoegd voor de Begroting geacht positief te zijn.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de voorwaarden en de nadere regels waaronder de minister kan afwijken van het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen binnen de termijn van 60 dagen zoals bedoeld in het negende lid.

Bij ontstentenis van een beslissing door de minister binnen bedoelde termijn wordt de beslissing geacht in overeenstemming te zijn met het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen.

Bij ontstentenis van een voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Hulpmiddelen binnen de 180 dagen en indien de minister in dit geval evenmin een beslissing binnen bedoelde termijn heeft genomen, wordt de aanvraag tot wijziging geacht te zijn verworpen.

2° Behoudens wanneer een aanvraag tot wijziging van de lijst van de vergoedbare implantaten door een aanvrager, onderneming die het implantaat op de Belgische markt brengt, is ingediend, waarbij de procedure en termijnen overeenkomstig 1° van deze paragraaf van toepassing zijn, beslist de minister over een aanvraag tot wijziging van vergoedbare implantaten of invasieve medische hulpmiddelen op grond van het voorstel dat door de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt geformuleerd. De Koning omschrijft de nadere regels waaronder een aanvraag moet worden ingediend.

De minister neemt, na akkoordbevinding van de Minister bevoegd voor de Begroting, een gemotiveerde beslissing aangaande het voorstel tot opname op de lijst van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen.

De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de voorwaarden en de nadere regels waaronder de minister kan afwijken van het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

**§ 5.** Uiterlijk de eerste dag van de tweede maand volgend op de beslissing tot wijziging van de lijst, zoals bedoeld in § 4, 1° en 2°, is de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Instituut ermee belast deze beslissing bekend te maken.

De Koning bepaalt de voorwaarden en nadere regels waarop de in deze paragraaf bedoelde beslissingen worden meegedeeld.

**§ 6.** Indien de minister uiterlijk op 30 september van een jaar een positieve beslissing omtrent opname op de lijst, zoals bedoeld in § 4, 1° en 2°, heeft genomen of geacht wordt een positief voorstel tot opname op de lijst van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen te hebben bevestigd, treedt de beslissing van de minister ten laatste in werking op 1 januari van het jaar volgend op deze beslissing.

Indien de minister na 30 september van een jaar een positieve beslissing omtrent opname op de lijst, zoals bedoeld in § 4, 1° en 2°, heeft genomen of geacht wordt een positieve beslissing tot opname op de lijst van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en invasieve medische hulpmiddelen te hebben bevestigd, treedt de beslissing van de minister ten laatste in werking op 1 januari van het tweede jaar volgend op deze beslissing

§ 7. De Koning kan de gevallen bepalen waarbinnen de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut wijzigingen in de lijst kan voorstellen aan de minister zonder tussenkomst van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen in geval van technische correcties van vergissingen.

### **Art. 35octies.**

**§ 1.** De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden en nadere regels bepalen overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent voor het honorarium van de apothekers voor de geneesmiddelen voor menselijk gebruik, bedoeld in artikel 1, § 1, 1), a) van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek. Het besluit wordt genomen op voorstel van de Overeenkomstencommissie apothekersverzekeringsinstellingen, geformuleerd op eigen initiatief of op verzoek van de minister. De minister kan vragen dat de commissie een voorstel formuleert binnen de termijn van een maand. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd of indien de minister er zich niet kan bij aansluiten kan hij zijn eigen voorstel aan de commissie voorleggen, die er haar advies over geeft binnen de termijn van een maand : dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen die termijn.

De verkoopprijs aan publiek van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b), c) en e), omvat evenwel steeds de verkoopprijs buiten bedrijf, vastgelegd door de minister bevoegd voor de Economische Zaken, de marges voor de verdeling in het groot zoals toegekend door de minister bevoegd voor Economische Zaken en de marges voor de terhandstelling zoals toegekend door de ministers bevoegd voor Sociale Zaken en Economische Zaken van toepassing op de farmaceutische specialiteiten afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek, het honorarium bedoeld in § 2, tweede lid,<sup>20</sup> en de geldende BTW-voet.

De apotheker kan geen andere bedragen aanrekenen aan de rechthebbende, tenzij nog andere honoraria worden ingesteld zoals bedoeld in artikel 48, § 1.

**§ 2.** Het honorarium vormt de vergoeding voor de farmaceutische zorg, overeenkomstig de principes en de richtsnoeren voor de goede farmaceutische praktijken zoals vastgelegd door de Koning in uitvoering van de bepalingen van artikel 4, § 2bis, van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

Het honorarium bestaat uit een vast bedrag. Bij de bepaling van het honorarium kunnen de vergoedbare specialiteiten worden ingedeeld<sup>21</sup> in groepen op basis van één of meer van de volgende criteria :

- 1° het behoren tot de groep van specialiteiten van eenzelfde niveau binnen de Anatomical Therapeutical Chemical Classification, namelijk het vierde niveau;
- 2° de behandelingsduur;
- 3° de toedieningsvorm;
- 4° de verkoopprijs aan publiek.

---

<sup>20</sup> Deze wijziging treedt in werking op een door de Koning re bepalen datum.

<sup>21</sup> Deze wijziging treedt in werking op een door de Koning re bepalen datum.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de criteria nader omschrijven en Hij bepaalt de nadere regels volgens dewelke de indeling van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten in groepen gebeurt. Aan elke groep wordt een honorariumniveau toegekend, waarvan de waarde wordt bepaald door de Koning, op voorstel van de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, geformuleerd op eigen initiatief of op verzoek van de minister. De minister kan vragen dat de commissie een voorstel formuleert binnen de termijn van een maand. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd of indien de minister er zich niet kan bij aansluiten kan hij zijn eigen voorstel aan de commissie voorleggen, die er haar advies over geeft binnen de termijn van een maand. Dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen die termijn. De lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis wordt vervolgens van rechtswege door de minister aangepast teneinde rekening te houden met het toegekende honorariumniveau. De Koning bepaalt tevens de nadere regels volgens dewelke een bepaald honorariumniveau wordt toegekend naar aanleiding van een aanvraag tot opname op deze lijst.

Het bedrag wordt jaarlijks aangepast aan de evolutie van de gezondheidsindex, tenzij de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, op eigen initiatief of op vraag van de minister beslist om het bedrag van de honoraria niet te indexeren en de indexmassa toe te kennen aan een specifiek in de nationale overeenkomst omschreven verantwoordelijkheidshonorarium.

De Koning kan, naast het honorarium bedoeld in het tweede lid, specifieke honoraria vaststellen als vergoeding voor de bijzondere farmaceutische zorg die Hij bepaalt. Die specifieke honoraria kunnen bestaan uit een vast bedrag per aflevering, een forfait of beide, en worden volledig ten laste genomen door de verzekering.

De Koning bepaalt de betrekkelijke waarde van het vast bedrag per aflevering van het honorarium of de specifieke honoraria.

**§ 3.** Bij het opmaken van de begroting voor geneeskundige verzorging, in het kader van de vaststelling van de financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 38, stelt de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen jaarlijks een maximaal bedrag voor voor de vergoeding die verschuldigd is aan de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek. De beslissing van de Algemene raad of de minister inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de vaststelling door het Verzekeringscomité van de partiële begrotingsdoelstellingen, overeenkomstig artikel 40, § 3, omvatten tevens een beslissing hierover.

Jaarlijks, in het kader van de technische ramingen bedoeld in artikel 38, vierde lid, raamt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut in de maand september van het jaar t-1 op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de meest recente gegevens eveneens de globale vergoeding aan de apothekers (marges en honoraria) voor de in de voor het publiek opengestelde apotheken afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor het jaar t.

Jaarlijks herhaamt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut in de maand april van het jaar t op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de meest recente gegevens de globale vergoeding aan de apothekers (marges en honoraria) voor de in de voor het publiek opengestelde apotheken afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor het jaar t en berekent het verschil tussen de doelstelling van het jaar t en de raming van het jaar t. Deze herraaming wordt meegedeeld aan de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité die ze na onderzoek ter goedkeuring verzendt aan de Algemene raad. Indien uit de herraaming blijkt dat deze globale vergoeding hoger ligt dan het maximaal bedrag dat is vastgesteld voor het jaar t voor de vergoeding die verschuldigd is aan de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek, dan bepaalt de Koning, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole en de Algemene raad, dat de verzekeringstegemoetkoming die wordt berekend door de erkende tarifieringsdiensten en die door de verzekeringsinstellingen verschuldigd is aan de apothekers, gedurende een door de Koning te bepalen periode verminderd wordt met een door de Koning te bepalen percentage.

Jaarlijks deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut in de maand september van het jaar t+1 op basis van de gegevensinzameling op basis van artikel 165 met de gegevens van het jaar t de globale vergoeding aan de apothekers (marges en honoraria, rekening houdend met de eventuele vermindering van de verzekeringstegemoetkoming bedoeld in het vorige lid) voor de in de voor het publiek opengestelde apotheken afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteiten voor het jaar t mee aan de Commissie voor Begrotingscontrole en het Verzekeringscomité. Indien deze globale vergoeding hoger ligt dan het maximaal bedrag dat is vastgesteld voor het jaar t voor de vergoeding die verschuldigd is aan de apothekers voor de aflevering van vergoedbare farmaceutische specialiteiten in een voor het publiek opengestelde apotheek, dan bepaalt de minister, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole en de Algemene raad, dat de honoraria worden verminderd in het jaar t+2, overeenkomstig de door de Koning te bepalen regels met betrekking tot de manier waarop de overschrijding van het maximaal bedrag wordt omgeslagen naar een vermindering van de honoraria. De Koning kan eveneens de voorwaarden en nadere regels bepalen waaronder het Instituut, via de verzekeringsinstellingen en de tarifieringsdiensten, een deel van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming bedoeld in het vorige lid terugstorten aan deze apothekers.

**Art. 36.**

§ 1. Na advies van de in artikel 50 bedoelde Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en van het Verzekeringscomité, zonder afbreuk te doen aan de geneeskundige plichtenleer, kan de Koning, bij in Ministerraad overlegd besluit, de regels bepalen volgens welke de verzekering voor geneeskundige verzorging, met het oog op de doeltreffendste organisatie van de verzekering, de samenwerking bevordert tussen de algemeen geneeskundigen, tussen de geneesheren-specialisten, alsmede tussen de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten.

Daartoe wordt een trapsgewijze organisatie van de geneeskundige verzorging ingesteld.

De Koning kan in dat kader de modaliteiten vaststellen volgens welke de procedure inzake verwijzing van de rechthebbende door de algemeen geneeskundige naar de geneesheer-specialist verloopt.

Hij stelt in het raam van die procedure de verplichtingen van elk van de voornoemde personen vast, alsmede de gevallen waarin van die procedure mag worden afgeweken.

Hij stelt eveneens de regels vast volgens welke het medisch dossier, zoals omschreven in het kader van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies, als instrument in de trapsgewijze organisatie van de geneeskundige verzorging kan worden gebruikt.

*Zesde lid opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

§ 2. De Koning kan volgens de in § 1 bedoelde procedure, voor de in deze paragraaf bedoelde punten, de gevolgen bepalen die, inzake de aard en de hoegrootheid van het honorarium van de zorgverleners en van de verzekeringstegemoetkoming, voortvloeien uit het naleven of niet-naleven van de vastgestelde regelen door zowel de zorgverleners als de rechthebbenden.

§ 3. De Minister kan de termijn bepalen waarbinnen de in dit artikel bedoelde adviezen moeten worden uitgebracht.

### **Art. 36bis.**

§ 1. De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, de voorwaarden en de procedure overeenkomstig dewelke een regeling inzake accreditering van sommige geneesheren wordt ingesteld.

Het bedoelde besluit wordt genomen op voorstel van de nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen. De Ministers kunnen de termijn bepalen waarbinnen de Commissie een voorstel kan doen. Indien dat voorstel niet binnen de termijn wordt gedaan of indien de Ministers zich er niet bij kunnen aansluiten, kunnen zij een eigen voorstel aan de Commissie voorleggen. De Commissie geeft dan advies over dat voorstel binnen de door de Ministers bepaalde termijn. Na het verstrijken van die termijn kan dan over het besluit, in voorkomend geval aangepast aan het advies van de Commissie, beraadslaagd worden in de Ministerraad.

De accreditering impliceert het voldoen aan bepaalde kwaliteitsvereisten, waaronder:

- een systeem van continue opleiding;
- de kwaliteitscontrole door ambtsgenoten (“peer review”) georganiseerd in het kader van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies;
- de optimale organisatie van de medische praktijk georganiseerd in hetzelfde koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967.
- het naleven van regels of aanbevelingen inzake het rationeel voorschrijven van geneesmiddelen en specialistische verstrekkingen vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie of, desgevallend, door de Commissie Tegemoetkoming van Geneesmiddelen na kennisgeving door het Instituut aan de betrokken overeenkomsten en akkoordcommissies met uitwerking vanaf de eerste dag van de tweede maand volgend op de kennisgeving.

De Koning stelt, volgens de hiervoren bedoelde procedure, tevens de organen vast die instaan voor de organisatie van de accreditering, alsmede hun samenstelling en werkingsregels.

De Koning kan volgens de hiervoren bedoelde procedure, de regels vaststellen voor de financiering van de werking van de organen die instaan voor de organisatie van de accreditering enerzijds, en van de lokale kwaliteitsgroepen anderzijds. Hij kan de voorwaarden bepalen waaronder het door Hem te bepalen deel van de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 50, § 6, laatste lid, wordt aangewend voor de financiering.



§ 2. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, en op voorstel van de betrokken akkoorden- of overeenkomstencommissie bedoeld in artikel 26, een regeling inzake accreditering uitwerken voor de in de artikelen 2, 3, 4, 5, § 2, 21bis, 21quater en 22 van hetzelfde koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 bedoelde beroepsbeoefenaars.

§ 3. De Koning bepaalt, volgens de in § 1 bedoelde procedure, de voorwaarden en de nadere regels van een regeling waarbij aan sommige geneesheren een voordeel wordt toegekend indien zij beantwoorden aan kwalitatieve of kwantitatieve vereisten van medische praktijkvoering zoals bepaald door de Nationale Raad voor kwaliteitspromotie bij het verrichten of voorschrijven van verstrekkingen inzake geneeskundige verzorging. Hij kan bepalen dat daartoe de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 50, § 6, laatste lid, wordt verhoogd.

**Art. 36ter.**

§ 1. In afwachting dat de Koning, overeenkomstig de bepalingen van artikel 36bis, een reglementering betreffende de accreditering voor de geneesheren, de tandheelkundigen en de apothekers gespecialiseerd in klinische biologie, heeft ingevoerd, wordt die materie verder geregeld door de in artikel 50, § 1, bedoelde nationale akkoorden geneesheren-ziekenfondsen en tandheelkundigen-ziekenfondsen en door de in artikel 48 bedoelde overeenkomst met de apothekers.

§ 2. Het op 17 februari 1997 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen wordt geacht voor 1998 te voorzien in een forfaitair honorarium van 20.000 frank.

**Art. 36quater.**

De Koning bepaalt, op gezamenlijke voordracht van de ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, en bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de werking van de huisartsenkringen erkend overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 9 van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

Het bedoelde besluit wordt genomen op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. De ministers kunnen de termijn bepalen waarbinnen de Commissie een voorstel kan doen. Indien dat voorstel niet binnen de termijn wordt gedaan of indien de ministers zich er niet bij kunnen aansluiten, kunnen zij een eigen voorstel aan de Commissie voorleggen. De Commissie geeft dan advies over dat voorstel binnen de door de ministers bepaalde termijn.

**Art. 36quinquies.**

De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de geneesheren die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten.

Het besluit wordt genomen op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. De minister kan vragen dat de commissie een voorstel formuleert binnen de termijn van een maand. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd of indien de minister er zich niet kan bij aansluiten kan hij zijn eigen voorstel aan de commissie voorleggen, die er haar advies over geeft binnen de termijn van een maand: dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen die termijn.

**Art. 36sexies.**

De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de zorgverleners van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers.

Het besluit wordt genomen op voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie. De minister kan vragen dat de commissie een voorstel formuleert binnen de termijn van een maand. Indien het voorstel niet binnen die termijn wordt geformuleerd of indien de minister er zich niet kan bij aansluiten kan hij zijn eigen voorstel aan de commissie voorleggen, die er haar advies over geeft binnen de termijn van een maand: dat advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen die termijn.

**Art. 36septies.**

Onverminderd de bepalingen van artikel 35, §§ 1 en 2, kan de Koning de voorwaarden en de nadere regels bepalen overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier.

**Art. 36octies.**

De Koning bepaalt op gezamenlijke voordracht van de ministers die respectievelijk Sociale zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent in de kosten verbonden aan de organisatie van een praktijk overeenkomstig de normen vastgesteld op basis van artikel 35duodecies van het koninklijk besluit nr. 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidsberoepen.

Het bedoelde besluit wordt genomen op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen. Indien het voorstel niet binnen de termijn van één maand wordt gedaan of indien de ministers zich er niet bij kunnen aansluiten, kunnen zij een eigen voorstel aan de commissie voorleggen. De Commissie geeft dan advies over het voorstel binnen de termijn van één maand.

**Art. 36nonies.**

Op voordracht van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen bepaalt de Koning de voorwaarden en de modaliteiten volgens welke het Instituut een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren bedoeld in artikel 211 van de voormelde gecoördineerde wet. De bedragen van die financiële tegemoetkoming worden eveneens vastgesteld door de Koning en worden voorafgenomen op de begroting van de administratiekosten van het Instituut - tak van de geneeskundige verzorging. Op voordracht van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie kan de Koning voorzien in een financiële tegemoetkoming voor de werking van de in artikel 211, van de gecoördineerde wet, bepaalde representatieve beroepsorganisaties van andere zorgverleners.

**Art. 36decies.**

De Koning stelt op gezamenlijk voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen de voorwaarden en de nadere regels vast waaronder het Instituut een financiële tegemoetkoming toekent voor de invoering en de werking van het farmacotherapeutisch overleg met het oog op een betere samenwerking op lokaal vlak tussen de geneesheren en de apothekers in het kader van de optimale farmaceutische follow-up van de patiënten. Het bedrag van die financiële tegemoetkoming wordt eveneens vastgesteld door de Koning en wordt voorafgenomen op de begroting van de administratiekosten van de tak geneeskundige verzorging van het Instituut.

**Art. 36undecies.**

De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de apothekers met een voor het publiek toegankelijke officina een financiële tegemoetkoming wordt verleend ter vergoeding van kosten die verband houden met veiligheid en informatica.

**Art. 36duodecies.**<sup>22</sup>

De Koning kan, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, een impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde oprichten, bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. De maatregelen kunnen rekening houden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde, en kunnen onder meer betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet-verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.

De uitgaven van het impulsfonds worden ten laste genomen door de begroting van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Koning bepaalt, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de werkingsregels van het impulsfonds.

---

<sup>22</sup> Dit artikel heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2008 (art. 123 Wet houdende diverse bepalingen (I) (1) BS 06-04-2012)

**Art. 36terdecies.**

De Koning legt, op gezamenlijk voorstel van de ministers die respectievelijk bevoegd zijn voor Sociale Zaken en voor Volksgezondheid, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden vast, waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiering toekent aan de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging krachtens de normen die zijn vastgelegd op basis van artikel 170, § 1, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

**Art. 36quatrodecies**

De Koning bepaalt, op voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, de voorwaarden en de nadere regels, aan de hand waarvan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen forfaitaire honoraria betaalt, met het oog op het stimuleren van de aanwezigheid van de geneesheren gespecialiseerd in de pediatrie in het ziekenhuis, zodat deze expertise beschikbaar is buiten de uurroosters waarvoor de betaling van beschikbaarheidshonoraria voorzien is.

### **Art. 37.**

**§ 1** Voor de in artikel 34, eerste lid, 1<sup>o</sup>, 7<sup>o</sup>bis, 7<sup>o</sup>ter en 7<sup>o</sup>quater, bedoelde hulp wordt de verzekeringstegemoetkoming vastgesteld op 75 pct. van de overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld in artikel 44, §§ 1 en 2, van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 50 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid, of van artikel 50, § 11, eerste lid.

Voor de in § 19 bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming wordt de verzekeringstegemoetkoming vastgelegd op 90 pct. van de hen betreffende tarieven, uitgezonderd voor wat betreft de raadpleging van geneesheren-specialisten waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 85 pct. bedraagt van de hen betreffende tarieven.

De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, op voorstel of na advies van het Verzekeringscomité, het aandeel van de rechthebbende afschaffen of beperken tot een bedrag dat Hij vaststelt; dat bedrag mag niet hoger zijn dan 25 pct. van de kostprijs van de verstrekking of van een groep van verstrekkingen die voortvloeien uit de overeenkomst of het akkoord.

De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de logopedie-, kinesitherapie-, fysiotherapie-, podologie- en diëtetiekverstrekkingen verhogen, zoals die verstrekkingen opgesomd zijn in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, ongeacht de bekwaming van de zorgverlener. Dat persoonlijk aandeel mag evenwel niet hoger zijn dan 40 pct. van de vastgestelde kostprijs. Voor de in § 19 bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, mag dat persoonlijk aandeel evenwel niet hoger zijn dan 20 pct. van de hen betreffende tarieven.

De Koning kan voor eenzelfde prestatie een verschillend persoonlijk aandeel vaststellen naargelang de zorgverlener al dan niet voldoet aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming, bedoeld in artikel 35, § 1, tweede lid.

De verzekeringstegemoetkoming die in het eerste lid op 75 % is vastgesteld, wordt op 90 pct. gebracht voor de forfaitaire honoraria, de forfaits B en C genoemd<sup>23</sup>, voor de patiënten van wie de afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de criteria die zijn vastgesteld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984.

De Koning kan de verzekeringstegemoetkomingen vaststellen voor de in het vorige lid vermelde forfaitaire honoraria.\*

(\*: Wijzigingen in voege vanaf 01/02/2009)

§ 2. Een gedeelte van de kostprijs van de in artikel 34, 4° bis en 5°, bedoelde verstrekkingen kan voor rekening van de rechthebbenden worden gelaten, onder de voorwaarden die de Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit.

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden het persoonlijk aandeel kan worden afgeschaft of verminderd voor in § 1, tweede en derde lid, en § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Binnen de grenzen van de voorwaarden die de Koning aldus heeft vastgesteld, kan de minister van rechtswege de lijst van vergoedbare specialiteiten en de lijst van de vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen aanpassen, met betrekking tot het bedrag van het persoonlijk aandeel.

§ 2/1. Voor de in artikel 34, eerste lid, 4° bis, bedoelde verstrekkingen, die worden verstrekt aan rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis, met inbegrip van de daghospitalisatie, 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.

De in het eerste lid bedoelde verstrekkingen kunnen worden vergoed op basis van een vast bedrag per opname.

Het persoonlijk aandeel kan bestaan in een vast bedrag per opname, ten laste van de in het eerste lid bedoelde rechthebbenden.

De Koning kan bepalen dat de tegemoetkoming en het in het tweede en het derde lid bedoelde persoonlijke aandeel, enkel voorzien worden voor de in het eerste lid bedoelde rechthebbenden die een medische ingreep, behorende tot de door Hem vastgestelde lijst van de in artikel 34, eerste lid, 3°, bedoelde verstrekkingen hebben ondergaan.

Het globaal budget van de in het tweede lid bedoelde vaste bedragen wordt jaarlijks vastgesteld door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en wordt in voorkomend geval 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 de in het eerste lid bedoelde verstrekkingen geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld.

§ 3. 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 laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld.



§ 3/1. Voor de geneesmiddelen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, a), b) en c), die worden verstrekt aan rechthebbenden die verblijven in psychiatrische verzorgingstehuizen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, kan de Koning bijzondere regels voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden.

Dit persoonlijk aandeel kan bestaan in een vast bedrag per verblijfdag ten laste van alle rechthebbenden die verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis, voor het geheel van de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen die daar worden verstrekt. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden kan eveneens betrekking hebben op de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen die niet zijn opgenomen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis.

De in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen worden vergoed op basis van een door de Koning te bepalen forfaitair bedrag.

De psychiatrische verzorgingstehuizen mogen voor de kosten van de voornoemde geneesmiddelen geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld. (in voege vanaf 01/02/2009)

§ 3/2. Voor de geneesmiddelen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, a), b) en c), die worden afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, in bijzondere regels voorzien met betrekking tot de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging en het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden.

Dit persoonlijk aandeel en/of de tegemoetkoming kunnen bestaan in een vast bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek, voor het geneesmiddel of, voor het geheel van de geneesmiddelen die voor deze indicatie, deze behandeling of dit onderzoek worden verstrekt. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden kan eveneens betrekking hebben op de in het vorige lid bedoelde geneesmiddelen die niet zijn opgenomen op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis.

De Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, kan bepalen dat de in het eerste lid bedoelde geneesmiddelen worden vergoed op basis van een door Hem te bepalen forfaitair bedrag. Op dezelfde wijze bepaalt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de klassen van geneesmiddelen die het voorwerp kunnen uitmaken van een tegemoetkoming in de vorm van een vast bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek.

De apothekers mogen voor de kosten van de voornoemde geneesmiddelen geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het persoonlijk aandeel zoals het door de Koning is vastgesteld.

§ 3/3. 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.

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.

§ 4. De Koning kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, voorzien in een eenvormig persoonlijk aandeel, hetzij voor alle rechthebbenden, hetzij voor categorieën van rechthebbenden, in de kostprijs van de farmaceutische produkten.

§ 5. Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 2°, 3°, 4° en 4°bis, die door geneesheren-specialisten worden verleend, wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 pct. van de honoraria en de prijzen vastgesteld door de in de artikelen 42 en 50 bedoelde overeenkomsten of akkoorden of door het document bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, of door de Koning, ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid, of van artikel 50, § 11, eerste lid.

De Koning kan evenwel voorzien in een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige in artikel 34, 3° en 4° bedoelde verstrekkingen. Voor de in artikel 34, 3°, bedoelde verstrekkingen kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, naast dat persoonlijk aandeel nog voorzien in een forfaitair aandeel per opneming, ten laste van iedere rechthebbende die in een ziekenhuis verblijft, zulks ongeacht het feit of tijdens de opneming al dan niet één van die verstrekkingen wordt verricht.

Dit persoonlijk aandeel kan voor eenzelfde prestatie verschillend zijn naargelang de zorgverlener al dan niet voldoet aan de bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming, bedoeld in artikel 35, § 1, tweede lid.

§ 6. Voor de in artikel 34, 7°, 8° en 9°, a), bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 pct. van de honoraria en prijzen, vastgesteld door de in artikel 22, 6°, bedoelde overeenkomsten.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

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 een in artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek bedoelde sanctie van niveau 2 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.

§ 7. Voor de in artikel 34, 6°, bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld overeenkomstig de bepalingen ter zake van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. In de andere gevallen wordt ze door de Minister vastgesteld.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

§ 8. De Koning stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor de in artikel 34, 15°, bedoelde verstrekkingen, alsmede de voorwaarden voor de tegemoetkoming.

§ 9. De Koning stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor de in artikel 34, 17°, bedoelde verstrekkingen die Hij bepaalt, alsmede de voorwaarden voor de tegemoetkoming.

§ 10. De in artikel 44, § 2, bedoelde reiskosten en die welke zijn bepaald in de in artikel 50 bedoelde akkoorden, worden ten belope van 75 pct. door de verzekering voor geneeskundige verzorging vergoed wanneer de rechthebbende thuis wordt verzorgd of wanneer de reiskosten het gevolg zijn van het feit dat een geneesheer door de behandelend geneesheer ter consult wordt bijgeroepen.

In de eerste hypothese kunnen in de akkoorden of de overeenkomsten de regels voor de toekenning van die tegemoetkoming worden vastgesteld.

De Koning kan evenwel het persoonlijk aandeel in de reiskosten vaststellen op een forfaitair bedrag dat evenwel niet hoger mag zijn dan 50 pct. van de bedoelde kosten.

Geen enkel persoonlijk aandeel is door de palliatieve thuispatiënt verschuldigd in de zin van het koninklijk besluit van 2 december 1999 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmateriaal en hulpmiddelen voor palliatieve thuispatiënten, bedoeld in artikel 34, 14°, in de reiskosten die verband houden met de forfaitaire honoraria, de forfaits PA, PB, PC en PP genoemd.

**§ 11.** De tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de in artikel 34, 10°, bedoelde reiskosten wordt door de Minister vastgesteld.

Die tegemoetkoming kan onder de door de Koning vastgestelde voorwaarden worden verminderd bij in Ministerraad overlegd besluit.

**§ 12.** De Minister stelt, op voorstel van de het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen, alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de datum bepalen vanaf wanneer aan deze tegemoetkoming de kostprijs wordt toegevoegd van de sociale akkoorden die werden gesloten tussen de Federale Regering en de representatieve organisaties van werkgevers en werknemers en die betrekking heeft op de personeelskost die niet opgenomen is in het verstrekkingenpakket dat wordt bepaald in uitvoering van artikel 35, § 1, vijfde lid.

De personen die recht hebben op de verstrekkingen die worden verleend door de structuren bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13°, kunnen geen aanspraak maken op een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen waarin is voorzien in artikel 35 van deze wet, en die deel uitmaken van het verstrekkingenpakket dat de Koning met toepassing van artikel 34, eerste lid, 11°, 12° en 13° heeft vastgesteld, behoudens de uitzonderingen waarin de Koning uitdrukkelijk heeft voorzien.

§ 13. De Koning kan op voorstel of na advies van de overeenkomstencommissie en na advies van het Verzekeringscomité en de Commissie voor begrotingscontrole een forfaitaire tegemoetkoming van de verzekering vaststellen voor de verstrekkingen, die Hij aanduidt bedoeld in artikel 34, eerste lid, 1°, b), alsook voor de specifieke kosten van de in dat artikel vermelde diensten thuisverpleging, alsmede de voorwaarden voor het toekennen van die tegemoetkomingen.

De Koning kan evenwel bepalen dat de verstrekkingen waarop het forfait van toepassing is enkel voor een door Hem nader te bepalen gedeelte door het forfait worden vergoed.

§ 14. Voor de in artikel 34, 18° bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld overeenkomstig de bepalingen ter zake van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en van de uitvoeringsbesluiten ervan.

Die tegemoetkoming kan worden verminderd onder de voorwaarden die bij een in Ministerraad overlegd besluit door de Koning worden bepaald.

§ 14bis. De Koning omschrijft de in artikel 34, eerste lid, 19°, 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.

§ 14ter. Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 20°, die niet uitsluitend tot de bevoegdheid van de apothekers behoren, wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vastgesteld op 100 pct. van de prijzen vastgesteld door de in artikel 42 bedoelde overeenkomsten of door de Koning, ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid.

De Koning kan evenwel, bij in Ministerraad overlegd besluit, voorzien in een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige van de in het voorgaande lid vermelde verstrekkingen.

De Koning bepaalt de verstrekkingen van endoscopisch en viscerosynthesemateriaal bedoeld in artikel 34, eerste lid 4°bis, waarvan de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging door Hem wordt vastgesteld op een percentage dat niet lager mag zijn dan 10 pct. van de prijzen vastgesteld door de in artikel 42 bedoelde overeenkomsten of door de Koning, ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid.

Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 20°, die uitsluitend tot de bevoegdheid behoren van de apothekers, kan een gedeelte van de kostprijs voor rekening van de rechthebbenden worden gelaten, onder de voorwaarden door de Koning bepaald bij in Ministerraad overlegd besluit.

**§ 14quater.** Voor de in artikel 34, 21°, bedoelde verstrekkingen wordt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging bepaald op 100 pct. van de honoraria en prijzen vastgesteld door de in artikel 22, 6°ter, bedoelde overeenkomsten.

**§ 14quinquies.** De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de vergoedingsvoorwaarden vast voor de in artikel 34, 22° en 23°, bedoelde verstrekkingen.

**§ 15.** Voor de in artikel 68, § 2, bedoelde verstrekkingen wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende gehandhaafd op het niveau dat van toepassing was voor het niet verminderd tarief.

Voor de in artikel 34, 1°, a), bedoelde verstrekkingen waarvoor, met toepassing van artikel 77, verschillende honoraria worden toegepast, wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende behouden op het peil dat geldt indien artikel 77 niet van toepassing zou zijn.

**§ 16.** De Koning kan bepalen dat de verzekeringstegemoetkoming van bepaalde door Hem aan te duiden geneeskundige verstrekkingen die onder de toepassing vallen van artikel 103 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, geheel of gedeeltelijk wordt opgeheven.

**§ 16bis.** De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, onder de voorwaarden die Hij bepaalt:

- 1° het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden met een chronische ziekte, volledig of gedeeltelijk afschaffen;
- 2° een forfaitaire toelage, waarvan Hij het bedrag bepaalt, instellen ten behoeve van voornoemde rechthebbenden als bijkomende tegemoetkoming in hun uitgaven voor geneeskundige verzorging.
- 3° een bijkomende tegemoetkoming in de uitgaven van geneeskundige verzorging instellen die voortvloeien uit bepaalde aandoeningen die voorkomen op een lijst die door Hem wordt vastgesteld, of ten behoeve van rechthebbenden die zich bevinden in een door Hem omschreven behartenswaardige toestand inzonderheid rekening houdend met de leeftijd of het geslacht van de betrokken rechthebbenden.;

De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, welke rechthebbenden voor de toepassing van het eerste lid, 2° moeten worden beschouwd als rechthebbenden met een chronische ziekte, waarbij deze rechthebbenden een of meer van de volgende voorwaarden dienen te vervullen:

- lijden aan een ziekte die voorkomt op een door Hem vastgestelde lijst;
- een door Hem te bepalen graad van zorgbehoevendheid bereiken;
- gedurende een door Hem te bepalen periode een bedrag aan persoonlijke aandelen hebben betaald, dat een door Hem vastgesteld grensbedrag overschrijdt.

Na advies van de bevoegde Technische raad kan de Koning de geneeskundige verstrekkingen vaststellen waarop de bepaling van het eerste lid, 1°, wordt toegepast. Het advies van de Technische raad wordt geacht te zijn gegeven indien het niet is geformuleerd binnen een termijn van twee maanden nadat hij daarom is verzocht.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in het eerste lid, 3°, bedoelde hoegrootheid van de tegemoetkoming, de voorwaarden waaronder de tegemoetkoming kan worden verleend, de uitgaven waarop de tegemoetkoming betrekking heeft alsmede de voorwaarden waaraan deze uitgaven dienen te beantwoorden. De Koning kan de regels bepalen waaronder de tegemoetkoming kan onderworpen worden aan een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer of een beoordeling van het College van geneesheren-directeurs. Voor zover de uitgaven van geneeskundige verzorging geneesmiddelen betreffen, worden alle tarifieringsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen verplicht gedaan via door de minister erkende tarifieringsdiensten, overeenkomstig de bepalingen van het artikel 165.

Als de tegemoetkoming bedoeld in het eerste lid, 3°, echter betrekking heeft op verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° of 20°, kan de Koning de lijst wijzigen bij een besluit waarvoor geen overleg in de Ministerraad is vereist.



§ 16ter. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, het persoonlijk aandeel betreffende de geneeskundige verstrekkingen die worden verleend aan rechthebbenden die palliatieve verzorging behoeven volledig of gedeeltelijk afschaffen.

§ 17. Het in dit artikel bedoeld persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de verzorging is in alle gevallen opeisbaar. Dat persoonlijk aandeel wordt verplicht geïnd voor de verstrekkingen inzake klinische biologie waarvan in zo'n aandeel is voorzien door de Koning. De Koning kan deze verplichting uitbreiden tot andere verstrekkingen, voorzien in afwijkingen op deze verplichting of een minimumhoeveelheid aan prestaties bepalen waarop deze verplichting van toepassing is. Hij bepaalt de toepassingsregels van deze bepaling.

§ 18. De Koning kan, met ingang van 1 januari 1994, bij in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Algemene raad, het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen, aanpassen in functie van het inkomen en de gezinssamenstelling van de rechthebbende.

De Koning kan daartoe inzonderheid bepalen:

1° de categorieën van rechthebbenden waarvoor de verzekeringstegemoetkoming wordt aangepast;

2° de verstrekkingen die voor de aanpassing in aanmerking komen;

3° het inkomen van de in 1° bedoelde rechthebbenden waarmee bij de aanpassing rekening wordt gehouden;

4° het gedeelte van de verzekeringstegemoetkoming dat wordt aangepast.

Het bijkomend persoonlijk aandeel dat voortvloeit uit de toepassing van deze paragraaf, kan niet het voorwerp uitmaken van een individueel of collectief gesloten verzekeringscontract, van een door de ziekenfondsen of landsbonden van ziekenfondsen georganiseerde dienst, of van om het even welke terugbetaling onder welke vorm ook. Ieder beding strijdig met het bepaalde in dit lid is van rechtswege nietig.

De Controledienst voor verzekeringen, de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen en de Dienst voor administratieve controle van het Instituut kunnen, naargelang van het geval, ten aanzien van iedere natuurlijke of rechtspersoon bedoeld in voorgaand lid een administratieve geldboete opleggen van 2.500 EUR per verzekerde. De Koning bepaalt, bij in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden en modaliteiten en duidt de ambtenaren aan, belast met de controle en het toezicht op de toepassing van de bepalingen van deze paragraaf.

De Koning kan, bij in Ministerraad overlegd besluit, afwijkingen voorzien op de verbodsbepaling, bedoeld in het derde lid, volgens de voorwaarden en binnen de grenzen die Hij bepaalt.

§ 19. Gezinnen met een bescheiden inkomen genieten een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Onder gezin verstaat men de eenheid samengesteld uit de aanvrager, zijn **niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot echtgenoot**<sup>24</sup> of samenwonende persoon en hun personen ten laste in de zin van artikel 32, eerste lid, 17°, 18° en 19°. Als de aanvrager bij zijn ziekenfonds is ingeschreven als persoon ten laste is het gezin echter samengesteld uit de aanvrager, de gerechtigde ten laste van wie hij is ingeschreven, de **niet feitelijk gescheiden of niet van tafel en bed gescheiden echtgenoot echtgenoot**<sup>25</sup> of samenwonende persoon van die gerechtigde en hun personen ten laste. **De Koning kan echter bepalen dat het gezin anders wordt samengesteld in de in het negende lid bedoelde gevallen en wanneer een kind is ingeschreven als gerechtigde.**<sup>26</sup>

Er wordt rekening gehouden met de belastbare bruto-inkomsten van het gezin. Onder belastbare bruto-inkomsten verstaat men het bedrag van de inkomsten zoals ze zijn vastgesteld inzake inkomstenbelasting voor elke aftrek, alsook elk ander bestaansmiddel bepaald volgens de nadere regels vastgesteld door de Koning.

Worden eveneens in aanmerking genomen, de inkomens die in België van belasting zijn vrijgesteld krachtens internationale overeenkomsten tot het vermijden van de dubbele belasting of andere internationale verdragen of akkoorden, of ze nu gelden voor de berekening van de belasting van andere inkomens of niet, alsook de inkomens van de personen bedoeld in artikel 227, 1°, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 die van belasting worden vrijgesteld overeenkomstig de artikelen 230 of 231, § 1, 2°, van hetzelfde Wetboek.

De Koning kan tevens nadere regels vaststellen voor de precisering van de voornoemde inkomsten of bestaansmiddelen, alsook de voorwaarden vaststellen waaronder de voornoemde inkomsten of bestaansmiddelen geheel of gedeeltelijk worden vrijgesteld.

De Koning legt het inkomensplafond vast waaronder het betroffen gezin wordt beschouwd als over bescheiden inkomens te beschikken. Hij legt de voorwaarden en nadere regels vast voor de opening, het behoud en de intrekking van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, rekening houdend met de in deze paragraaf aangebrachte preciseringen.

Bij het vastleggen van de openingsvoorwaarden wordt er rekening gehouden met een periode van één kalenderjaar waarin het gezin een bescheiden inkomen genoot, hierna genoemd referentieperiode. De Koning bepaalt evenwel de omstandigheden waarin, geheel of gedeeltelijk, van deze referentieperiode kan worden afgeweken. Er wordt geen rekening gehouden met een referentieperiode als de situatie waarin een lid van het betrokken gezin zich bevindt gekenmerkt wordt door een gevoelig en duurzaam verlies van inkomsten. Dat is in het bijzonder het geval in geval van pensionering, genot van invaliditeitsuitkeringen bedoeld in artikel 93 of voor een mindervalide gerechtigde in de zin van artikel 32, eerste lid, 13°.

---

<sup>24</sup> Treedt in werking vanaf 1 januari 2014

<sup>25</sup> Treedt in werking vanaf 1 januari 2014

<sup>26</sup> Treedt in werking vanaf 1 januari 2014

De voornoemde referentieperiode wordt verminderd als de situatie waarin een lid van het gezin zich bevindt van aard is om een gevoelig verlies van inkomsten met zich mee te brengen. Dat is in het bijzonder het geval in geval van weduwnaarschap of weduwschap, ~~echtscheiding of scheiding als de echtgenoot de hoedanigheid van persoon ten laste van zijn echtgenoot behoudt,~~<sup>27</sup> voor een eenoudergezin of voor een langdurig werkloze.

De Koning legt de nadere regels vast volgens dewelke een gezin bewijst dat het aan de voornoemde voorwaarden voldoet. Het ziekenfonds, de gewestelijke dienst van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding, waar de leden van het betrokken gezin bij zijn aangesloten beslist op basis van de vereiste bewijsstukken over de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming kan, volgens de door de Koning vastgestelde voorwaarden, automatisch worden toegekend als een lid van het betrokken gezin een door de Koning bepaald voordeel geniet, voor zover dat voordeel wordt toegekend na een onderzoek van de inkomsten van het gezin van de rechthebbende op dat voordeel. De Koning preciseert wat wordt verstaan onder « het genot van een voordeel » en « een onderzoek van de inkomsten ». Hij preciseert tevens de gevallen waarin het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming automatisch kan worden toegekend aan kinderen die zich in een behartenswaardige situatie bevinden.

De Koning bepaalt welke verzekeringsinstelling het dossier betreffende het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming beheert wanneer de rechthebbenden van eenzelfde gezin zijn aangesloten of ingeschreven bij verschillende verzekeringsinstellingen.

Er wordt in samenwerking met de Administratie van de ondernemings- en inkomensfiscaliteit een jaarlijkse controle van de voornoemde inkomensvoorwaarde uitgevoerd. Deze controle betreft alle rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, uitgezonderd de door de Koning aangewezen categorieën rechthebbenden waarvoor is aangetoond dat deze systematische controle zonder gevolg zou zijn voor de toekenning van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Als uit de aldus meegedeelde gegevens betreffende de inkomsten van elk lid van het betrokken gezin blijkt dat niet was voldaan aan de inkomensvoorwaarde, wordt het recht ingetrokken op 1 januari van het jaar dat volgt op dat waarin de Administratie van de ondernemings- en inkomensfiscaliteit de voornoemde informatie heeft overgezonden.

Als de voornoemde administratie geen informatie ter beschikking kan stellen op een door de Koning te bepalen datum, of als ze geen informatie heeft over een lid van het betrokken gezin, wordt het recht ingetrokken binnen de door de Koning vastgestelde termijn, tenzij de ontbrekende gegevens kinderen jonger dan 18 jaar betreffen.

---

<sup>27</sup> Treedt in werking vanaf 1 januari 2014

In het kader van de toekenning en intrekking van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bepaalt de Koning, na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, de voorwaarden waaronder de verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen, de gewestelijke diensten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering nuttige inlichtingen in hun bezit met het oog op de toekenning van de rechten inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gebruiken, onverminderd artikel 37duodecies, § 4.

In afwijking van artikel 337, vierde lid, van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992 kunnen de verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen, de gewestelijke diensten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding, onder de door de Koning vastgelegde voorwaarden en nadere regels en na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, toegang hebben tot alle nuttige informatie betreffende de inkomsten van hun leden om over het toekennen van het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te kunnen beslissen.

De verzekeringsinstellingen, de ziekenfondsen, de gewestelijke diensten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de Kas der geneeskundige verzorging van de NMBS Holding zijn gehouden tot geheimhouding van de voornoemde informatie en kunnen de aldus verkregen inlichtingen niet gebruiken buiten het kader van de toepassing van deze paragraaf.

Alle uitvoeringsbesluiten van deze paragraaf worden genomen bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voorstel van de in artikel 31bis bedoelde werkgroep Verzekeerbaarheid.

**§ 20.** De Koning stelt, na advies van het Verzeekeringscomité, 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.

De Koning stelt de erkenningsvoorwaarden vast van de tabacologen die, naast de doctors in de geneeskunde, kunnen instaan voor de bijstand bij tabaksontwenning.

Die tabacologen dienen ofwel licentiaten in de psychologie te zijn, ofwel beoefenaars van een gezondheidszorgberoep zoals bedoeld in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en moeten eveneens hebben voldaan aan de eindtest van een specifieke opleiding tabacologie erkend door de Koning.

**§ 21.** De Koning definieert de omvang van de verstrekking, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 26°, en bepaalt de voorwaarden en regels van die tegemoetkoming, die aan de ziekenhuizen die over de betrokken centra beschikken wordt toegekend in de vorm van een forfaitair bedrag, rekening houdende met de naleving van een registratieplicht. De Koning bepaalt de regels waaronder gegevens kunnen worden geregistreerd.

De Koning kan tevens een bedrag van persoonlijk aandeel bepalen dat door de rechthebbende

verschuldigd is voor elke prestatie. Het bedrag van dit persoonlijk aandeel kan verminderd worden als het gaat over de in dit artikel bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming. Wat de kosten betreft van de door de Koning omschreven verstrekking die betrekking hebben op geneesmiddelen bedoeld in artikel 1, § 1, 1), a), van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, mogen de ziekenhuizen die over de betrokken centra beschikken, geen andere bedragen ten laste van de rechthebbenden aanrekenen dan het voornoemde persoonlijke aandeel.

**§ 22.** *(opgeheven van 01/01/2008 bij de Wet van 19/12/2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg BS 31/12/2008)*

## **Art. 37bis**

§ 1. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, behalve van de rechthebbende die de in artikel (37, §§ 1 en 19), bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet, in het honorarium voor sommige verstrekkingen beoogd in de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt als volgt vastgesteld :

A. voor de raadplegingen van de huisarts en voor de bijkomende honoraria voor dringende raadplegingen, voorzien in artikel 2 , van de voornoemde bijlage, wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende als volgt vastgesteld :

1° 6,00 euro voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 101010, 101032, 101054 en 101076;

2°...

Er is geen persoonlijk aandeel verschuldigd door de rechthebbenden voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 102410, 102432, 102454 en 102476.]14

B. [20 1° Voor de bezoeken en voor de bijkomende honoraria voor dringende raadpleging, voorzien in artikel 2 van de voornoemde bijlage, wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden als volgt vastgesteld voor de volgende codenummers :

a) bezoeken van de huisarts :

1) 35 pct. van het honorarium voor de verstrekkingen 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434;

2) 33,16 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104532;

3) 33,58 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104230;

4) 32,66 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104311;

5) 32,60 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104252;

6) 32,44 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104215;

7) 32,26 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104554;

8) 32 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104510;

9) 30,67 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104613;

10) 27,97 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104296;

11) 26,87 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104591

12) 26,28 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104333;

13) 25,63 pct. van de honoraria voor de verstrekking 104635;

b) bezoeken van de geneesheer specialist voor kindergeneeskunde :

35 pct. van de honoraria voor de verstrekkingen 103751, 103773, 103795, 103810, 103832, 103854, 103876, 103891, 104812, 104834, 104856 en 104871.

2° Het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden wordt verhoogd met één euro voor de bezoeken van de algemeen geneeskundige, opgenomen onder de nummers 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, 104215, 104230, 104252, 104510, 104532, 104554.

Nochtans is de verhoging met één euro, bedoeld in het vorige lid, niet verschuldigd door de rechthebbenden die zich in één van de volgende situaties bevinden :

a) de rechthebbende voor wie een globaal medisch dossier werd geopend;

b) de rechthebbende voor wie de verzekeringsinstelling in het bezit is van het bewijs dat hij de voorwaarden vervult, in de loop van het lopende kalenderjaar of het voorafgaande jaar, die vastgesteld zijn in artikel 2, 2), van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994, en dit vanaf de dag

waarop de voormelde verzekeringsinstelling over dit bewijs beschikt;

- c) de rechthebbende die ouder is dan 75 jaar;
- d) de rechthebbende, jonger dan 10 jaar.

3° Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 103110, 103213, 103235 wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in het bezoek van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104510, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104635.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in het bezoek van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104532, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104613.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 104554 wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104591.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 103132, 103412 en 103434 wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101010, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 101032.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104215, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104333.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder het codenummer 104230, wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104311.

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, jonger dan 10 jaar, in de bezoeken van de huisarts, opgenomen onder de codenummers 104252 wordt beperkt tot maximum tweemaal het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van een raadpleging in het kader van het globaal medisch dossier, opgenomen onder het codenummer 101032, verhoogd met het persoonlijk aandeel van het corresponderend bijkomend honorarium voor dringende bezoeken, opgenomen onder het codenummer 104296.]20

[Bbis. [15 Voor de rechthebbenden voor wie de verstrekking aangeduid met het rangnummer

102771, beoogd in art 2, A, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 wordt verleend, wordt het bedrag van het persoonlijk aandeel :

1° beperkt tot 4,00 euro voor de raadplegingen aangeduid met de rangnummers 101010, 101032, 101054 en 101076;

2° verminderd met 30 pct. voor de bezoeken aangeduid met de rangnummers 103110, 103132, 103213, 103235, 103412, 103434, [20 ...]20 en [20 ...]20 , en op voorwaarde dat de rechthebbende ouder is dan 75 jaar of vanaf de dag waarop de verzekeringsinstelling in het bezit is van het bewijs dat de rechthebbende in het lopend of het voorgaande kalenderjaar voldoet aan de voorwaarden zoals bepaald in artikel 2, 2), van het koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16bis, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Het recht op de beperking of de vermindering van het persoonlijk aandeel bedoeld in het eerste lid gaat in op de dag waarop de voornoemde verstrekking aangeduid met het rangnummer 102771 wordt verleend en geldt vanaf deze dag tot en met 31 december van het tweede daarop volgende kalenderjaar.]15

In de gevallen waarin door de verzekeringsinstelling toepassing gemaakt wordt van het koninklijk besluit van 18 februari 2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier geldt het recht op de vermindering van het persoonlijk aandeel tot en met 31 december van het tweede kalenderjaar na dat waarvoor van genoemd koninklijk besluit toepassing is gemaakt. De bepaling van deze alinea is van toepassing op de rechthebbenden die overeenkomstig onderhavig artikel recht hebben op remgeldverlaging op 31 december 2003.

[14 Het recht op de beperking of de vermindering van het persoonlijk aandeel voor de in het eerste lid bedoelde verstrekkingen geldt slechts voor zover ze worden verleend door de huisarts die toegang heeft tot de gegevens van het globaal medisch dossier.

Indien die huisarts niet de huisarts is die het globaal medisch dossier beheert of een lid van dezelfde geregistreerde groepering zoals bedoeld in artikel 1, d), van het koninklijk besluit van 18 februari 2004 tot vaststelling van de voorwaarden en regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen aan de erkende huisarts een honorarium betaalt voor het beheer van het globaal medisch dossier, vermeldt hij op het getuigschrift voor verstrekte hulp de letter G gevolgd door het RIZIV-identificatienummer van de huisarts die het dossier beheert. De vermelding impliceert dat de huisarts toegang heeft tot de gegevens van het globaal medisch dossier en dat hij daarvoor toestemming heeft van de rechthebbende.

De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen kan administratieve instructies communiceren aan de huisartsen en verzekeringsinstellingen betreffende de toepassingsmodaliteiten van de vermelding bedoeld in het vijfde lid.]14

[9 [20 Evenwel is de vermindering van het persoonlijk aandeel bedoeld in het vorige lid niet van toepassing voor de bezoeken aangeduid met de rangnummers 103110, 103213 en 103235 afgelegd bij de rechthebbende(n) in een rustoord voor bejaarden of rust- en verzorgingstehuizen.]20 ]9

De rechthebbenden die overeenkomstig voornoemd artikel 2, A, voldoen aan de voorwaarden voor het aanrekenen [11 van de verstrekkingen 102771 en 102395]11 zijn in het betreffende honorarium geen persoonlijk aandeel verschuldigd.] [11 Nochtans de afschaffing van het persoonlijk aandeel in het betreffende honorarium van de verstrekking 102395 wordt slechts toegestaan gedurende een vooraf bepaalde proefperiode van beperkte duur, namelijk van 1 april 2011 tot en met 31 december [19 2013]19 .]11 <KB 2004-02-18/34, art. 1, 085; Inwerkingtreding : 01-01-2004>

[De rechthebbenden die overeenkomstig voornoemd artikel 2, A, voldoen aan de voorwaarde



vastgesteld voor het aanrekenen van de verstrekking 102852 zijn in het betreffende honorarium geen persoonlijk aandeel verschuldigd.] <KB 2005-12-13/40, art. 1, 113; Inwerkingtreding : 01-02-2006>

C. 40 pct. [8 , met een maximum van 15,50 euro per verstrekking,]8 van het honorarium voor de raadplegingen van de geneesheren-specialisten en bijkomend honorarium voor dringende raadplegingen uit artikel 2, I, A, van bedoelde bijlage onder de codenummers :

(102012, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, [5 102270, 102292, 102314, 102336, 102351, 102373]5 102491, 102513, 102535, 102550, (102255), 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712 (,102734, 102756,) (102815, 102830,) (102874), [4 102896, 102911]4, 103014, (103051, 103073)). <KB 1995-08-07/33, art. 1, 004; Inwerkingtreding : 01-09-1995> <KB 1999-06-30/32, art. 1, 044; Inwerkingtreding : 01-07-1999> <KB 2002-12-03/35, art. 1, 074; Inwerkingtreding : 01-09-2002> <KB 2006-09-15/35, art. 1, 121; Inwerkingtreding : 21-09-2006> <KB 2006-12-21/61, art. 1, 127; Inwerkingtreding : 01-02-2007>

D. 35 pct. met een maximum van [4,96 EUR] per verstrekking, van het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, beoogd in artikel 25, § 1, van bedoelde bijlage. <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

(Evenwel wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende vastgesteld op :

1° 20 %, met een maximum van (4,96 EUR) per verstrekking van het honorarium voor de verstrekkingen beoogd in voornoemd artikel 25, § 1, onder de codenummers : 598426, 598161, 598441, 598463, 598485, 598522, 598183, 598544, 598566, 598662, 598684, [3 598345, 598360, 598382, 598765, 598780, [12 598964, 598986]12 599185 en 599281]3; <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

2° 15 %, met een maximum van (4,96 EUR) per verstrekking van het honorarium voor de verstrekkingen beoogd in voornoemd artikel 25, § 1, onder de codenummers : 598861, 598883, 598905, 598920, 598942, (597704, 597726, 597741, 597763, 597785 et 597800).) <AR 2000-06-08/35, art. 1, 051; Inwerkingtreding : 01-06-2000> <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; ED : 01-01-2002> <KB 2003-09-28/38, art. 1, 084; Inwerkingtreding : 01-05-2003>

[10 De rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen [18 597542, 597564 ]18 597623, 597645, 597660, [12 597586, 597601]12 597682 en 599981 bedoeld in artikel 25, § 1, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.]10

(Dbis. Voor de verstrekkingen geleverd in de lokalen van een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende vastgesteld als volgt :

1° 18 euro voor de verstrekkingen 590516, 590553, 590634, 590671, 590752 en 590796 bedoeld in artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;

2° 4 euro voor de verstrekkingen 590531, 590575, 590656, 590693, 590774 en 590811 bedoeld in artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekkingen [18 590450,]18 590870, 590892, 590914, 590951, 590973, 590995, 590833 en 590855 bedoeld in artikel 25, § 3bis, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De in het eerste lid, 1° en 2° vermelde bedragen zijn bepaald op basis van het gemiddelde gezondheidsindexcijfer 116,04 van de maand juni 2005 en evolueren op dezelfde wijze als de honorariumtarieven of desgevallend de grondslag voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming.) <KB 2007-03-19/50, art. 1, 134; Inwerkingtreding : 01-07-2007>

E. 15 pct., met een maximum van (8,68 EUR) per verstrekking, van het honorarium voor de

volgende verstrekkingen verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden : <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

1° [13 de verstrekkingen bedoeld onder de codenummers 350055, 350512, 350571, 350593, 351035, 353253, 355412, 355434, 355471, 355493, 355596, 355611, 355633, 355655, 355692, 355714, 355736, 355751, 355795, 355810, 355832, 355854, 355876, 355891, 355913, 472511, 475075 en 475650, opgenomen in artikel 11 van bedoelde bijlage;]13

2° de verstrekking bedoeld onder het codenummer 214211 opgenomen in artikel 13 van bedoelde bijlage.

3° (de verstrekkingen bedoeld onder de codenummers 220091, 220290, 227091, 227452, 228152, 230333, 243633, 248511, 248533, 248555, 248570, 248592, 248614, 248635, 248673, 248710, 248732, 248754, 248776, 248791, [6 249270]6 248813, 248835, 248850, 248872, 248894, 248916, 248953, 248975, 254973, 255010, 255032, 255054, 255076, 255113, 255135, 256594, 257294, 257316, 257596, 257611, 257633, 257655, 257670, 257692, 257714, 257736, 257773, 257795, 257913, 257935, (258694,) 258296, 258510, 258613, 258812, 258834, 260271, 260293, 260330, 261531, 261914, 261936, 261950, 261973, 261995, 262356, 262371, [21 ...]21 , [21 275015, 275030]21 , 280770, 300252 en 300274 opgenomen in artikel 14 van de bedoelde bijlage.) <KB 2008-04-14/33, art. 1, 144; Inwerkingtreding : 01-07-2008> <KB 2008-08-12/40, art. 1, 148; Inwerkingtreding : 01-10-2008>

4° de verstrekkingen bedoeld onder de codenummers :

442212, 442234, 442411 tot 442492, 442610 tot 442654, 442816 tot 442853, 442934 en 442971, opgenomen in artikel 18 van bedoelde bijlage.

5° ((Lijst niet opgenomen om technische redenen. Zie B.St. 07-05-2008, p. 24195-24196)) <KB 2008-04-13/36, art. 1, 143; Inwerkingtreding : 01-07-2008>

Gewijzigd bij :

<KB 2008-08-21/40, art. 1, 149; Inwerkingtreding : 01-11-2008>

<KB 2008-11-12/51, art. 1, 152; Inwerkingtreding : 01-02-2009>

<KB 2009-01-21/40, art. 1; Inwerkingtreding : 01-05-2009>

<KB 2009-02-09/39, art. 1; Inwerkingtreding : 01-05-2009>

<KB 2010-04-18/11, art. 1, 174; Inwerkingtreding : 01-07-2010>

<KB 2012-09-20/09, art. 1, 196; Inwerkingtreding : 01-11-2012>

6° de verstrekkingen bedoeld onder de codenummers 532011, 532114 en 532534 tot 532571 opgenomen in artikel 21 van bedoelde bijlage.

7° alle verstrekkingen opgenomen in de artikelen 22, I, (24bis) 32 (33 en 33bis) van bedoelde bijlage. <KB 2007-06-07/51, art. 1, 138; Inwerkingtreding : 01-08-2007> <KB 2008-03-20/37, art. 1, 142; Inwerkingtreding : 01-06-2008>

[17 De rechthebbende is geen persoonlijk aandeel verschuldigd voor de verstrekking 588350 bedoeld in artikel 32, § 1, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.]17

F. (7,44 EUR) voor het consultancehonorarium beoogd in artikel 17 van bedoelde bijlage, onder de codenummer 460670, (460795). <KB 1995-08-07/33, art. 1, 004; Inwerkingtreding : 01-09-1995> <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

G. (6,20 EUR) voor het consultancehonorarium beoogd in artikel 17 van bedoelde bijlage, onder de codenummer 460703, (460821). <KB 1995-08-07/33, art. 1, 004; Inwerkingtreding : 01-09-1995> <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

H. ( 7,44 EUR) voor de forfaitaire honoraria, bedoeld in artikel 24, § 2, van voornoemde bijlage, onder de codenummer 591102 en 591603.) <KB 1995-08-07/33, art. 1, 004; Inwerkingtreding : 01-09-1995> <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-

2002>

(§ 1bis. Het bedrag van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de prestaties worden door geaccrediteerde geneesheren, zoals dit voortvloeit uit § 1, blijft hetzelfde, of de prestatie wordt uitgevoerd door een geaccrediteerd geneesheer, bedoeld in artikel 1, § 10 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984 dan wel door een niet-geaccrediteerd geneesheer.) <KB 1995-08-07/33, art. 1, 004; Inwerkingtreding : 01-09-1995>

§ 2. (Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, behalve van de rechthebbende die de in artikel 37, §§ 1 en 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet in de forfaitaire honoraria voor klinische biologie verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten en bedoeld in de artikelen 2, § 2, a) en b) , van het koninklijk besluit van 24 september 1992 tot vaststelling van nadere regelen betreffende de forfaitaire honoraria voor sommige verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden alsmede de onderaanneming van deze verstrekkingen, wordt als volgt vastgesteld :

8,70 EUR voor de codenummers 592911 en 592955;

12,96 EUR voor de codenummers 593014 en 593051;

15,67 EUR voor de codenummers 593110 et 593154.) <KB 2002-12-18/53, art. 1, 076; Inwerkingtreding : 01-01-2003>

(§ 3. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende, behalve van de rechthebbende die de in artikel (37, §§ 1 en 19) bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet, wordt verhoogd met een aandeel van (27,27 EUR) de eerste dag van zijn opneming in een ziekenhuis of van zijn verblijf in een revalidatie- of vakherscholingscentrum in de zin van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum.) <KB 1997-03-05/30, art. 1, 017; Inwerkingtreding : 01-04-1997> <KB 1997-04-16/33, art. 4, 024; Inwerkingtreding : 01-07-1997> <KB 2001-12-11/43, art. 1, 063; Inwerkingtreding : 01-01-2002>

[2

§

4.

[20

...]20

]2

**Art. 37ter.**

De bepalingen van artikel 37bis hebben uitwerking op 1 oktober 1993 met uitzondering van de bepalingen van § 1, A, B en C die uitwerking hebben op 1 januari 1994.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, wijzigingen aanbrengen in de bepalingen van het voormelde artikel 37bis.

**Art. 37quater.**

§ 1. Koning kan bij een in besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad een procedure uitwerken waarbij de in artikel 37, § 12 in hoofde van een individuele verstrekker worden verminderd indien wordt vastgesteld dat het evaluatie-instrument, dat mede dient om de tegemoetkoming vanwege de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor één of meerdere rechthebbenden vast te stellen, op significante wijze verkeerd wordt toepast.

Daartoe bepaalt de Koning

- (a) op basis van welke elementen kan beslist worden tot de vermindering;
- (b) wat moet worden verstaan onder “op significante wijze het evaluatie-instrument verkeerd toepassen”;
- (c) welke de vermindering is van de tegemoetkomingen en van de honoraria;
- (d) welke de termijn is van deze vermindering en hoe deze wordt bepaald;
- (e) wie belast wordt met de uitvoering ervan.

Daarbij moet rekening worden gehouden met de financiële weerslag die volgt uit een verkeerde inschatting van de zorgafhankelijkheid en/of zorgbehoevendheid en met een multiplicator die er voor moet zorgen dat de vermindering van de tegemoetkomingen en honoraria groter is dan het berekende of geschatte financiële voordeel dat voortvloeit uit de verkeerde toepassing van het evaluatie-instrument.

Deze vermindering van de tegemoetkomingen en van de honoraria mag op geen enkele wijze door de betrokken zorgverlener worden teruggevorderd van de rechthebbenden.

§ 2. De Koning kan ook bij een in de Ministerraad overlegd besluit een procedure vaststellen die het mogelijk maakt een administratieve boete op te leggen aan de in artikel 34, eerste lid, 1<sup>o</sup>, b), bedoelde zorgverleners die het evaluatie-instrument dat eveneens dient om de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor één of meerdere rechthebbenden vast te stellen, op een significante wijze verkeerd toepassen.

In het kader van de controles die worden verricht met het oog op de toepassing van deze paragraaf, hebben de door een adviserend geneesheer verzamelde medische gegevens, bewijskracht tot bewijs van het tegendeel en mogen ze worden gebruikt door de geneesheren-inspecteurs en de verpleegkundigen-controleurs, bedoeld in artikel 169 met het oog op de vaststelling van de overtredingen. .

Daartoe bepaalt de Koning :

- a) de methode voor de selectie van de gevallen die voor een controle in aanmerking komen;
- b) wat moet worden verstaan onder “die het evaluatie-instrument op een significante wijze verkeerd heeft toegepast”;
- c) het bedrag van de administratieve boete waarvan het minimum niet onder 500 EUR en het maximum niet boven 5 000 EUR mag liggen, alsook de procedure betreffende de vaststelling van de inbreuken.

Wanneer binnen de termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop hem een administratieve boete is opgelegd, de overtreder opnieuw een gelijkaardige inbreuk begaat als die welke tot de toepassing van een administratieve boete heeft geleid, wordt het bedrag van de voorheen opgelegde boete telkens verdrievoudigd.

De administratieve geldboeten worden opgelegd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle of de door hem aangewezen ambtenaar. De beslissing wordt gemotiveerd en meegedeeld per aangetekende brief, die wordt geacht te zijn ontvangen de eerste werkdag nadat hij ter post is afgegeven.

De kennisgeving vermeldt dat tegen de beslissing beroep kan worden ingesteld bij de arbeidsrechtbank overeenkomstig artikel 167; zij vermeldt tevens de vorm waarin en de termijn waarbinnen dat beroep moet worden ingesteld.

De persoon die overeenkomstig artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek burgerrechtelijk aansprakelijk is, moet de aan zijn aangestelde opgelegde boete betalen.

De opbrengst van die boetes wordt aan de tak geneeskundige verzorging van het Instituut gestort.

De definitieve beslissingen die uitgesproken worden ter uitvoering van deze paragraaf zijn van rechtswege uitvoerbaar. Wanneer de schuldenaar in gebreke blijft, kan de Administratie van de BTW, registratie en domeinen worden belast met de inning van de administratieve boete, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

## HOOFDSTUK IIIbis MAXIMUMFACTUUR

### **Afdeling I** **Algemene bepalingen**

#### **Art. 37quinquies.**

Onder de voorwaarden die in dit hoofdstuk worden opgesomd, wordt het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen voor een bepaald kalenderjaar aangepast op grond van de sociale categorie van de rechthebbende of van het gezinsinkomen van de rechthebbende, waarbij rekening wordt gehouden met het totaal van de persoonlijke aandelen die de rechthebbende of het gezin waarvan hij deel uitmaakt, daadwerkelijk ten laste heeft genomen.

#### **Art. 37sexies.**

Voor de toepassing van dit hoofdstuk wordt onder “persoonlijk aandeel” verstaan het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekking, zoals ze blijkt uit de reglementering en rekening houdende met de overeenkomsten, akkoorden en als zodanig geldende documenten of met de honoraria die door de Koning zijn vastgesteld ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel. Het gedeelte van de kostprijs van de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A en B, bedoeld in artikel 2, 2°, a), 1e en 2e streepje, van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, dat overeenkomstig artikel 35bis door de rechthebbenden ten laste wordt genomen, wordt als persoonlijk aandeel beschouwd. 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, wordt beschouwd als een persoonlijk aandeel.

De aanvraagprocedure gebeurt via een eenvoudige medische notificatie aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds waarbij rechthebbende is aangesloten of ingeschreven.

De Koning kan limitatieve lijsten van in aanmerking komende medische voedingen en vergoedingscriteria vaststellen.

De Koning onderwerpt de regeling twee jaar na de inwerkingtreding ervan aan een evaluatie en dient terzake bij de federale Wetgevende Kamers een verslag in.

Wordt eveneens beschouwd als een persoonlijk aandeel, de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen. Wordt eveneens beschouwd als persoonlijk aandeel, het supplement dat aan de rechthebbende wordt aangerekend als veiligheidsgrens, zoals gedefinieerd in het artikel 35, § 4, en het artikel 35bis, § 4, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorzover er daadwerkelijk een tussenkomst was van de verplichte verzekering voor de verstrekking waarvoor de veiligheidsgrens is aangerekend.<sup>28</sup>

Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd het gedeelte van de kostprijs van het analgeticum, dat overeenkomstig het artikel 4 van het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3<sup>o</sup>, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de analgetica betreft, ten laste van de rechthebbende is.

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<sup>o</sup> de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup>, bedoelde verstrekkingen, met uitzondering van:

- a) 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<sup>29</sup>, bedoeld in artikel 35bis, alsook voor 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 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 ; (in voege vanaf 01/01/2009)
- 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);

---

<sup>28</sup> in voege vanaf 01-07-2008 (art. 127 Wet houdende diverse bepalingen (I) (1) BS 07-08-2008

<sup>29</sup> Treedt in retroactief in voege vanaf 01/03/2012

- 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.<sup>30</sup>

2° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 6°, bedoelde opnemingen, vanaf de 366e dag opneming in een psychiatrisch ziekenhuis.

De totalisering van het aantal verpleegdagen geschiedt in ononderbroken perioden van opneming zoals bedoeld in artikel 2, §2, tweede lid en §3, van het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum;

3° de huisvestingskosten die verband houden met de in artikel 34, eerste lid, 11° en 18°, bedoelde verstrekkingen.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, wijzigingen aanbrengen in dit artikel.

Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd het bedrag bedoeld in artikel 37, § 21, tweede lid.

Als persoonlijk aandeel wordt tevens beschouwd het verschil tussen de kostprijs van de afgeleverde actieve verbandmiddelen en de tegemoetkoming bedoeld in artikel 4, § 1 en § 2, van het koninklijk besluit van 3 juni 2007 tot uitvoering van het artikel 37, § 16bis, eerste lid, 3°, en vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat de actieve verbandmiddelen betreft.

---

<sup>30</sup> Treedt in retroactief in voege vanaf 01/03/2012



### **Art. 37septies.**

Niettegenstaande het bedrag van de tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen voor een bepaald kalenderjaar wordt aangepast onder de voorwaarden bepaald in de artikelen in de artikelen 37octies of 37undecies, blijft de verzekeringstegemoetkoming ongewijzigd:

- voor de in artikel 34, eerste lid, 5°, bedoelde verstrekkingen, uitgezonderd de magistrale bereidingen, de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B, C, Fa en Fb<sup>31</sup>, 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°, 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<sup>32</sup> 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 ;
- voor de huisvestingskosten die verband houden met de in artikel 34, eerste lid, 11° en 18°, bedoelde verstrekkingen;
- voor de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 6°, bedoelde opnemingen, vanaf de 366e dag in een psychiatrisch ziekenhuis; de totalisering van het aantal verpleegdagen geschiedt in ononderbroken perioden van opname zoals bedoeld in artikel 2, §2, tweede lid en §3, van hogervermeld koninklijk besluit van 5 maart 1997.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, wijzigingen aanbrengen in dit artikel.

---

<sup>31</sup> Treedt in retroactief in voege vanaf 01/03/2012

<sup>32</sup> Treedt in retroactief in voege vanaf 01/03/2012

## Afdeling II

### Maximumfactuur vastgesteld op grond van de sociale categorie van de rechthebbenden

#### Art. 37octies.

§ 1. (in voege vanaf 01/01/2008) De tegemoetkoming van de verzekering in de kostprijs van de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen wordt vastgesteld op 100 % van de vergoedingsbasis zodra het totaal van de persoonlijke aandelen met betrekking tot verstrekkingen die tijdens het lopende jaar zijn verricht en die daadwerkelijk ten laste zijn genomen door het gezin dat wordt gevormd door de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming, 450 euro bereikt. De verplichte verzekering neemt eveneens ten laste de afleveringsmarge bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen.

In dat geval is het gezin samengesteld uit die rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.

Het “feitelijk gezin” is dat gezin zoals bepaald door de Koning in toepassing van artikel 37decies, § 4.

§ 2. Voor de toepassing van paragraaf 1, eerste lid, wordt het bedrag van 450 euro evenwel verminderd met een door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad vast te stellen bedrag wanneer het totaal van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door eenzelfde rechthebbende van dat gezin ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht, tenminste 450 euro per jaar bedraagt.

De in het eerste lid bedoelde persoonlijke aandelen zijn diegene die de hogerbedoelde rechthebbende daadwerkelijk ten laste heeft genomen zowel als diegene die de rechthebbende daadwerkelijk ten laste zou hebben genomen wanneer de verstrekkingen niet zouden worden vergoed aan 100 % in het kader van een maximumfactuur.

De Koning stelt bij besluit, vastgesteld na overleg in de ministerraad, de toepassingsregels vast van deze paragraaf.

### **Art. 37novies.**

De rechthebbenden bedoeld in artikel 37octies zijn de rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, § 19, tenzij het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming uitsluitend wordt toegekend op basis van de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 pct. van een kind of omdat de betrokkene rechthebbende is op een integratietegemoetkoming bedoeld in artikel 6, § 2 van de wet van 27 februari 1987 betreffende de tegemoetkomingen aan personen met een handicap, waarvoor daadwerkelijk de aftrek, bedoeld in artikel 9ter, §2, van het koninklijk besluit van 6 juli 1987 betreffende de inkomensvervangende en de integratietegemoetkoming, werd toegepast.

### **Art. 37decies.** (Wijzigingen in voege vanaf 01/01/2008)

§ 1. Onder voorbehoud van de toepassing van artikel 37octies, § 1, tweede lid, het in artikel 37octies bedoelde gezin is samengesteld uit hetzij één persoon die gewoonlijk alleen leeft, hetzij twee of meer personen die gewoonlijk in dezelfde woonplaats verblijven en er samenleven. De samenstelling van het gezin wordt bepaald aan de hand van de gegevens die zijn opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen.

§ 2. De persoon die in een gemeenschap leeft, wordt echter geacht gewoonlijk alleen te leven en op zichzelf een gezin te vormen. Als die persoon dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als zijn (haar) echtgenote (echtgenoot), de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt of hun personen ten laste, vormt hij (zij) evenwel een gezin met deze personen.

Kan volgens de door de Koning vastgestelde modaliteiten kiezen geen deel uit te maken van het overeenkomstig § 1 samengesteld gezin, de persoon die zich wegens zijn gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevindt. Als die persoon dezelfde hoofdverblijfplaats heeft als zijn (haar) echtgenote (echtgenoot), de persoon met wie hij (zij) een feitelijk gezin vormt of hun personen ten laste, vormt hij (zij) evenwel een gezin met deze personen. De gereguleerde vormen van gezinsplaatsing worden gelijkgesteld met een dergelijke afhankelijkheidssituatie.

§ 3. De informatie die is opgenomen in het Rijksregister van de natuurlijke personen, wordt op 1 januari van een kalenderjaar in aanmerking genomen om het recht van het betrokken gezin te bepalen in het raam van het maximum te factureren bedrag in de loop van datzelfde jaar. Indien in de loop van datzelfde jaar een persoon jonger dan 16 jaar voor de eerste maal in het Rijksregister van de natuurlijke personen wordt ingeschreven, wordt evenwel rekening gehouden met de aldus in de samenstelling van het gezin aangebrachte wijziging.

§ 4. De Koning bepaalt wat wordt verstaan onder “zich wegens zijn gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden”, onder “gemeenschap”, en onder “een feitelijk gezin vormen”.

§ 5. Indien de rechthebbenden van een zelfde gezin zijn aangesloten of ingeschreven bij verschillende verzekeringsinstellingen, beheert de verzekeringsinstelling waarbij de oudste persoon is aangesloten of ingeschreven, het dossier betreffende de toepassing van deze afdeling. De betrokken verzekeringsinstellingen verstrekken haar de informatie die nodig is voor de toepassing van deze afdeling, met name die betreffende de gezinssamenstelling, en de door het betrokken lid daadwerkelijk ten laste genomen persoonlijke aandelen.

### Afdeling III

#### Maximumfactuur, vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende

##### Art. 37undecies.

§ 1. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten voor de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen is vastgesteld op 100 pct. van de vergoedingsbasis zodra het totaal van de door de rechthebbenden die het overeenkomstig artikel 37decies samengestelde gezin vormen, daadwerkelijk ten laste genomen persoonlijke aandelen betreffende de verstrekkingen die tijdens een bepaald kalenderjaar zijn verricht, hoger ligt dan een referentiebedrag dat als volgt varieert volgens het inkomen van dat gezin:

Inkomen	Referentiebedrag
- van 0 tot 13 400,00 euro	450,00 euro
- van 13.400,01 euro tot 20.600,00 euro	650,00 euro
- van 20.600,01 euro tot 27.800,00 euro	1 000,00 euro
- van 27.800,01 euro tot 34.700,00 euro	1 400,00 euro
- vanaf 34.700,01 euro	1.800,00 euro.

De verplichte verzekering neemt eveneens de afleveringsmarge ten laste bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verstrekkers van implantaten en de verzekeringsinstellingen.

Nochtans wordt de verzekeringstegemoetkoming aan 100 pct. toegekend, ongeacht het bedrag van het inkomen van het gezin waarvan het deel uitmaakt, aan het kind, jonger dan zestien jaar, indien het tijdens het betrokken kalenderjaar daadwerkelijk persoonlijke aandelen voor een bedrag van 650 EUR heeft gedragen.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, hogervermelde leeftijdsgrens aanpassen.

In dit geval maken de persoonlijke aandelen van dat kind deel uit van het geheel van de persoonlijke aandelen die door het betrokken gezin worden gedragen.

Daadwerkelijk ten laste genomen persoonlijke aandelen die betrekking hebben op verstrekkingen verricht tijdens de kalenderjaren 2003 en 2004, en die tijdens het kalenderjaar 2005 worden vergoed, worden in aanmerking genomen voor de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende voor het kalenderjaar 2005, voor zover deze verstrekkingen niet ofwel reeds werden vergoed aan 100 % in het kader van een maximumfactuur toegekend aan deze rechthebbende, ofwel werden overgemaakt in het kader van de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende en uitgevoerd door de Administratie van de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit.

Daadwerkelijk ten laste genomen persoonlijke aandelen die betrekking hebben op verstrekkingen verricht tijdens het kalenderjaar 2004, en die tijdens het kalenderjaar 2006 worden vergoed, worden in aanmerking genomen voor de maximumfactuur vastgesteld op grond van het gezinsinkomen van de rechthebbende voor het kalenderjaar 2006, voor zover deze verstrekkingen niet reeds werden vergoed aan 100 % in het kader van een maximumfactuur vergoed aan deze rechthebbende.

§ 2. Voor de toepassing van paragraaf 1, eerste lid, worden de referentiebedragen na toepassing van de procedure bedoeld in artikel 37duodecies verminderd met een door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad vast te stellen bedrag, wanneer het totaal van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door eenzelfde rechthebbende van dat gezin ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht, tenminste 450 euro per jaar bedraagt.

Voor de toepassing van paragraaf 1, derde lid, wordt het bedrag van 650 euro evenwel verminderd met het bedrag vastgesteld overeenkomstig artikel 37octies, § 2, eerste lid, wanneer het totaal van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door het kind ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens het tweede voorafgaande kalenderjaar en tijdens het onmiddellijk voorafgaande kalenderjaar zijn verricht, tenminste 450 euro per jaar bedraagt.

De in het eerste en tweede lid bedoelde persoonlijke aandelen zijn diegene die hogerbedoelde rechthebbende daadwerkelijk ten laste heeft genomen zowel als diegene die de rechthebbende daadwerkelijk ten laste zou hebben genomen wanneer de verstrekkingen niet zouden worden vergoed aan 100 % in het kader van een maximumfactuur.

De Koning stelt bij besluit, vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de toepassingsregels van deze paragraaf vast.

## **Art. 37duodecies.**

**§ 1.** De Koning stelt de procedure vast die moet worden gevolgd om het in artikel 37undecies bedoeld bedrag van de gezinsinkomens te bepalen op grond van de informatie die wordt verstrekt door de Administratie van de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit. Worden in aanmerking genomen, de in artikel 6, tweede lid, van het Wetboek van de Inkomstenbelastingen 1992 bedoelde netto-inkomens, betreffende het derde jaar dat voorafgaat aan het jaar waarvoor het recht op de maximumfactuur is onderzocht .

Indien de voormelde administratie over geen enkele informatie beschikt omtrent één of meerdere leden van het betrokken gezin, wordt het bedrag van de inkomens van deze personen vastgesteld op grond van andere bewijsmiddelen, die nader worden omschreven door de Koning. In dit geval stelt de Koning vast welke inkomens in aanmerking worden genomen.

**§ 2.** De verzekeringsinstellingen delen aan de Dienst voor administratieve controle van het Instituut de identiteitsgegevens mee van de personen die het in artikel 37undecies bedoelde gezin uitmaken. De Dienst voor administratieve controle bezorgt deze gegevens via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid aan de Administratie van de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit. Deze administratie deelt, via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid, aan hogervermelde Dienst voor administratieve controle, de informatie mee met betrekking tot het inkomen van de personen waarvan de identiteitsgegevens haar overgezonden werden.

De Dienst voor administratieve controle zendt, in afwijking van artikel 337, vierde lid, van het Wetboek der Inkomstenbelastingen 1992, aan de verzekeringsinstellingen de informatie over die hen moet toelaten de beslissing te nemen omtrent de toekenning van de tegemoetkoming tegen 100 pct., die bedoeld is in artikel 37undecies.

**§ 3.** Indien uit precieze, door de Koning vastgestelde criteria, blijkt dat sinds het jaar waarop de in § 1 bedoelde informatie betrekking heeft, het inkomen van één of meer rechthebbenden van het bepaalde gezin wijzigingen heeft ondergaan die een beduidende vermindering van het gezinsinkomen tot gevolg hebben, wordt het recht op de tegemoetkoming tegen 100 pct., rekening houdende met die elementen, opnieuw door de verzekeringsinstelling onderzocht op basis van die elementen en op grond van de inkomens en van een procedure die door de Koning worden vastgesteld.

**§ 4.** De verzekeringsinstellingen moeten de in § 1 bedoelde informatie geheim houden en mogen de aldus verkregen inlichtingen niet gebruiken buiten het kader van de toepassing van deze afdeling.

**Art. 37terdecies.**

In geval van onrechtmatige toekenning van de in artikel 37undecies bedoelde tegemoetkoming tegen 100 pct., die voortvloeit uit het meedelen van onjuiste gegevens door het betrokken gezin, kan aan elk betrokken gezinslid een administratieve geldboete worden opgelegd van 90 tot 370 EUR. Deze administratieve geldboete wordt uitgesproken door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle of door de door hem aangewezen ambtenaar. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden, waarbij onder meer rekening gehouden wordt met de sociale en financiële toestand van de betrokken gezinsleden, en de procedure tot oplegging van de geldboete. Bij recidive kan de geldboete worden verdubbeld.

De definitieve beslissingen die met betrekking tot de in het vorige lid bedoelde geldboeten worden genomen, zijn van rechtswege uitvoerbaar. In geval de schuldenaar in gebreke blijft, kan de Administratie van het kadaster, de registratie en domeinen ermee belast worden de administratieve geldboete in te vorderen overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

De opbrengst van die geldboete wordt aan het Instituut gestort.

**Art. 37quaterdecies.**

De in artikel 37undecies vermelde bedragen betreffende het inkomen worden jaarlijks aangepast aan een gecorrigeerd indexcijfer dat wordt berekend overeenkomstig de volgende leden.

De aanpassing gebeurt met behulp van de coëfficiënt die wordt verkregen door het gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen van het jaar vóór dat waarin de persoonlijke tegemoetkomingen in aanmerking worden genomen, te delen door het gemiddelde van de indexcijfers van de prijzen van het tweede jaar vóór dat waarin de persoonlijke tegemoetkomingen in aanmerking worden genomen.

Bij de berekening van de coëfficiënt wordt als volgt tewerk gegaan voor de afronding:

1° het gemiddelde van de indexcijfers wordt afgerond tot het hogere of lagere honderdste van een punt naargelang het cijfer van het duizendste van een punt al dan niet 5 bereikt;

2° de coëfficiënt wordt afgerond tot het hogere of lagere tienduizendste naargelang het cijfer van het honderdduizendste al dan niet 5 bereikt.

Na de toepassing van de coëfficiënt worden de bedragen afgerond tot het hogere of lagere honderdste naargelang het cijfer van het duizendste al dan niet 5 bereikt.

De aanpassing aan het gecorrigeerde indexcijfer geschiedt voor de eerste maal voor de maximumfactuur toegekend in 2002.



## **Afdeling IV\*-\***

---

\*-\* wordt opgeheven. Die afdeling blijft echter toepasbaar op de maximumfactuur, uitgevoerd door de Administratie van de Ondernemings- en Inkomensfiscaliteit met betrekking tot de jaren vóór het jaar 2005.

## **Afdeling V. - Bepalingen met betrekking tot de terugbetalingen in het kader van de maximumfactuur**

### **Art. 37semel et vicies**

Wanneer een andere Belgische reglementering of een buitenlandse reglementering een tenlasteneming voorziet van persoonlijke aandelen in de zin van artikel 37sexies, komt de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoet bij de toepassing van de maximumfactuur, bedoeld in de afdelingen II en III, na aftrek van de tegemoetkomingen van de voormelde reglementeringen.

De Koning stelt de uitvoeringsmodaliteiten vast van deze bepaling, inzonderheid met betrekking tot de organisatie van de gegevensuitwisseling en de periodiciteit van de eventuele regularisaties.”.

## Hoofdstuk IIIter. Statuut chronische aandoening

### Art. 37vicies/1.

Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voorstel van de werkgroep verzekeraarheid bedoeld in artikel 31bis of na advies van deze werkgroep gegeven op verzoek van de Minister van Sociale Zaken binnen de door hem vastgestelde 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 door de Koning vastgesteld minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging van een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning wordt vastgesteld;
- 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 besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, 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°.

## **HOOFDSTUK IV**

### **OPMAKEN VAN DE BEGROTING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING**

#### **Art. 38.**

De overeenkomsten- en akkoordencommissies stellen, elk wat haar betreft, de financiële middelen vast die ze voor de financiering van hun sector onontbeerlijk achten. Daartoe winnen ze het advies van de overeenstemmende technische raad in.

Voor de verstrekkingen waarvoor geen overeenkomsten of akkoordencommissie bevoegd is, stelt de Dienst de middelen vast die ze voor de financiering van de betrokken sectoren onontbeerlijk achten. Wat de in artikel 34, 6°, bedoelde prestaties betreft, raadpleegt de Dienst voorafgaandelijk de bevoegde dienst van het Ministerie van Volksgezondheid. Wat de door de Koning ter uitvoering van artikel 35, § 1, derde lid, vastgestelde groepen van producten betreft, raadpleegt de Dienst voorafgaandelijk de Commissie voor tegemoetkoming van bandagen, orthesen en uitwendige prothesen.

De inventarisatie van de wijzigingen van de nodige financiële middelen, vertrekkende van het uitgavniveau bij constante wetgeving zoals het is opgemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, dient in zijn diverse componenten te worden meegedeeld en gerechtvaardigd door de betrokken Overeenkomsten- of Akkoordencommissies of respectievelijk door de Dienst. Deze componenten moeten toelaten de invloed van prijsfactoren, consumptiefactoren en alle andere factoren te onderscheiden. De Commissie van begrotingscontrole kan hiertoe het gebruik aanbevelen van een modelformularium.

De Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut deelt aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole en de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting uiterlijk op 30 juni van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn technische ramingen mee op basis van volledige jaren, en uiterlijk veertien dagen voor de eerste maandag van de maand oktober herziene technische ramingen waarbij de uitgaven van de eerste vijf maanden van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar in aanmerking worden genomen.

Behoudens hiervan afwijkende richtlijnen uitgaande van de Ministers van Sociale Zaken en Begroting, moeten de vast te stellen middelen worden geraamd aan prijzen die nog geen rekening houden met de evolutie van de prijzen van het begrotingsjaar, waarvoor de middelen worden geraamd.

Er wordt eveneens rekening gehouden met de kwartaalverslagen van de Commissie voor begrotingscontrole en de verslagen van de permanente audit zoals vermeld in artikel 51.

**Art. 39.**

Het Verzekeringscomité onderzoekt alle gegevens die door de bevoegde commissies zijn bezorgd.

In voorkomend geval kan het Verzekeringscomité met een gemotiveerd verzoek de bevoegde commissies vragen de inventaris van de wijzigingen van hun subsector opnieuw te evalueren.

Het Verzekeringscomité bezorgt de Algemene Raad en de Commissie voor Begrotingscontrole uiterlijk op de eerste maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar een globaal voorstel dat de groeicijfer en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 40, § 1, derde lid naleeft.

Teneinde de partiële doelstellingen van dat globale voorstel vast te stellen, vermeldt het Verzekeringscomité voor de betrokken sectoren in verhouding tot de technische ramingen, naargelang van het geval, ofwel het te besparen bedrag, alsook de concrete overeenstemmende besparingsmaatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan, ofwel bedragen die overeenstemmen met positieve maatregelen, alsook een beschrijving van die maatregelen samen met de datum van inwerkingtreding ervan.

Bij gebrek aan dergelijk voorstel op de eerste maandag van oktober is de Algemene Raad bevoegd voor de vaststelling van de partiële doelstellingen.

## **Art. 40<sup>33</sup>.**

**§ 1.** Gelet op het globale voorstel van het Verzekeringscomité bedoeld in artikel 39, en de voorstellen tot besparingsmaatregelen van de Commissie voor Begrotingscontrole bedoeld in artikel 18, hecht de Algemene Raad uiterlijk de derde maandag van oktober van het jaar dat voorafgaat aan het begrotingsjaar zijn goedkeuring aan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de overeenkomsten- of akkoordencommissies. De Algemene Raad hecht eveneens zijn goedkeuring aan de structurele besparingen (inhoud, jaarlijks bedrag en datum van inwerkingtreding) die noodzakelijk zijn voor de naleving van de groeionorm en de stijging van de gezondheidsindex bedoeld in het derde lid en stelt de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarop dat systeem van toepassing is, voor.

Wanneer hij de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging goedkeurt, moet de Algemene raad rekening houden met de bij wet vastgestelde reële groeionorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging en kan hij rekening houden met het in de artikelen 59 en 69 bedoeld algebraïsch verschil alsmede met het aandeel van de verzekering geneeskundige verzorging in de verrekening van het verschil bedoeld in artikel 117, § 1, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

Voor het jaar 2000 wordt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, vastgelegd op 12.412.731.000 EUR. Vanaf het jaar 2001 wordt dit bedrag jaarlijks verhoogd met een maximale reële groeionorm van 2,5 pct ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorig jaar. Vanaf het dienstjaar 2008 wordt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling verhoogd. Deze verhoging wordt berekend uitgaande van een basisbedrag van 439 900 duizend EUR, in prijzen 2005, aangepast aan de evolutie van het gezondheidsindexcijfer en vermenigvuldigd met de aanpassingscoëfficiënt voor het jaar 2008, bepaald in uitvoering van artikel 6, § 1bis, van het koninklijk besluit van 18 november 1996 strekkende tot invoering van een globaal financieel beheer in het sociaal statuut der zelfstandigen, met toepassing van hoofdstuk I van titel VI van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels.

De aanpassing aan het gezondheidsindexcijfer gebeurt door de vermenigvuldiging met de verhouding van het gemiddelde gezondheidsindexcijfer van het jaar 2007 tot dat van het jaar 2004. ;

---

*33 Noot: De wijzigingen in artikel 40, 196, 197, 198 en 199 en het nieuw artikel 196bis van de Wet houdende diverse bepalingen (I) (1) 24/07/2008 (BS 07/08/2008) zijn voor de eerste maal van toepassing op de afsluiting van de rekeningen van het jaar 2006.*

Voor het jaar 2004 wordt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling vastgesteld op 16 257 831 duizend EUR. Vanaf het jaar 2005 wordt dit bedrag jaarlijks verhoogd met een reële groeinorm van 4,5 % ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorig jaar, alsmede met de te verwachten stijging van het gezondheidsindexcijfer in het betrokken begrotingsjaar.

Vanaf 2002 kan de Algemene raad van het Instituut, jaarlijks, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor de begrotingscontrole, bepalen welke uitzonderlijke of bijzondere uitgaven niet opgenomen worden in de berekeningsbasis voor de toepassing van deze maximale groeinorm. De voorstellen van de Algemene raad zijn enkel goedgekeurd indien zij de meerderheid van de stemmen halen van de stemgerechtigde leden, met inbegrip van de stemmen van alle leden van de groep bedoeld in artikel 15, eerste lid, a).

Voor de jaren 2010 en 2011 worden bedragen van de globale begrotingsdoelstelling, van respectievelijk 350 miljoen euro en 450 miljoen euro, ter beschikking gesteld van de RSZ-globaal beheer, bedoeld in artikel 5, eerste lid, 2°, van de wet van 27 juni 1969, tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders en van het globale financiële beheer in de statuuat van de zelfstandige arbeiders, bedoeld in artikel 2 van het koninklijk besluit van 18 november 1996, strekkende tot invoering van een globaal financieel beheer in het sociaal statuut der zelfstandigen, met toepassing van hoofdstuk I van titel VI van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels. Deze middelen zijn verdeeld volgens een verdeelsleutel van 90 pct. voor het voornoemde globale budgettaire beheer van de werknemers en 10 pct. voor het voornoemde globale budgettaire beheer van de zelfstandigen.

Voor het jaar 2013 wordt dat bedrag verhoogd met een reële groeinorm van 2 %, alsook met de te verwachten stijging van het gezondheidsindexcijfer in het betrokken dienstjaar en met 40 miljoen euro. Vanaf 2014 stemt het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling overeen met het bedrag van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van het vorige jaar, vermeerderd met een reële groeinorm van 3 % en met de te verwachten stijging van het gezondheidsindexcijfer in het betrokken dienstjaar.

**§ 2.** Indien de begrotingsdoelstelling niet wordt goedgekeurd, stelt de Algemene raad de Minister hiervan in kennis. In dat geval bepaalt de Ministerraad, op voorstel van de Minister, het bedrag van de jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bepaalt de partiële doelstellingen en de globale begrotingen van de financiële middelen voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen waarvoor dat systeem van toepassing is.

**§ 3.** De Algemene raad of de Minister, naar gelang het geval, delen de beslissingen inzake de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en inzake de globale begrotingen van de financiële middelen mede aan het Verzekeringscomité. Op basis van deze beslissingen deelt het Verzekeringscomité de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen mee aan de overeenkomsten- en akkoordcommissies.

Bij die vaststelling en vanaf de vaststelling van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstellingen voor 2004 kan het Verzekeringscomité in het voorstel van de globale begrotingsdoelstelling, bedoeld in artikel 39 eveneens op verzoek van de minister, van de Algemene Raad of op eigen initiatief, de toekenning van begrotingsbedragen die in een jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling zijn opgenomen, laten afhangen van het halen van bepaalde doelstellingen. Die doelstellingen kunnen onder meer bestaan uit het sluiten van een akkoord of een overeenkomst voor een duur van ten minste twee jaar, het nemen van maatregelen inzake de beheersing van de uitgaven of de beheersing van de volumes van geneeskundige verstrekkingen of van voorgeschreven geneesmiddelen. Het Verzekeringscomité stelt de datum voor waarop die bedragen worden toegekend, alsmede de datum waarop de doelstellingen moeten zijn gehaald. Die data moeten binnen het betrokken begrotingsjaar vallen.

**§ 3bis.** Onverminderd de bevoegdheden van het Verzekeringcomité en de Algemene raad kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling en de partiële begrotingsdoelstellingen aanpassen wanneer bepaalde verstrekkingen of specifieke opdrachten worden ten laste genomen door het budget van financiële middelen vastgesteld met toepassing van artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

**§ 4.** De globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling kan worden aangepast om ondermeer rekening te houden met het verschil tussen de werkelijke prijzen en de geraamde prijzen, voor die sectoren waarvan de prijzen niet zijn gekoppeld aan de waarde van het rekenkundig gemiddelde van de gezondheidsindex van de maand juni en van de drie voorafgaande maanden.

De globale begrotingsdoelstelling kan door de Algemene raad, onverminderd de toepassing van artikel 16 § 3, op voorstel van de minister worden aangepast, om rekening te houden met de in artikel 59 en 69 bedoelde algebraïsche verschillen alsmede met wijzigingen in de verzekeringstegemoetkoming met toepassing van artikel 64bis.

Vanaf 2006 moet de Algemene Raad bij de goedkeuring van de totale jaarlijkse begrotingsdoelstelling rekening houden met het algebraïsche verschil zoals bedoeld in de artikelen 59 en 69.

**§ 5.** *(opgeheven)*

**Art. 41.**

Op voorstel of advies van de Algemene raad kan de Koning de in artikel 51, § 1, bepaalde data en termijnen aanpassen.



## HOOFDSTUK V BETREKKINGEN MET DE ZORGVERLENERS, DE DIENSTEN EN DE INSTELLINGEN

### Afdeling I Overeenkomsten

#### A. Algemene bepalingen

##### **Art. 42.**

Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen eensdeels, en de apothekers, de verplegingsinrichtingen, de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten, de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten en de in artikel 34, 11°, 12° en 18° bedoelde diensten en inrichtingen anderdeels, bij overeenkomsten geregeld.

De in het vorige lid vermelde overeenkomsten, zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.

De Koning regelt de financiële en administratieve betrekkingen tussen de rechthebbenden en de verzekeringsinstellingen enerzijds en de zorgverleners die instaan voor de in artikel 34, 13°, 14°, 15° en 16° bedoelde verstrekkingen anderzijds.

#### B. Overeenkomsten met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten

##### **Art. 43.**

Wanneer er op nationaal vlak geen overeenkomst bestaat met de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten, omdat de overeenkomst niet opgemaakt, niet goedgekeurd of vervallen is, kunnen alle verzekeringsinstellingen samen en de betrokken beroepsorganisaties of representatieve organisaties van de diensten rechtstreeks over streekovereenkomsten onderhandelen en die sluiten.

Deze overeenkomsten worden gesloten in streekcommissies, welke bestaan uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van, enerzijds, de verzekeringsinstellingen en, anderzijds, de organisaties welke in de beschouwde streek representatief zijn voor de belanghebbende beroepen of diensten. Voor de toepassing van het bepaalde in dit artikel kan de Koning omschrijven wat onder "streek" dient te worden verstaan.

Wanneer er op het nationale vlak een overeenkomst is, kunnen regionale overeenkomsten, voor zoverre zij aanvullende bepalingen behelzen, tot stand komen of in voege blijven mits goedkeuring door het Verzekeringscomité.

**Art. 44.**

§ 1. De overeenkomsten met betrekking tot de vroedvrouwen, de verpleegkundigen en de diensten thuisverpleging, de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verstrekkers van prothesen, toestellen en implantaten bepalen in het bijzonder het bedrag der voor de verstrekkingen aan te rekenen honoraria en prijzen.

Die honoraria en prijzen worden vastgesteld door factoren te bepalen waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden dienen vermenigvuldigd.

§ 2. Wat de huisbezoeken of verstrekkingen ten huize betreft, wordt in de overeenkomsten voor de reiskosten een forfaitair bedrag vastgesteld dat de in § 1 bedoelde personen aan de rechthebbende mogen aanrekenen wanneer zij deze verzorging te zijnen huize verstrekken, hetzij op zijn verzoek, hetzij eigener beweging wanneer de toestand van de zieke verdere verzorging vergt zonder dat hij zich kan verplaatsen. Dat forfaitair bedrag mag verschillen volgens de streken.

§ 3. Voor de in artikel 37, § 19 bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en voor de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden, kunnen de overeenkomsten, wat de in artikel 34, 1° en 7°bis bedoelde verstrekkingen betreft, in voorkeurs-honorariumbedragen voorzien, zodat de rechthebbenden niet een gedeelte van de kosten der verstrekking hoeven te betalen.

§ 4. De overeenkomsten worden door de partijen toegepast, waar en op welk tijdstip ook de verstrekkingen worden verleend.

§ 5. De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 32 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.

Die bijzondere voorwaarden zijn evenwel niet van toepassing wanneer het verstrekkingen geldt aan ter verpleging opgenomen personen die niet in een afzonderlijke kamer verblijven.

§ 6. De Koning kan voor de personen die tot een overeenkomst toetreden, een speciale regeling inzake overlevings- en invaliditeitsverzekering invoeren.

Bij het bepalen van de bedragen van de overeenkomstenhonoraria kan met bedoelde speciale regeling rekening worden gehouden.

In de financiering van de bij die speciale regeling bepaalde voordelen wordt voorzien met een persoonlijk aandeel van de belanghebbenden dat varieert uitgaande van het peil der overeenkomstenhonoraria en met de inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

Daartoe kan de Koning bij het Instituut een bijzonder fonds instellen dat wordt opgenomen in de begroting van de administratiekosten van het Instituut. De Koning bepaalt de werkingsregelen van genoemd fonds.

Na het verstrijken van een tijdvak van twee jaar kan bij wet een bijzondere regeling worden ingevoerd die ook het rustpensioen omvat.

**Art. 45.**

De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B bedoelde personen de tekst van de goedgekeurde overeenkomsten welke op hen betrekking hebben en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 26 bedoelde Commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via de belanghebbende beroepsverenigingen.

De bandagist of de orthopedist die zijn beroep uitoefent in een onderneming waarvan hij niet het hoofd is, moet evenwel, om tot de overeenkomst te kunnen toetreden en voor zover dat in die overeenkomst uitdrukkelijk is bepaald, een machtiging van het hoofd van die onderneming bijwege waarbij hem de toestemming wordt gegeven om de verbintenissen aan te gaan die in de voormelde overeenkomst zijn vastgesteld. Die toestemming is slechts geldig indien zij betrekking heeft op alle zorgverleners van de onderneming die gerechtigd zijn om tot de overeenkomst toe te treden.

### C. Overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen

**Art. 46.**

§ 1. De overeenkomsten met betrekking tot de verplegingsinrichtingen voor welke de prijs van de verpleegdag niet wordt vastgesteld door of krachtens de wet op de ziekenhuizen, behelzen de verbintenis van genoemde inrichtingen tot toepassing, ten aanzien van de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van het voor iedere inrichting vastgestelde verpleegdagbedrag.

§ 2. In de overeenkomsten met de verplegingsinrichtingen kan worden gesteld dat deze gemachtigd zijn om van de toepassing van de normale verpleegdagbedragen af te wijken in de gevallen waarin de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging geëist hebben in een afzonderlijke kamer te worden opgenomen zonder dat hun gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen.

In de bij de overeenkomsten gevoegde bijlagen geven de verplegingsinrichtingen de prijzen op die toepasselijk zijn voor de opname van de zieke in een afzonderlijke kamer als bedoeld in het vorige lid.

§ 3. De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de verplegingsinrichtingen de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 26 bedoelde Commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via hun beroepsvereniging.

D. Overeenkomsten met de in artikel 34, 11° en 12° bedoelde diensten en inrichtingen

**Art. 47.**

§ 1. De in artikel 42 bedoelde overeenkomsten stellen voor de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen de modaliteiten vast voor toekenning van de in artikel 37, § 12, bedoelde tegemoetkomingen.

§ 2. De overeenkomsten worden aan het Verzekeringscomité ter goedkeuring voorgelegd. Het Verzekeringscomité kan die overeenkomsten goedkeuren, hetzij voor alle rechthebbenden die in de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen zijn ondergebracht, hetzij voor een deel van die rechthebbenden, rekening houdende met de grenzen van de begrotingskredieten en in functie van de bezuinigingen die door de vermindering van het aantal ziekenhuisbedden worden verwezenlijkt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging verzendt de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft naar de in artikel 34, 11° en 12°, bedoelde diensten en inrichtingen en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de betrokken Commissie kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via hun representatieve organisatie.

§ 3. In de overeenkomst kan worden bepaald dat de overeenkomstencommissie de toetreding tot de overeenkomst kan schorsen van een instelling waarin systematisch zware misbruiken worden vastgesteld in het nadeel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De commissie beslist over de datum waarop de schorsing ingaat en over de schorsingsperiode. De vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die schorsing voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken instelling worden teruggevorderd van de rechthebbenden. De Koning bepaalt wat onder “systematisch zware misbruiken” wordt verstaan.

## E. Overeenkomst met de apothekers

### **Art. 48.**

§ 1. De in artikel 42 bedoelde nationale overeenkomst bepaalt, wat de apothekers betreft, het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen en stelt regelen vast met betrekking tot de verantwoordelijkheidshonoraria en beschikbaarheidshonoraria voor de aflevering van de farmaceutische specialiteiten, alsook met betrekking tot de aflevering en de facturering van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, 5°, die door de apothekers worden verstrekt.

*(tweede lid geschrapt door Programmawet 29/03/0212 – BS 06/04/2012)*

§ 2. Voorkeurchonoraria kunnen worden bepaald voor de in artikel 34, 5°, a), bedoelde farmaceutische verstrekkingen, af te leveren aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

*Tweede lid opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3.*

§ 3. De overeenkomsten kunnen bijzondere voorwaarden bepalen voor verstrekkingen aan de in artikel 32 bedoelde personen met een jaarlijks inkomen boven een bij genoemde overeenkomsten vast te stellen bedrag.

§ 4. De Dienst voor geneeskundige verzorging zendt aan de apothekers de tekst van de goedgekeurde overeenkomst welke op hen betrekking heeft en verzoekt hen om individuele toetreding. Van die individuele toetredingen wordt aan de in artikel 26 bedoelde Commissies kennis gegeven, hetzij rechtstreeks, hetzij via hun beroepsvereniging.

## F. Gemene bepalingen

### **Art. 49.**

- § 1. Indien blijkt dat de in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D en E bedoelde overeenkomsten niet opgemaakt konden worden, stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging, voor de gezamenlijke verzekeringsinstellingen, aan iedere vroedvrouw en ieder lid van de para-medische beroepen, elke verplegingsinrichting, dienst en inrichting en iedere apotheker, elke andere door het Verzekeringscomité vastgestelde tekst van overeenkomst ter toetreding voor. Van de individuele toetredingen wordt rechtstreeks kennis gegeven aan de Dienst voor geneeskundige verzorging.
- § 2. De overeenkomsten kunnen bepalen dat de commissie waarin de overeenkomst is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de overeenkomsten en dat de commissie het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.
- § 3. Tenzij in de overeenkomsten het tegendeel bedongen is en onverminderd de bepalingen van artikel 49, § 3bis, heeft iedere individuele toetreding tot een in deze afdeling bedoelde overeenkomst onmiddellijk uitwerking en geldt voor de duur van de overeenkomst. De personen en inrichtingen die tot een overeenkomst zijn toegetreden worden, behoudens andersluidende wilsuiting en onverminderd de bepalingen van artikel 49, § 3bis, geacht hun toetreding tot die overeenkomst te behouden indien deze stilzwijgend is verlengd of tot een nieuwe overeenkomst welke in de plaats komt van die welke afloopt.

De toetreding die is verkregen onder de voorwaarden van artikel 45, tweede lid vervalt wanneer de zorgverlener in dienst bij een onderneming, die onderneming verlaat. Zij wordt onvoorwaardelijk verlengd wanneer die zorgverlener zich voor eigen rekening vestigt. Wanneer hij echter bij een andere onderneming in dienst treedt, blijft de toetreding automatisch gehandhaafd behalve indien het hoofd van die onderneming binnen 15 dagen na de aanwerving de Dienst voor geneeskundige verzorging schriftelijk kennis geeft van zijn verzet.

§ **3bis**. De overeenkomstencommissie kan in geval van misbruiken de overeenkomst eenzijdig voor bepaalde of onbepaalde duur opzeggen. De Koning bepaalt wat onder misbruiken moet worden verstaan.

De beslissing tot opzegging van de overeenkomst wordt bij gewone meerderheid van stemmen genomen. Deze beslissing moet deugdelijk gemotiveerd zijn.

Dergelijke beslissing tot opzegging van de overeenkomst treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de maand tijdens welke de beslissing bij een ter post aangetekende brief aan de zorgverstrekker, dienst of instelling werd betekend.

De opzegging blijft onverminderd gelden ten overstaan van stilzwijgend verlengde of nieuwe overeenkomsten die in de plaats komen van de opgezegde overeenkomst.

De krachtens artikel 37, § 12, vastgestelde vermindering van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging welke uit die opzegging voortvloeit, mag in geen geval door de betrokken zorgverlener worden teruggevorderd van de rechthebbenden.

§ **4**. De in titel III, hoofdstuk V, afdeling I, B, C, D, E en F bedoelde overeenkomsten worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar en worden, behoudens andersluidende bepalingen, stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar, behalve indien ze worden opgezegd uiterlijk drie maanden vóór de vastgestelde datum van verstrijken.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een overeenkomst van minder dan twee jaar aanvaarden.

De door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomststeksten voorzien in de voorwaarden waaronder een einde wordt gemaakt aan de uitwerking van de individuele toetredingen tot die overeenkomsten ingeval een nationale of een streekovereenkomst gesloten wordt.



§ 5. Indien, op de datum van het verstrijken van een in § 4 bedoelde overeenkomst, geen nieuwe overeenkomst werd gesloten, stelt de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen dertig dagen volgend op die datum, voor de gezamenlijke verzekeringsinstellingen, aan ieder beoefenaar van de betrokken beroepen, aan iedere verplegingsinrichting, dienst of inrichting, een andere door het Verzekeringscomité vastgestelde overeenkomsttekst ter toetreding voor.

De Koning kan, van de dertigste dag af die volgt hetzij op de dag van het verzenden door de Dienst voor geneeskundige verzorging van de tekst van de in de artikelen 45 en 48 bedoelde overeenkomsten, hetzij op die van het aanduiden van de in het vorige lid bedoelde overeenkomsttekst, op voorstel of na gemotiveerd advies van het Verzekeringscomité, voor het hele land of voor bepaalde streken, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of voor bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximumtarieven van honoraria en prijzen vaststellen, wanneer het aantal individuele toetredingen niet 60 pct. bereikt van het totaal aantal beoefenaars van het betrokken beroep.

Zodra vastgesteld wordt dat het in het vorig lid bedoelde quorum is bereikt, kan de Koning de vergoedingsbedragen waarin artikel 37 voorziet, met maximum 25 pct. verminderen voor de verstrekkingen verleend door de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers die niet tot een der in deze afdeling bedoelde overeenkomsten zijn togetreden. De Koning kan evenwel voor de personen die niet tot de overeenkomst zijn togetreden, de nakoming van de overeenkomstenhonoraria verbindend verklaren voor de verstrekkingen die zij verlenen aan de in artikel 37, § 19, bedoelde rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming.

Het in het tweede en derde lid bedoelde aantal individuele toetredingen wordt, in principe op nationaal vlak vastgesteld; alsdan kunnen, indien het in het tweede lid bepaalde quorum is bereikt, de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in het ganse land. Is dit quorum niet bereikt, dan wordt het aantal individuele toetredingen per streek vastgesteld; alsdan kunnen de bepalingen van het derde lid van toepassing zijn in elke streek waar dit quorum is bereikt en die van het tweede lid in elke streek waar dat quorum niet is bereikt.

Het begrip streek wordt verduidelijkt onder de in artikel 43 gestelde voorwaarden.

Om uit te maken of vorenbedoeld quorum al dan niet is bereikt, wordt het aantal beoefenaars van een bepaald beroep waarmee het aantal tot een overeenkomst togetreden personen van hetzelfde beroep in verhouding wordt gebracht, door het Verzekeringscomité vastgesteld volgens in de overeenkomst omschreven modaliteiten.

## **Afdeling II**

### **Betrekkingen met de geneesheren en de tandheekkundigen**

#### **Art. 50.**

§ 1. De betrekkingen tussen de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorps en van de tandheekkundigen enerzijds en de verzekeringsinstellingen anderzijds worden geregeld door akkoorden.

Normaal worden de financiële en administratieve betrekkingen tussen de geneesheren of de tandheekkundigen en de rechthebbenden geregeld door de vorenbedoelde akkoorden.

De voornoemde akkoorden zijn voor wat betreft de bepalingen aangaande de tarieven, ook van toepassing op de personen die geneeskundige zorg genieten krachtens een Verordening van de Europese Unie of het Verdrag betreffende de werking van de Europese Unie dan wel een overeenkomst inzake de sociale zekerheid.

§ 2. Bij de vertegenwoordiging van het geneesherenkorps en van de tandheekkundigen in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen wordt rekening gehouden met de eventuele minderheden. De vertegenwoordiging van de verzekeringsinstellingen waarborgt voor elke instelling minstens één afgevaardigde.

Beide Commissies mogen samen zitting houden wanneer kwesties van gemeenschappelijk belang op de agenda staan.

De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen wordt voorgezeten door een voorzitter die door de Koning wordt benoemd, na advies van de betrokken commissie.

De beslissingen worden genomen bij drievierde meerderheid zowel van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen als van de leden die het geneesherenkorps of de tandheekkundigen vertegenwoordigen. Wanneer die quorums niet worden bereikt, en voor zover de meerderheid van de leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en de meerderheid van de leden die het geneesherenkorps of de tandheekkundigen vertegenwoordigen, de voorstellen goedkeuren, legt de voorzitter dezelfde voorstellen ter stemming in een nieuwe vergadering, die moet plaatsvinden binnen vijftien dagen. Wanneer deze dubbele meerderheid tijdens de tweede vergadering opnieuw bereikt wordt, zijn de beslissingen verworven. In de akkoorden tussen de geneesheren en de verzekeringsinstellingen kunnen de aangelegenheden bepaald worden waarvoor de in dit lid bedoelde meerderheden van de leden die het geneesherenkorps vertegenwoordigen al naargelang het geval de helft van de leden die zetelen als algemeen geneeskundige of als geneesheer-specialist moeten bevatten.

De voorzitter is niet stemgerechtigd.

Elke Commissie maakt een huishoudelijk reglement op, dat de Koning ter goedkeuring wordt voorgelegd.

§ 3. Die akkoorden treden in werking in een bepaalde streek, vijfenveertig dagen na hun bekendmaking in het Belgisch Staatsblad, behoudens indien meer dan 40 pct. van de geneesheren of van de tandheekkundigen bij een ter post aangetekende brief hun weigering tot toetreding tot de termen van de genoemde akkoorden betekend hebben. Opdat in elke streek de akkoorden in werking kunnen treden, mogen bovendien 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 tandheekkundigen die hun weigering tot toetreding tot de termen van de akkoorden betekend hebben, wordt streek per streek uitgevoerd door de in § 2 bedoelde Commissies vóór 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 tandheekkundigen, 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 tandheekkundigen 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.

Wanneer een nieuw akkoord wordt afgesloten of een nieuw in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document 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, de situatie waarin zij zich bevonden op de laatste dag van dat akkoord of document dat is verstreken, 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.<sup>34</sup>

§ 3bis. Onverminderd de bepaling van § 3, achtste lid zijn de uit de nomenclatuur voortvloeiende tarieven de maximumhonoraria die kunnen worden geëist voor verstrekkingen verleend in het raam van raadplegingen in een ziekenhuis, indien de rechthebbende niet voorafgaandelijk door de verplegingsinrichting uitdrukkelijk werd geïnformeerd aangaande het al dan niet toegetreden zijn tot de akkoorden van de zorgverlener op het ogenblik dat de zorgen worden verleend.

§ 4. De grenzen van de streken vallen samen met die van de administratieve arrondissementen van het Rijk. De Koning kan, op voorstel van de bevoegde Nationale commissie, een verschillende omschrijving van de streken vaststellen.

§ 5. De Nationale commissie waarin een akkoord is tot stand gekomen, stelt de modaliteiten vast volgens welke de tekst van het akkoord, samen met een formulier van weigering tot toetreding, aan de geneesheren of aan de tandheelkundigen wordt toegezonden. Die modaliteiten moeten de toezending verzekeren van die bescheiden aan alle geneesheren of tandheelkundigen, ongeacht de gekozen manier van verzenden, alsook hun recht eerbiedigen om hun weigering tot toetreding te betekenen.

§ 6. (IR)De akkoorden gesloten in de in § 2 bedoelde Commissies stellen inzonderheid de honoraria vast, die ten overstaan van de rechthebbenden van de verzekering nageleefd worden door de geneesheren en de tandheelkundigen die geacht worden tot de akkoorden toegetreden te zijn.

Zij stellen de voorwaarden vast inzake tijd, plaats, bijzondere eisen of economische toestand van de rechthebbenden, waarin die honoraria mogen worden overschreden. Die honoraria worden bepaald door het vaststellen van factoren waarmee de in artikel 35, § 1, bedoelde betrekkelijke waarden moeten worden vermenigvuldigd, met dien verstande dat de geneesheer of de tandheelkundige zijn honoraria vrij bepaalt voor de verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zouden opgenomen zijn.

---

<sup>34</sup> Deze bepaling treedt in werking vanaf 1 januari 2013 (Programmawet 27/12/2012 – BS 31/12/2012)

*N.B.: Voor de geneesheren die niet geweigerd hebben toe te treden tot het artsen-ziekenfondsenakkoord van 21 december 2011 blijven de in het voornoemde akkoord vastgestelde honoraria van toepassing tot de inwerkingtreding van een nieuw artsen-ziekenfondsenakkoord of van een document zoals bedoeld in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dit tot uiterlijk 31 maart 2013. (Art. 16 Programmawet 27/12/2012 – BS 31/12/2012)*

Inzake de bezoeken of verstrekkingen aan huis wordt voor de reiskosten in de akkoorden het forfaitaire bedrag vastgesteld dat de geneesheren of de tandheekkundigen van de rechthebbenden vorderen; ze mogen bedingen behelzen waarin is voorzien in bijzondere modaliteiten, toepasselijk in een bepaalde streek, eventueel op voorstel van een gewestelijke commissie geneesheren-ziekenfondsen of tandheekkundigen-ziekenfondsen of van de gewestelijke afgevaardigden van de representatieve beroepsorganisaties van het geneesherenkorp of van de tandheekkundigen, en van de verzekeringsinstellingen. Dat forfaitair bedrag kan van streek tot streek verschillen. Om tegemoet te komen aan bijzondere toestanden kan in éénzelfde streek eventueel in verschillende forfaitaire bedragen worden voorzien.

Voor de gevallen waarin een geneesheer-specialist of een tandheekkundige door de huisarts ter consult wordt bijgeroepen ten huize van de zieke, mag in het akkoord een kilometervergoeding voor verplaatsingen worden vastgesteld.

De akkoorden kunnen voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de organisatiekosten van cursussen voor aanvullende opleiding voor geneesheren.

De akkoorden kunnen ook een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging bedingen, die door het Instituut, ten laste van het budget van de honoraria, wordt gestort aan de zorgverleners die voldoen aan bijkomende voorwaarden, andere dan die betreffende de bekwaming. Het op 13 december 1993 gesloten nationaal akkoord geneesheren-ziekenfondsen wordt geacht te voorzien in een dergelijke tegemoetkoming waarvan het jaarbedrag is vastgesteld op 20.000 frank voor het jaar 1995.

In de akkoorden kunnen bovendien de voorwaarden bepaald worden waarbij de zorgverlener voor een bepaalde periode niet meer beantwoordt aan de accrediteringsvoorwaarden, bedoeld in artikel 36ter, wanneer bij toepassing van artikel 141, §§ 2 en 3, tegen hem minstens twee sancties werden uitgesproken tijdens een periode van vier kalenderjaren.

**§ 7.** De akkoorden kunnen bepalen dat de Nationale commissie waarin het akkoord is gesloten, bevoegd is om de geschillen bij te leggen die kunnen rijzen inzake de interpretatie of de uitvoering van de akkoorden en dat zij het advies van de bevoegde technische raad kan inwinnen wanneer het geschil betrekking heeft op de interpretatie van de nomenclatuur.

**§ 8.** De akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en in de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen, worden gesloten voor een periode van ten minste twee jaar.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord van minder dan twee jaar aanvaarden.

In de akkoorden, gesloten in de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale commissie tandheekkundigen-ziekenfondsen, moeten, bovendien, bepalingen worden opgenomen betreffende een algemene opzegging of een opzegging die beperkt is tot bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen, of tot bepaalde zorgverleners, alsmede modaliteiten betreffende de individuele opzegging van die akkoorden, als de niet in de akkoorden opgenomen correctiemaatregelen niet zijn goedgekeurd door de

vertegenwoordigers van de geneesheren of van de tandheekkundigen volgens de regels die zijn vastgesteld in de §§ 2 en 3, zevende en achtste lid.

**§ 9.** De voorzitter van de Nationale commissie roept de Commissie uiterlijk drie maanden vóór de datum van het verstrijken van het lopende akkoord bijeen.

Hij organiseert de werkzaamheden van de Commissie derwijze dat met de onder § 10 omschreven procedure een aanvang kan worden gemaakt uiterlijk één maand vóór het verstrijken van het lopende akkoord en dat ermee kan geëindigd worden uiterlijk op de datum van het verstrijken van het akkoord.

**§ 10.** In geval van moeilijkheden, die voortkomen van een percentage weigeringen tot toetreding, hetwelk in één of meer streken eventueel hoger ligt dan die, bedoeld in § 3, onderzoekt de betrokken Nationale commissie de toestand en kan zij, na raadpleging van de gewestelijke afgevaardigden van het geneesherenkorp of van de tandheekkundigen en van de verzekeringsinstellingen, oplossingen voorstellen die de inwerkingtreding van de akkoorden in dat of die streken toelaten.

De Commissie stelt, streek per streek, vast dat het akkoord in werking kan treden, hetzij omdat de in § 3 bedoelde percentages weigeringen tot toetreding niet langer overschreden worden hetzij omdat de in het vorige lid overwogen oplossingen werden bereikt.

**§ 11.** Wanneer op de datum van het verstrijken van een akkoord of een in artikel 51, § 1, zesde lid, 2°, bedoeld document, geen nieuw akkoord is gesloten of wanneer een nieuw akkoord of document niet in alle streken van het land in werking kan treden of blijven, kan de Koning, voor het hele land of voor bepaalde streken van het land, voor alle of voor bepaalde verstrekkingen en voor alle of bepaalde categorieën van rechthebbenden, maximum honoraria vaststellen. Hij kan tevens het bedrag van de forfaitaire tegemoetkoming vaststellen bedoeld in § 6, zesde lid.

Indien voornoemde maatregel genomen wordt ten aanzien van alle rechthebbenden en ze voor de vaststelling van de honoraria naar de tarieven van het akkoord of het document verwijzen, blijven of worden de bepalingen bedoeld in bedoeld akkoord of document toegepast op de geneesheren en tandheekkundigen die in die streken hun weigering tot toetreding tot de termen van genoemd akkoord of document niet hebben ter kennis gebracht binnen de in § 3 bedoelde termijn; in dat geval wordt de krachtens het eerste lid genomen maatregel op hen niet toegepast.

Indien op de datum van het verstrijken van een akkoord of document geen nieuw akkoord kon worden gesloten of indien een nieuw akkoord is gesloten of een document in het Belgisch Staatsblad werd bekendgemaakt, maar de bedragen en de honoraria nog niet in werking zijn getreden, stelt de Koning de berekeningsbasis vast voor de krachtens artikel 37 verschuldigde verzekeringstegemoetkomingen.

Indien er geen besluit wordt genomen ter uitvoering van het vorige lid, blijven de in het verstreken akkoord of document vastgestelde bedragen en honoraria voorlopig als berekeningsbasis dienen voor de verzekeringstegemoetkoming.

**§ 12.** De nationale akkoorden geneesheren-ziekenfondsen bevatten bepalingen die een bijkomende herwaardering van de honoraria van een of meer groepen van zorgverleners afhankelijk maken van de beheersing van de evolutie van de uitgaven voor sommige geneeskundige verstrekkingen waarop die groep of groepen van zorgverleners door hun praktijk een invloed kunnen hebben. Vorenbedoelde herwaardering kan ook betrekking hebben op een van de twee delen van de honoraria, die zijn omschreven in artikel 68, § 1.

Het bedrag van deze bijkomende herwaardering moet gekoppeld worden aan een minder snelle stijging van de uitgaven in de in het akkoord aangeduide sectoren.

Niettemin kan het Verzekeringscomité, in uitzonderlijke omstandigheden, een akkoord goedkeuren dat dergelijke bepalingen niet bevat.

**Art. 50bis.**

*Opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

**Afdeling III**  
**Bepalingen gemeenschappelijk aan de afdelingen I en II betreffende andere geneeskundige verstrekkingen**

**Art. 51.**

§ 1. De in de afdelingen I en II bedoelde overeenkomsten en akkoorden moeten door de bevoegde commissies worden gesloten en aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd vóór 30 november, vergezeld van het advies van de Commissie voor begrotingscontrole. De som van de uitgavenbedragen die voortvloeien uit de nieuwe en lopende akkoorden en overeenkomsten, van de geraamde uitgaven voor de geneeskundige verstrekkingen waarvoor geen akkoord of overeenkomst is gesloten of lopende is en van de globale begrotingen van de financiële middelen mag niet meer bedragen dan de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling. Als dit laatste wordt overschreden, stelt het Verzekeringscomité aan de commissies de maatregelen voor die nodig zijn om de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling in acht te nemen.

Vóór 1 december deelt het Verzekeringscomité aan de Algemene raad de gesloten akkoorden en overeenkomsten mee opdat hij uiterlijk op 31 december kan beslissen of ze in overeenstemming zijn met de begroting.

Indien op 1 december een overeenkomst of een akkoord is gesloten en indien het Verzekeringscomité de inhoud van de tekst van de overeenkomst of van het akkoord goedkeurt, geeft het de voorzitter van de betrokken commissie schriftelijk kennis van die goedkeuring.

Als op voorvermelde datum geen overeenkomst of akkoord door de betrokken commissie kan worden gesloten of als de overeenkomst of het akkoord niet wordt goedgekeurd door het Verzekeringscomité, kan dit laatste opmerkingen maken of zelf een voorstel formuleren dat het binnen vijftien dagen meedeelt aan de voorzitter van de commissie. De voorzitter van het Verzekeringscomité doet die commissie bijeenroepen in een vergadering die door hem zelf of door zijn afgevaardigde wordt voorgezeten. De betrokken commissie heeft vanaf de datum waarop het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité zijn meegedeeld, vijftien dagen tijd om zich daarover uit te spreken.

Indien de betrokken commissie het eens is met het voorstel of met de opmerkingen van het Verzekeringscomité of indien dit het tegenvoorstel van de commissie aanvaardt, wordt op die basis een overeenkomst of een akkoord gesloten.



Indien daarentegen de betrokken commissie het voorstel of de opmerkingen van het Verzekeringscomité afwijst of indien het Verzekeringscomité het tegenvoorstel van de commissie afwijst of nog, indien de commissie zich niet binnen de vastgestelde termijn uitspreekt, of indien de Algemene Raad met toepassing van artikel 16, § 1, 7°, een ongunstige beslissing neemt betreffende dat voorstel of die opmerkingen:

1° zijn de bepalingen van artikel 49, §§ 1 en 5, van toepassing wat de overeenkomsten betreft;

2° kan de Minister, wat de akkoorden betreft, na overleg in de Ministerraad, een document ter toetreding voorleggen aan de geneesheren of aan de tandheekkundigen. In dat document worden de honorariumtarieven van de geneeskundige verstrekkingen vastgesteld die de basis zijn voor de vergoedingen door de verzekering, alsmede de bijzondere regels met betrekking tot de openbaarmaking en de voorwaarden inzake tijd en plaats waarin die tarieven en regelen van strikte toepassing zijn; deze voorwaarden zijn die welke opgenomen waren in het jongst gesloten akkoord. Bedoeld document stelt tevens het bedrag vast van de forfaitaire tegemoetkoming bedoeld in artikel 50, § 6, zesde lid.

De geneesheren of tandheekkundigen die van hun weigering niet schriftelijk kennis hebben gegeven binnen dertig dagen na de bekendmaking van dat document in het Belgisch Staatsblad, worden geacht te zijn toegetreden. De bepalingen van dat document treden in werking overeenkomstig de bepalingen van artikel 50, § 3. Onverminderd de andere bepalingen die voortvloeien uit de vaststelling dat meer dan 40 pct. van de geneesheren of tandheekkundigen kennis hebben gegeven van hun weigering, wordt het voordeel van het sociaal statuut toegekend aan de geneesheren of tandheekkundigen die volgens de geldende procedure daarom verzoeken;

3° kunnen, als de onder punt 2° bedoelde procedure niet wordt gevolgd, de bepalingen van artikel 50, § 11, worden toegepast.

Onverminderd de voorgaande bepalingen en die van artikel 49, indien, op de datum van het verstrijken van een overeenkomst geen nieuwe overeenkomst is gesloten, blijven de in de verstreken vorige overeenkomst vastgestelde prijzen en honoraria als basis dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming totdat een nieuwe overeenkomst of een andere als zodanig wettelijk geldende tekst in werking treedt.

§ 2. Elke overeenkomst of akkoord moet verbintenissen bevatten inzake honoraria en prijzen. Ze kunnen ook verbintenissen bevatten inzake beheersen van het volume, het rationeel gebruik en het oordeelkundig voorschrijven van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34 waartoe de betrokken zorgverleners gemachtigd zijn.

Elke overeenkomst of elk akkoord moet eveneens de correctiemechanismen bevatten die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt overschreden of dreigt te worden overschreden.

De correctiemechanismen kunnen met name bestaan uit aanpassingen van de honorariumtarieven, van de prijzen of van andere bedragen, in wijzigingen van de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in nieuwe technieken om de geneeskundige verstrekkingen te financieren.

Bovenop die correctiemechanismen moet elke overeenkomst of elk akkoord bevatten:

1° een beding dat, ingeval de structurele besparingsmaatregelen bedoeld in artikel 40, §1, of deze bedoeld in artikel 18 niet worden toegepast, voorziet in een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van de honoraria, prijzen of andere bedragen of van de vergoedingstarieven, volgens de regels vastgesteld in de leden 5 tot 7;

2° correctiemechanismen die in werking kunnen worden gebracht zodra wordt vastgesteld dat de toename in volume van bepaalde verstrekkingen of groepen van verstrekkingen de normen inzake volume die in de overeenkomst of het akkoord zijn opgenomen, overschrijdt of dreigt te overschrijden.

De Algemene Raad stelt in de maand die volgt op de voorziene datum van inwerkingtreding van de beoogde besparingen de niet-toepassing van die besparingen vast.

De in het vierde lid, 1°, beoogde vermindering wordt vervolgens ambtshalve toegepast via een omzendbrief aan de zorgverleners en de verzekeringsinstellingen op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de datum van inwerkingtreding van de bedoelde besparingen

Deze automatische en onmiddellijk toepasselijke verminderingen zijn eveneens van toepassing in een periode waarin er geen overeenkomst of geen akkoord loopt en maken, vanaf 1 januari 2001, integraal deel uit van de bedingen van de overeenkomsten die, op die datum, in toepassing van artikel 49, § 4, stilzwijgend worden verlengd.

Het toepassen van de in 1° bedoelde vermindering kan noch door één van de partijen die de overeenkomst of het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om deze overeenkomst, dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.

Na goedkeuring van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstellingen van een jaar x door de Algemene Raad, kan een overeenkomsten- of akkoordencommissie slechts constateren dat er een marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren op 1 januari van het jaar x, overeenkomstig de krachtens artikel 207bis door de Koning vastgestelde modaliteiten, vóór 31 december van het jaar (x-1) en indien het bedrag van de indexering is voorzien in de begrotingsdoelstelling voor het jaar x. Eens deze datum is verstreken komt het aan de Algemene Raad toe om, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, te bepalen of er een voldoende marge is om de geneeskundige verstrekkingen te indexeren. De indexering zal dan gebeuren op de eerste dag van de maand die volgt op de beslissing van de Algemene Raad.

**§ 3.** De Koning bepaalt wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling of van de normen inzake volume moet worden verstaan.

Hij kan in deze bepalingen een onderscheid maken tussen de beide uitgavengroepen die bedoeld zijn in artikel 51, § 7.

§ 4. Met het oog op de invoering van een permanente audit van de uitgaven inzake geneeskundige verzorging deelt de Dienst voor geneeskundige verzorging aan elke overeenkomsten- of akkoordencommissie en aan de Commissie voor begrotingscontrole elk kwartaal de evolutie van de uitgaven en van de volumes mee.

De voornoemde Dienst bezorgt uiterlijk op 15 november voor de gecumuleerde uitgaven van het tweede kwartaal en op 15 mei voor de gecumuleerde uitgaven van het vierde kwartaal aan het Verzekeringscomité, de Algemene Raad, de Commissie voor Begrotingscontrole, aan de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies en aan de Ministers van Sociale Zaken en van Begroting een gestandaardiseerd verslag betreffende de evolutie van de uitgaven voor elke sector van de geneeskundige verzorging op basis van specifieke indicatoren, waaronder het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, houdende bepaling wat onder beduidende overschrijding of risico op beduidende overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling moet worden verstaan. Bij dat verslag moeten de overeenkomsten- en akkoordencommissies worden betrokken en het moet worden opgemaakt volgens een door de Algemene Raad goedgekeurd schema. In dat verslag moeten inzonderheid de stand van zaken van de nieuwe initiatieven en besparingen worden vermeld rekening houdend met het intersectorale aspect, het risico op overschrijding van de jaarlijkse partiële begrotingsdoelstelling en van de technische ramingen, een analyse van de oorzaken van die overschrijding, maar ook van evoluties van de nomenclatuurcodenummers die niet overeenstemmen met het verleden.

§ 5. De bijkomende financiële middelen opgeleverd door besparingen in een sector ten opzichte van de jaarlijkse budgettaire doelstelling of van een deel ervan kunnen slechts worden aangewend om niet of onvoldoende gedekte verstrekkingen in bedoelde sector op te vangen, binnen de grenzen en onder de voorwaarden die de Koning vastlegt.

De betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissies kunnen aan de Algemene raad voorstellen doen tot aanwending van de in het vorig lid bedoelde middelen.

In het kader van zijn bevoegdheid inzake begroting en algemene beleidslijnen spreekt de Algemene raad zich uit over voormelde voorstellen.

**§ 6.** Elke overeenkomsten- of akkoordencommissie houdt de inventaris bij van elke wijziging, die een weerslag heeft op de uitgaven voor de verstrekkingen waarvoor ze bevoegd is. Voor de verstrekkingen die niet het voorwerp uitmaken van een overeenkomst of een akkoord wordt deze inventaris bijgehouden door de Dienst voor geneeskundige verzorging. Deze financiële wijzigingen worden bijgehouden in begrotingstermen en in werkelijke bedragen, berekend op de eerste twee jaren van hun toepassing.

Deze inventarissen worden, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, ter goedkeuring voorgelegd aan de Algemene raad.

**§ 7.** De in dit artikel vastgelegde correctieprocedures en correctiemechanismen zijn afzonderlijk van toepassing op de uitgaven die betrekking hebben op de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling die volgt uit de toepassing van artikel 40, § 1, derde lid, enerzijds, en op de uitzonderlijke of bijzondere uitgaven die door de Koning zijn bepaald in toepassing van dezelfde paragraaf van artikel 40, anderzijds, in de mate dat beide groepen van uitgaven van mekaar te onderscheiden vallen. De Algemene raad stelt na advies van de commissie voor Begrotingscontrole vast, welke uitgaven wel en welke uitgaven niet van mekaar te onderscheiden vallen.

## **Art. 52.**

§ 1. De verzekeringsinstellingen en de zorgverleners die de honorariumtarieven van de overeenkomst of van het akkoord bedoeld in artikel 50 toepassen, kunnen akkoorden sluiten waarin de forfaitaire betaling van de verstrekkingen wordt bedongen.

De bij een forfaitair akkoord betrokken partijen moeten de bepalingen in acht nemen waarbij hun betrekkingen in het kader van deze gecoördineerde wet zijn geregeld.

De Koning maakt, na advies van de commissie zoals samengesteld met toepassing van de bepalingen van het vijfde lid, en van het Verzekeringscomité, regels op luidens welke die akkoorden worden gesloten en stelt de normen vast volgens welke de last der forfaits over de verzekeringsinstellingen wordt verdeeld.

De akkoorden betreffende het forfait worden gesloten in een commissie onder voorzitterschap van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging of van zijn afgevaardigde en samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen eensdeels en de bij het akkoord bedoelde zorgverleners anderdeels. Het akkoord is enkel deugdelijk gesloten indien het bij de stemming door twee derde van de verzekeringsinstellingen wordt goedgekeurd; het aldus gesloten akkoord verbindt alle verzekeringsinstellingen. Ze worden het Verzekeringscomité voor advies en de Minister ter goedkeuring voorgelegd.

De samenstelling en regeling inzake de werking van de commissie betreffende het advies bedoeld in het derde lid en betreffende de toepassing van de regels, inzonderheid wat de berekening en de betaling van de forfaitaire bedragen betreft, worden bepaald door de Koning.

§ 2. Ingeval er herhaalde malen een overschrijding van de honoraria vastgesteld wordt uit hoofde van personen die toegetreden zijn of geacht worden de conventie of het akkoord onderschreven te hebben, mag het organisme waarin de overeenkomst of het akkoord werd verwezenlijkt, beslissen te hunnen opzichte de in uitvoering van artikel 54 toegekende voordelen te schrappen of te verminderen.

§ 3. De betwistingen in verband met de rechten en plichten voortvloeiende uit de in de artikelen 42 en 50 bedoelde overeenkomsten, akkoorden of documenten tussen de verplegingsinrichtingen of de zorgverleners die tot een akkoord of overeenkomst zijn toegetreden of die geen weigering tot toetreding tot die akkoorden of documenten hebben betekend, en de verzekerden of de verzekeringsinstellingen, behoren tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.

Zij worden ingeleid volgens de procedure bepaald in artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek binnen twee jaar na het bestreden feit of de bestreden beslissing.

In afwijking van de artikelen 81 en 104 van het Gerechtelijk Wetboek bestaan de kamers die kennis nemen van deze geschillen uit één rechter in de arbeidsrechtbank of één raadsheer in het arbeidshof.

Elk debat wordt voorafgegaan door een poging tot verzoening.

### **Art. 53.**

**§ 1.** De zorgverleners van wie de verstrekkingen aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verzekering zijn ertoe gehouden aan de rechthebbenden of, bij toepassing van de derdebetalersregeling, aan de verzekeringsinstellingen, een getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of een gelijkwaardig document uit te reiken waarvan het model door het Verzekeringscomité wordt vastgesteld, waarop de verrichte verstrekkingen zijn vermeld; verstrekkingen opgenomen in de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur, worden vermeld met hun rangnummer in de genoemde nomenclatuur, of op de manier die is vastgesteld in een verordening die door het Verzekeringscomité is genomen op voorstel van de volgens de aard van de verstrekkingen bevoegde Technische raad.

De verzekeringsinstellingen mogen geen vergoeding toekennen indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of van aflevering of het als zodanig geldend document hun niet wordt afgegeven.

De zorgverlener moet die documenten zodra mogelijk, en uiterlijk binnen een door de Koning vastgestelde termijn<sup>35</sup>, overhandigen. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 EUR wordt opgelegd voor elke inbreuk van de zorgverlener op die verplichting.

Indien de overtreder binnen een termijn van drie jaar na de datum waarop hem een administratieve geldboete is opgelegd, een inbreuk pleegt van dezelfde aard als die welke aanleiding heeft gegeven tot de toepassing van een administratieve geldboete, wordt het bedrag van de vroeger opgelegde geldboete telkens verdubbeld.

De Koning bepaalt het bedrag van de administratieve geldboete alsook de procedure voor het vaststellen van de inbreuken en het uitspreken van bovenbedoelde geldboeten.

De opbrengst van die geldboeten wordt gestort aan het Instituut, tak geneeskundige verzorging.

De Koning kan de voorwaarden en modaliteiten bepalen voor de uitbetaling van de verzekeringstegemoetkoming aan de rechthebbende of zijn vertegenwoordigers. Hij kan hierbij vaststellen welke personen niet als vertegenwoordiger kunnen optreden.

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. Elke overeenkomst die afwijkt van de door de Koning ter uitvoering van deze bepaling uitgevaardigde reglementering, is nietig. De Koning kan, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en nadere regels bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen.

---

<sup>35</sup> Binnen de twee maanden – Zie KB 19/05/1995 – BS 26/09/1995

Vanaf 1 januari 2015 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de rechthebbenden op de in artikel 37, § 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming en aan de rechthebbenden van het in artikel 37vicies/1 bedoelde statuut chronische aandoening voor de door de Koning bepaalde geneeskundige verstrekkingen, hetzij :

- 1° op grond van een voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;
- 2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;
- 3° op grond van het voorstel van de minister.

De in het negende lid, 3°, bedoelde procedure kan worden gevolgd wanneer de voorstellen van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie niet beantwoorden aan de in het in het negende lid, 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen. In dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie gemotiveerd zijn.

De Koning stelt, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van het Verzekeringscomité, de specifieke voorwaarden en regelen vast overeenkomstig welke het voordeel van de derdebetalersregeling voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, door de verzekeringsinstellingen kan worden toegekend of ingetrokken voor de in artikel 63 bedoelde laboratoria.

Het is de ziekenfondsen, landsbonden en verzekeringsinstellingen verboden in inrichtingen voor geneeskundige verzorging loketten te laten functioneren waaraan de betaling van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan worden verkregen, op welke wijze dan ook.

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden vaststellen waaronder, en de gevallen waarin, een betalingsverplichting geldt ten aanzien van bepaalde categorieën van zorgverleners, die het bewijs leveren dat ze de sociale identiteitskaart van de sociaal verzekerden hebben gebruikt overeenkomstig de bepalingen van het koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van de sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 houdende de modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de wettelijke pensioenstelsels of die het bewijs leveren dat ze door Hem nader bepaalde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens van de sociaal verzekerden hebben geraadpleegd, en die de derdebetalersregeling hebben toegepast overeenkomstig de gegevens die op de sociale identiteitskaart voorkomen of overeenkomstig de voormelde identiteits- en verzekerbaarheidsgegevens.. Deze betalingsverplichting geldt slechts ten aanzien van de zorgverleners die de wets- of verordeningsbepalingen hebben nageleefd; de voornoemde betalingsverplichting ten aanzien van de zorgverleners doet bovendien niets af aan de mogelijkheid om tegemoetkomingen die ten onrechte zouden zijn verleend, terug te vorderen van de verzekerde, overeenkomstig de bepalingen van artikel 164.



- § 2. Het Instituut heeft de uitsluitende verantwoordelijkheid voor het drukken en verdelen van de getuigschriften voor verstrekte hulp bedoeld in § 1 en van de overeenstemmingsstroken, vastgesteld krachtens de artikelen 320 en 321 van het Wetboek van de inkomstenbelastingen 1992. De getuigschriften en de stroken worden geleverd op bestelling van de zorgverleners en tegen voorafgaande betaling.
- § 3. Het Instituut kan een concessie toekennen voor het beheer van de bestellingen, het drukken en de verdeling van de getuigschriften voor verstrekte hulp en van de overeenstemmingsstroken, evenals voor de inontvangstneming van de betaling.
- § 4. Het Instituut deelt aan de bevoegde dienst van de FOD Financiën de elementen mee betreffende de bestellingen en de leveringen van de getuigschriften voor verstrekte hulp en de overeenstemmingsstroken bedoeld in § 2, die de concessiehouder gehouden is het over te maken.

Zowel het Instituut als de concessiehouder zijn gehouden tot naleving van de wetgeving betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer met betrekking tot persoonsgegevens waarvan zij kennis hebben wegens de uitoefening van de opdrachten omschreven in dit artikel.

## **Afdeling IV**

### **Sociaal statuut van de geneesheren, tandheelkundigen, apothekers en kinesitherapeuten en andere voordelen die aan sommige geneesheren kunnen worden toegekend**

#### **Art. 54.**

**§ 1.** De Koning kan, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, van de Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, van de Bestendige Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale Overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen of van de Overeenkomstencommissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de nationale overeenkomst tussen de kinesitherapeuten en de verzekeringsinstellingen, een regeling van sociale voordelen invoeren voor de geneesheren of tandheelkundigen die geacht worden tot de termen van de in artikel 50, § 1, bedoelde akkoorden toegetreden te zijn, of voor de apothekers of de kinesitherapeuten die tot de hen betreffende overeenkomst toetreden en die, volgens de door de Bestendige commissie of overeenkomstencommissie voorgestelde modaliteiten, het genot ervan vragen.

Deze voordelen kunnen onder meer bestaan in een aandeel van het Instituut in de premies of bijdragen voor overeenkomsten die een vervangingsinkomen garanderen bij invaliditeit of voor pensioenovereenkomsten die beantwoorden aan de voorwaarden gesteld in artikel 46, § 1, van de programmawet van 24 december 2002, of voor pensioenstelsels of bij ontstentenis van dergelijke stelsels, voor overeenkomsten gesloten bij een pensioeninstelling, erkend in toepassing van artikel 22 van de wet van 12 juli 1957 betreffende het rust- en overlevingspensioen voor bedienden, voor zover die stelsels of overeenkomsten voldoen aan de voorwaarde bedoeld in voormeld artikel 46, § 1. De premies of bijdragen kunnen slechts gestort worden aan ondernemingen of instellingen bedoeld in artikel 2, § 1, en § 3, 5°, van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en in artikel 2, eerste lid, 1°, van de wet van 27 oktober 2006 betreffende het toezicht op de instellingen voor bedrijfspensioenvoorzieningen.

De Koning kan bepalen onder welke voorwaarden en volgens welke modaliteiten de premies of bijdragen van het Instituut kunnen worden gestort. Hij kan de voorwaarden inzake minimale activiteit bepalen waaraan de geneesheren, tandheelkundigen, apothekers en kinesitherapeuten moeten voldoen om recht te hebben op de sociale voordelen. Hij kan de modaliteiten bepalen voor het controleren van deze voorwaarden.

De Koning kan bepalen onder welke voorwaarden en volgens welke modaliteiten het aandeel van het Instituut kan worden gestort onder de vorm van voorschotten aan de instellingen waarmee de voormelde contracten zijn gesloten.

§ 2. Onverminderd het bepaalde in het derde lid van deze paragraaf, kunnen de geneesheren, tandheelkundigen, apothekers en kinesitherapeuten, die niet zijn onderworpen aan het koninklijk besluit nr 38 van 27 juli 1967 houdende invoering van het sociaal statuut van de zelfstandigen, en die zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten omschreven in § 1, eerste alinea, bijdragen storten in het kader van een rust- en overlijdensverzekeringscontract dat voldoet aan de voorwaarden bepaald in § 1, tweede alinea.

De bijdragen worden, voor de toepassing van het Wetboek op de inkomstenbelastingen 1992, beschouwd als persoonlijke bijdragen ter uitvoering van de sociale wetgeving in de zin van artikel 52, 7°, van het Wetboek op de inkomstenbelastingen 1992, in zoverre die bijdragen, niet hoger zijn dan de maximale bijdrage die wordt bekomen met toepassing van de artikelen 44, § 2, en 46, § 1, van de programmawet (I) van 24 december 2002.

De geneesheren, tandheelkundigen, apothekers en kinesitherapeuten bedoeld in § 1, die daarnaast een beroepsbezigheid als zelfstandige uitoefenen als bedoeld in artikel 12, § 2, van het koninklijk besluit nr 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut des zelfstandigen, komen eveneens voor dit voordeel in aanmerking met betrekking tot het deel van hun beroepsinkomsten waavoor zij niet zijn onderworpen aan voormeld koninklijk besluit nr 38.

Het totale bedrag ten opzichte waarvan de in artikel 59, derde lid, van het Wetboek op de inkomstenbelastingen 1992 bedoelde beperking moet worden beoordeeld, omvat de pensioenen die met de bijdragen omschreven in § 2, eerste lid, zijn gevormd.

§ 3. Benevens de voordelen die in het raam van het sociaal statuut van de geneesheren overeenkomstig de hiervoren bedoelde bepalingen worden toegekend, kan de Koning, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, aanzienlijker voordelen of andere voordelen toekennen aan alle of aan sommige categorieën van geneesheren die geacht worden te zijn toegetreden tot de termen van het akkoord, en de voorwaarden en toepassingsregelen ter zake bepalen.

Die uitgave wordt, binnen de budgettaire beperkingen vastgesteld door de Regering, geboekt op de begroting van de administratieve kosten van het Instituut en wordt integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

§ 4. De Koning legt de nadere regels vast voor de terugvordering van de sociale voordelen die door het Instituut aan de zorgverleners zijn toegekend, indien de toekenningsvoorwaarden niet zijn vervuld.

**Afdeling V**  
**Vergoedingen voor de kandidaat-huisartsen en voor de stagemeesters**  
**in de huisartsgeneeskunde en de tandheelkunde**

**Art. 55.**

§ 1. De Koning kan, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, de voorwaarden en regels vaststellen volgens welke een vergoeding kan worden toegekend aan de stagemeester in de huisartsgeneeskunde » vervangen door de woorden voor de kandidaat-huisartsen en voor de stagemeesters in de huisartsgeneeskunde.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, de voorwaarden en de regels vaststellen volgens welke een vergoeding kan worden toegekend aan de stagemeesters in de tandheelkunde (algemene, orthodontie en parodontologie).

§ 3. De bedragen van de in §§ 1 en 2 bedoelde vergoedingen worden vastgesteld door de Koning. De uitgaven die het resultaat zijn van de betaling van deze bedragen, worden integraal aangerekend op de begroting voor administratiekosten van de Dienst Geneeskundige verzorging van het Instituut.

§ 4. *(opgeheven)*

De Koning bepaalt, door een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de werkingsregels van dit fonds.

**Afdeling Vbis**  
**Vergoeding om zorgaanbod inzake kinesitherapie te wijzigen**

**Art. 55bis.**

De Koning, kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het Instituut ermee belasten om de kost voortvloeiend uit maatregelen genomen om het aantal kinesitherapeuten te verhogen of te verminderen, ten laste nemen van de begroting inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de nadere regelen voor de toepassing van dit artikel.

**Afdeling VI**  
**Tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor bijzondere modellen van verstrekking of betaling van geneeskundige verzorging**

**Art. 56.**

§ 1. Het verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging. De uitgaven die hiermee gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

§ 2. Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben:

- 1° een tegemoetkoming te verlenen voor bijzondere modellen van voorschrijven verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter;
- 2° een tegemoetkoming toe te kennen aan gespecialiseerde centra voor de financiering van farmaceutische behandelingen die niet vergoedbaar zijn met toepassing van de in artikel 35bis bedoelde lijst maar die een innoverend karakter vertonen, aan een sociale noodzaak beantwoorden en een klinische waarde en doelmatigheid bezitten. Deze tegemoetkoming wordt gekoppeld aan een wetenschappelijke rapportering en evaluatie;
- 3° een tegemoetkoming te verlenen aan zorgverleners **of aan rechtspersonen** die projecten inzake gecoördineerde zorgverlening ontwikkelen met het oog op de vroegtijdige opsporing, het vermijden of vertragen van complicaties en het behandelen van chronische aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen;
- 4° een tegemoetkoming te verlenen voor de betaling van vaccins in het kader van preventieprogramma's met een nationaal karakter.

De uitgaven die met de betrokken overeenkomsten gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

De Koning kan tevens de nadere regels bepalen voor de vaststelling van het budget, de verdeling ervan onder de Overheden bedoeld in artikel 128, 130 en 135 van de Grondwet en de betaling van de tegemoetkoming, onder vorm van voorschotten en een saldo.

- 5° een tegemoetkoming te verlenen in de kostprijs van geneeskundige verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, verricht in het kader van vaccinatieprogramma's en opsporingsprogramma's die door de Overheden bedoeld in de artikelen 128, 130 en 135 van de Grondwet zijn ontwikkeld. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de regels voor de vaststelling van het budget en de betaling van de tegemoetkoming volgens de nadere regels die Hij bepaalt. De Koning bepaalt eveneens de gegevens die de voormelde Overheden aan het Instituut moeten mededelen met betrekking tot die tegemoetkoming en de nadere regels van die mededeling.

**§ 3.** De verzekering voor geneeskundige verzorging verleent ten beloop van maximum 27.659 duizend euro een tegemoetkoming in de geneeskundige verstrekkingen die vanaf 1 januari 2005 worden verleend in de verzorgingsinstellingen bedoeld in artikel 34, 6°, 11°, 12° en 18°, evenals in de instellingen voor functionele revalidatie en herscholing, aan personen bedoeld in de artikelen 14 en 18 van de wet van 1 juli 1964 tot bescherming van de maatschappij tegen abnormalen en gewoontemisdadigers en plegers van bepaalde seksuele strafbare feiten.

De toekenningsvoorwaarden van deze tegemoetkoming worden vastgesteld door de Koning. Binnen de perken die Hij vaststelt worden bijzondere overeenkomsten door de ministers bevoegd voor Sociale Zaken, Volksgezondheid en Justitie met de betrokken verzorgingsinstellingen gesloten.

Voor het jaar 2005 worden deze uitgaven aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

**§ 3bis.** De Koning bepaalt, op voorstel van de Minister, de voorwaarden onder dewelke het Instituut een financiële tussenkomst toekent aan de FOD Justitie om de prestaties te dekken die zijn bedoeld in artikel 34 van deze wet, verleend naar aanleiding van een opname in een verpleeginrichting zoals bedoeld in artikel 34, eerste lid, 6°, of van een daghospitalisatie zoals bedoeld in de nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verpleeginrichtingen, afgeleverd op vraag van gevangenisarts aan de gedetineerden die zich in de penitentiaire inrichting bevinden.

De Koning bepaalt op voorstel van de Minister de voorwaarden onder dewelke het Instituut een financiële tussenkomst toekent aan de FOD Justitie om de kosten te dekken die gepaard gaan met de aflevering van geneesmiddelen en medische hulpmiddelen die zijn aangekocht door de algemene directie van de gevangenis aan gedetineerden die zich in penitentiaire inrichtingen bevinden.

De uitgaven met betrekking tot §§ 1 en 2 worden aangerekend op het budget van administratiekosten van het Instituut. Deze uitgaven die slaan op verstrekkingen verleend vanaf 1 januari 2006 worden beperkt tot een maximumbedrag van 9 340 000 EUR voor het jaar 2006.

**§ 4.** De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de minister overeenkomsten kan sluiten met als doel een tussenkomst toe te kennen in de oprichting en functioneringskosten van posten, georganiseerd door de huisartsenkringen, de lokale autoriteiten en één of meerdere ziekenhuizen die dringend zorg in huisartsgeneeskunde verstrekken. Deze posten zijn gesitueerd in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en in de gemeenten met meer dan 150 000 inwoners in het Vlaamse en Waalse Gewest. De uitgaven die eruit vloeien vallen integraal ten laste van het budget gezondheidszorg en worden jaarlijks in het kader van de globale begrotingsdoelstellingen bepaald.

**§ 5.** De minister kan overeenkomsten sluiten met de diensten voor thuisverpleging, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 1°, b), en opgenomen in de lijst, bedoeld in artikel 127, § 1, b), om de vergoeding te verzekeren van verstrekkingen, bedoeld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984 en verricht door zorgkundigen, bedoeld in het voormelde koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967.

Voor de toepassing van dit artikel moeten de volgende voorwaarden zijn vervuld :

1° de voormelde overeenkomsten mogen slechts worden gesloten met de diensten die recht hebben op de forfaitaire tegemoetkoming vastgesteld in artikel 37, § 13;

2° de voormelde zorgkundigen mogen hun activiteit slechts uitoefenen;

a) onder het effectieve toezicht en gezag van de verantwoordelijke verpleegkundige, bedoeld in artikel 1, § 2, a), van het koninklijk besluit van 16 april 2002 tot vaststelling van de forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de specifieke kosten van de diensten voor huisverpleging, en van de toekenningsvoorwaarden voor die tegemoetkoming;

b) met de zorgverleners die zijn opgenomen in de lijst van het personeelsbestand, vastgesteld in artikel 1, § 3, van het voormelde koninklijk besluit van 16 april 2002;

3° het maximumaantal VTE's zorgkundigen mag niet hoger liggen dan de helft van het aantal VTE's verpleegkundigen van de voormelde dienst voor thuisverpleging. Het begrip VTE moet worden begrepen in de zin van artikel 4 van het voormelde koninklijk besluit van 16 april 2002;

4° in het kader van de delegatie, vastgesteld in het koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen, leggen de verpleegkundigen controlebezoeken af. Tijdens het controlebezoek moet de verpleegkundige de verzorging zelf verlenen indien nodig in aanwezigheid van de zorgkundige.

Het minimum aantal controlebezoeken is als volgt vastgesteld :

a) in het kader van de toiletten twee keer per week, waarvan de attesteringsvoorwaarden zijn vermeld in artikel 8, § 6, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet het controlebezoek één keer per maand worden afgelegd;

b) in het kader van de toiletten zeven keer per week, waarvan de attesteringsvoorwaarden zijn vermeld in artikel 8, § 6, van het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet het controlebezoek twee keer per maand worden afgelegd;

c) in het kader van de compressietherapieën, bedoeld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet het controlebezoek twee keer per maand worden afgelegd;

- d) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits A genoemd, voor de patiënten van wie de afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de criteria die zijn vastgesteld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet één keer per week een controlebezoek worden afgelegd;
- e) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits B genoemd, voor de patiënten van wie de afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de criteria in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet twee keer per week een controlebezoek worden afgelegd;
- f) in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits C genoemd, voor de patiënten van wie de afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de criteria in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, moet een dagelijks controlebezoek worden afgelegd tijdens het eerste bezoek bij de patiënt.

De zorgkundige mag in het kader van de forfaitaire honoraria, forfaits C genoemd, voor de patiënten van wie de afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de criteria die zijn vastgesteld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, slechts het tweede verplichte bezoek dat is vastgesteld in artikel 8 van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984 afleggen in de afwezigheid van de verpleegkundige.

Alle verstrekkingen verleend aan de « palliatieve patiënten », bedoeld in artikel 8, § 5bis, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984, mogen slechts door de zorgkundige worden verricht in aanwezigheid van de verpleegkundige.

De voormelde overeenkomsten mogen afwijken van de bepalingen van :

- a) artikel 8, § 11, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984 om de attestering mogelijk te maken van de verstrekkingen, bedoeld in deze paragraaf en verricht door de zorgkundige;
- b) artikel 8, § 4, van de bijlage bij het voormelde koninklijk besluit van 14 september 1984 met betrekking tot basisverstrekking.

De voormelde overeenkomsten mogen ook afwijken van de bepalingen van artikel 3 van het voormelde koninklijk besluit van 16 april 2002.

De vergoeding van de verstrekkingen, bedoeld in het eerste lid mag slechts worden toegekend, voor zover de diensten voor thuisverpleging die een overeenkomst hebben gesloten, deelnemen aan de evaluatie van die overeenkomst.

De desbetreffende uitgaven komen volledig ten laste van de begroting voor geneeskundige verzorging.



§ 6. De verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming in de kosten verbonden aan de registratie van de behandelingen met vervangingsmiddelen.

De toekenningsvoorwaarden van deze tegemoetkoming worden vastgesteld door de Koning. Binnen de perken die Hij vaststelt, kan een bijzondere overeenkomst worden gesloten door de ministers bevoegd voor Sociale Zaken en Volksgezondheid met het Instituut voor Farmaco-Epidemiologie van België.

Deze uitgaven worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging.

§ 7. De Koning bepaalt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de voorwaarden waaronder het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid overeenkomsten kan sluiten met de laboratoria voor klinische biologie die overeenkomstig de door Hem vastgestelde procedure en criteria in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor hun activiteit als referentiecentra voor groepen van verstrekkingen van microbiologie die Hij aanduidt, voor zover voor deze verstrekkingen geen tegemoetkoming wordt verleend via de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoeld in artikel 35, § 1. In de overeenkomsten wordt voorzien in een forfaitaire tenlasteneming van de verstrekkingen welke die laboratoria via klassieke methodes of methodes van moleculaire biologie in het raam van hun specifieke opdracht verlenen. De met deze bepaling gemoeide uitgaven worden aangerekend op de begroting van de administratiekosten van het Instituut en worden volledig door de tak geneeskundige verzorging ten laste genomen. (in voege vanaf 01/01/2009)

**Afdeling VIbis**  
**Verstrekingen verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis**

**Art. 56bis.**

§ 1. In afwijking van de bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en na het advies van de Algemene Raad en van de betrokken overeenkomsten- en akkoordencommissie te hebben ingewonnen, jaarlijks een alomvattende begroting van financiële middelen vaststellen voor de door Hem vastgestelde verstrekingen van artikel 34 die worden verleend aan rechthebbenden die zijn opgenomen in de verpleeginrichtingen, die Hij aanwijst, bedoeld in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

§ 2. Het in § 1 bedoeld globaal budget kan bestaan uit één of meerdere deelbudgetten.

§ 3. Het in § 1 bedoeld globaal budget kan betrekking hebben op:

1° hetzij de totaliteit van de ziekenhuisactiviteit;

2° hetzij een gedeelte van de ziekenhuisactiviteit;

3° hetzij de activiteit verricht in het kader van een zorgprogramma zoals bedoeld in artikel 11 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

§ 4. De Koning bepaalt, na advies van het Verzekeringscomité, de voorwaarden en de regelen aangaande de referentieperiode, de periode voor dewelke het globaal budget of de deelbudgetten worden toegekend en de criteria, modaliteiten en parameters volgens de welke het globaal budget of de deelbudgetten per ziekenhuis kunnen worden vastgesteld, uitbetaald en aangepast.

§ 5. De Koning kan de voorgaande bepalingen uitbreiden tot prestaties verricht in ziekenhuizen aan niet-gehospitaliseerde rechthebbenden.

§ 6. De Koning bepaalt in welke mate en voor welke prestaties die worden verricht bij gehospitaliseerde patiënten, de toekenning van het globaal budget een specifieke tussenkomst vanwege de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de prestaties uitsluit of beperkt.

De Koning bepaalt tevens de prestaties verricht in het desbetreffende ziekenhuis, die gedurende een door Hem omschreven periode die de hospitalisatie voorafgaat of volgt, gedekt zijn door het globaal budget.

§ 7. De Koning bepaalt het bedrag dat ten laste van de rechthebbenden mag worden gelegd voor de verstrekingen die door de forfaits gedekt zijn.

## **Art. 56ter.**

§ 1. In afwijking van de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten worden jaarlijks referentiebedragen per opneming toegepast voor de verzekeringstegemoetkoming verleend aan rechthebbenden in een ziekenhuis met betrekking tot de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 voor zover deze behoren tot de in paragraaf 9 bedoelde APR-DRG-groepen. Onder APR-DRG-groepen wordt verstaan : de classificatie van patiënten in diagnosegroepen zoals beschreven in het handboek "All Patient Refined Diagnosis Related Groups, Definition manuel, version 15.0". De Koning kan de toepassing van de referentiebedragen uitbreiden tot de verstrekkingen verleend tijdens een verblijf in het ziekenhuis dat aanleiding geeft tot de betaling van een dagforfait zoals bedoeld in de geldende overeenkomst bij toepassing van artikel 46, of tijdens om het even welk verblijf dat aanleiding geeft tot de betaling van een verpleegdagprijs.

§ 2. Deze referentiebedragen worden berekend voor de in paragraaf 1 bedoelde APR-DRG-groepen voor de klassen 1 en 2 van klinische ernst, voor de groepen van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en na weglating van de "outliers" type 2 bedoeld in de besluiten genomen in uitvoering van artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

§ 3. De betrokken referentiebedragen zijn gelijk aan het gemiddelde van de jaarlijkse uitgaven per opneming, vermeerderd met 10 pct. en steunen op de gegevens bedoeld in artikel 206, § 2, van deze wet en artikel 156, § 2, tweede lid, van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen.

§ 4. De betrokken referentiebedragen worden jaarlijks berekend door de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, op basis van de in paragraaf 3 bedoelde gegevens met betrekking tot de in paragraaf 1 bedoelde verstrekkingen. De referentiebedragen worden jaarlijks in mei meegedeeld aan de in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen bedoelde multipartite-structuur inzake ziekenhuisbeleid.

De jaarlijkse referentiebedragen per opname worden voor de eerste maal vastgesteld voor het jaar 2006. Ze worden jaarlijks berekend op basis van de in het eerste lid bedoelde gegevens met betrekking tot de opnames die worden beëindigd na 31 december van het voorgaande jaar en voor 1 januari van het volgende jaar.

## § 5.

1° De selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen en de berekening van de effectieve aan het Instituut terug te storten bedragen door de geselecteerde ziekenhuizen, ten laste van de aan de verzekering aangerekende honoraria, gebeurt volgens de volgende berekeningsmethode, die in twee onderdelen opgedeeld wordt :

a. Selectie van de ziekenhuizen die in aanmerking komen voor effectieve opvordering van de terug te storten bedragen :

- berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds de werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de referentie-uitgaven berekend volgens de modaliteiten, zoals opgegeven in paragrafen 2, 3 en 4;
- totalisatie per ziekenhuis van de positieve en negatieve resultaten van deze berekeningen; enkel de ziekenhuizen voor wie het resultaat van deze totalisatie positief is, komen in aanmerking voor terugstorting.

b. Berekening van de effectieve terug te storten bedragen voor de in a. geselecteerde ziekenhuizen :

- berekening per ziekenhuis van de verschilbedragen tussen enerzijds werkelijke uitgaven voor de opnames zoals bedoeld in paragraaf 1, rekening houdend met de beperkingen bedoeld in paragraaf 2, en anderzijds de overeenkomstige nationale mediaanuitgave, per APR-DRG, per klasse 1 respectievelijk 2 van klinische ernst en per groep van verstrekkingen;
- alle positieve verschilbedragen van de hierboven uitgevoerde berekeningen per ziekenhuis vormen de effectieve terug te storten bedragen voor de onder a. geselecteerde ziekenhuizen, mits de som van deze positieve verschilbedragen groter is dan 1.000 euro.

2° De door het ziekenhuis terug te storten bedragen worden verdeeld tussen de ziekenhuisbeheerder en de ziekenhuisgeneesheren, conform het reglement zoals bedoeld in artikel 149, 1°, tweede lid, of in artikel 150, eerste lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Zolang geen regeling is opgenomen in het reglement, geldt de regeling bedoeld in artikel 151, derde tot vijfde lid, van de voornoemde wet.

§ 6. Het Instituut past de in paragraaf 5, 1°, beschreven berekeningsmethode toe op basis van de gegevens verstrekt door de technische cel en deelt het individueel resultaat van de berekening aan elk ziekenhuis mee. De mededeling van de resultaten, met inbegrip van de terug te storten bedragen, gebeurt jaarlijks in september.

In geval van terug te storten bedragen, stort het betrokken ziekenhuis ze aan het Instituut ten laatste op 15 december van het jaar van de mededeling. In geval van betwisting stort het betrokken ziekenhuis de terug te storten bedragen aan het Instituut binnen de dertig dagen volgend op de mededeling van de beslissing van het Verzekeringscomité, als deze termijn de voornoemde vijftiende december overschrijdt. Elke storting van de terug te storten bedragen gebeurt in een unieke en algemene storting.

Het Verzekeringscomité is belast met de afhandeling van de geschillen met betrekking tot de berekening van de terug te storten bedragen. Vanaf de datum waarop de resultaten zijn meegedeeld, beschikt het ziekenhuis, op straffe van onontvankelijkheid, over dertig kalenderdagen om de elementen van de berekening van de terug te storten bedragen te betwisten bij het Verzekeringscomité.

De betwistingen kunnen slaan op de volgende elementen :

- de samenstelling van de gebruikte case-mix;
- de werkelijke uitgaven met betrekking tot de case-mix;
- eventuele materiële fouten in de uitgevoerde berekeningen.

De betwistingen, gemotiveerd en gerechtvaardigd door bewijselementen, moeten worden ingediend bij een ter post aangetekende brief.

Het Verzekeringscomité neemt een beslissing binnen de negentig dagen na ontvangst van de betwisting en deelt deze met een ter post aangetekende brief mee aan de ziekenhuizen.

§ 7. De door de ziekenhuizen teruggestorte bedragen worden beschouwd als inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging volgens de bepalingen van artikel 191 van deze wet.

**§ 8.** Volgende groepen van verstrekkingen worden in aanmerking genomen :

- 1° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, § 1, A, II, en C, I, artikel 18, § 2, B, e), en artikel 24, § 1, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 2° de verstrekkingen opgenomen in artikels 17, § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9°, 10°, 11°, 12°, 17bis, 17ter en 17quater, uitgezonderd de forfaitaire vergoedingen, van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 3° de verstrekkingen opgenomen in artikel 3, uitgezonderd de verstrekkingen inzake klinische biologie, artikel 7, artikel 11, artikel 20 en artikel 22 van de bijlage bij hogervermeld koninklijk besluit van 14 september 1984.

**§ 9.** De diagnosegroepen worden gevormd op grond van de "All Patients Refined Diagnosis Related Groups, Definitions Manual, Version 15.0" :

- 1° APR-DRG 73 - Ingrepen op de lens met of zonder vitrectomie, APR-DRG 97 - Adenoïdectomie en amygdalectomie, APR-DRG 179 - Onderbinden en strippen van venen, APR-DRG 225 - Appendectomie, APR-DRG 228 - Ingrepen voor hernia inguinalis en cruris, APR-DRG 263 - Laparoscopische cholecystectomie, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibitale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend, APR-DRG 313 - Ingrepen onderste extremiteiten knie en onderbeen, behalve voet, indien nomenclatuurcode 300344 - Therapeutische arthroscopieën (partiële of totale meniscectomie) werd aangerekend, APR-DRG 318 - Verwijderen van inwendige fixatoren, APR-DRG 482 - Transurethrale prostatectomie, APR-DRG 513 - Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431281 - Totale hysterectomie, langs abdominale weg werd aangerekend, APR-DRG 513 - Ingrepen op uterus/adnexen voor carcinoom in situ en benigne aandoeningen, indien nomenclatuurcode 431325 - Totale hysterectomie, langs vaginale weg werd aangerekend, APR-DRG 516 - Laparoscopie en onderbreken tubae, APR-DRG 540 - Keizersnede en APR-DRG 560 - Vaginale bevalling, APR-DRG 024 - Ingrepen op extracraniale bloedvaten, APR-DRG 072 - Extra-oculaire ingrepen behalve op orbita, APR-DRG 171 - Andere redenen voor het plaatsen van permanente pacemaker, APR-DRG 176 - Vervangen van pacemaker of defibrillator, APR-DRG 445 - Mineure ingrepen op de blaas en APR-DRG 517 - Dilatatie en curettage, conisatie.

2°APR-DRG 45 - CVA met herseninfarct, APR-DRG 46 - Niet gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, APR-DRG 47 - Transient ischemia, APR-DRG 134 - Longembolie, APR-DRG 136 - Nieuwvormingen van het ademhalingsstelsel, APR-DRG 139 - Gewone pneumonie, APR-DRG 190 - Circulatoire aandoeningen met acuut myocardinfarct, APR-DRG - 202 Angina pectoris, APR-DRG 204 - Syncope en collaps, APR-DRG 244 - Diverticulitis en diverticulosis, APR-DRG 464 - Urinaire stenen en ultrasona lithotripsie en APR-DRG 465 - Urinaire stenen zonder ultrasona lithotripsie.

**§ 10.** De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, ten einde rekening te houden met evoluties in de medische praktijkvoering en in de medische praktijkverschillen na advies van de multipartite-structuur bedoeld in artikel 15 van hogervermelde wet van 29 april 1996, de verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8 en de APR-DRG-groepen bedoeld in paragraaf 9 aanpassen.

§ 11. Voor de opnames die na 31 december 2008 worden beëindigd, worden de paragrafen 1 tot 10 toegepast volgens de volgende nadere regels :

1° In de groep van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, 3°, worden de verstrekkingen van artikel 22 (fysiotherapie) uitgesloten van de berekening van de referentiebedragen voor de volgende 5 diagnosegroepen : APR-DRG 45 - CVA met herseninfarct, APR-DRG 46 - Niet-gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, APR-DRG 139 - Gewone pneumonie, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend en APR-DRG 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend;

2° De Koning kan, voor de diagnosegroep bepaald in paragraaf 9, 1°, de nadere regels en de datum van inwerkingtreding vastleggen om, bij de berekening van de referentiebedragen en de mediaanuitgave, eveneens rekening te houden met alle verstrekkingen uit de groepen van verstrekkingen bepaald in paragraaf 8, die zijn uitgevoerd tijdens de carensperiode van 30 dagen die voorafgaan aan een opname die voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking is genomen; de Koning kan bepalen hoe die gegevens worden verwerkt;

Indien tijdens de carensperiode een andere opname aan de voor de berekening van de referentiebedragen in aanmerking genomen opname voorafgaat, begint deze carensperiode de dag na het beëindigen van die opname;

3° Onafhankelijk van de toepassing van paragraaf 4, zullen de referentiebedragen, bepaald in paragraaf 3, op voorhand worden berekend op basis van de meest recente beschikbare jaarlijkse gegevens vóór het jaar van toepassing bedoeld in paragraaf 4, tweede lid. Ze zullen vóór 1 januari van het beschouwde jaar als indicatoren aan de ziekenhuizen worden meegedeeld;

4° Bij de toepassing van paragraaf 4 worden de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende referentiebedragen per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, vergeleken met de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen.

Uit die vergelijking zal men per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen weerhouden, indien die bedragen, per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen bedoeld in paragraaf 8, hoger zijn dan de overeenkomstig paragraaf 11, 3°, berekende bedragen.

De Koning kan, voor de toepassing van het vorige lid, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempel, die de overeenkomstig paragraaf 4 berekende referentiebedragen moeten overschrijden, om te worden weerhouden.



- 5° De Koning kan, behalve voor het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11, de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de in het voorgaande jaar vastgestelde referentiebedragen.
- 6° De Koning kan de nadere regels bepalen voor het invoeren of berekenen van een drempelwaarde waarmee de referentiebedragen, die na de in paragraaf 11, 4°, bepaalde vergelijking zijn weerhouden, niet lager mogen zijn dan de referentiebedragen die tijdens het eerste toepassingsjaar van paragraaf 11 zijn vastgesteld.
- 7° De referentiebedragen die zijn bepaald en uiteindelijk na toepassing van paragrafen 4 en 11, 3° tot 6°, zijn weerhouden, vertegenwoordigen de definitieve referentiebedragen die overeenkomstig paragraaf 4 worden meegedeeld en die als basis dienen voor de toepassing van paragraaf 5.
- 8° Wanneer de mediaanuitgave per APR-DRG, per graad van klinische ernst 1 of 2 en per groep van verstrekkingen voor de in paragraaf 5, 1°, b) bepaalde berekening van de bedragen die door de ziekenhuizen moeten worden terugbetaald, gelijk is aan nul, wordt die mediaan vervangen door de gemiddelde uitgave.
- 9° Met toepassing van paragraaf 11, 2° worden de in paragraaf 5, 1°, b), bepaalde terug te betalen bedragen per ziekenhuis verminderd ter waarde van het percentage van de werkelijke gedane uitgaven in de loop van de voor toepassing van artikel 56ter weerhouden opnames in het betrokken ziekenhuis voor de APR-DRG's en de groepen van verstrekkingen die voor de referentiebedragen in aanmerking komen.

**§ 12.** Voor de opnames die worden beëindigd na 31 december 2012 worden de paragrafen 1 tot 10 en paragraaf 11, 2° tot 9°, toegepast volgens de volgende nadere regels :

- 1° de diagnosegroep APR-DRG 190 wordt gesplitst in de diagnosegroepen APR-DRG 190 - Circulatoire aandoeningen met acuut myocardiinfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat, alleen of in samenwerkingsverband, tijdens het jaar van toepassing niet over een zorgprogramma B of B1 beschikt, en APR-DRG 190 - Circulatoire aandoeningen met acuut myocardiinfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat, alleen of in samenwerkingsverband, tijdens het jaar van toepassing over een zorgprogramma B of B1 beschikt;
- 2° de diagnosegroepen APR-DRG 45, APR-DRG 46, APR-DRG 139 en APR-DRG 302 worden gesplitst in de diagnosegroepen APR-DRG 45 - CVA met herseninfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing een revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 46 - Niet-gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing een revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 139 - Gewone pneumonie, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing een revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen van onderste

ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing een revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 302 -Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen van onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibitiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing een revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 45 - CVA met herseninfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing geen revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 46 - Niet-gespecificeerd CVA en precerebrale occlusie zonder herseninfarct, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing geen revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 139 - Gewone pneumonie, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing geen revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité, APR-DRG 302 - Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen van onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 289085 - Arthroplastiek van de heup met totale prothese (acetabulum en femurkop) werd aangerekend, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing geen revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité en APR-DRG -- 302 Majeure ingrepen op gewrichten en heraanhechtingen van onderste ledematen behalve bij trauma indien nomenclatuurcode 290286 - Femorotibitiale arthroplastiek met gelede prothese werd aangerekend, als de opname gebeurt in een ziekenhuis dat tijdens het jaar van toepassing geen revalidatieovereenkomst inzake (neuro) locomotorische stoornissen (7.71 of 9.50) heeft gesloten met het Verzekeringscomité.

**Art. 56quater .**

In afwijking van de bepalingen van artikel 56ter, kan overeenkomstig door de Koning te bepalen voorwaarden, een door Hem te bepalen forfait worden toegepast per ziekenhuisopname van een rechthebbende. Dit forfait omvat door Hem aan te duiden groepen van verstrekkingen, bedoeld in artikel 56ter, §§ 8 en 10, voorzover deze betrekking hebben op door Hem aangeduide APR-DRG-groepen bedoeld in §§ 9 en 10 van hetzelfde artikel. De Koning duidt de in het eerste lid bedoelde groepen van verstrekkingen en APR-DRG-groepen aan na advies binnen een door de minister te bepalen termijn van de multipartite structuur bedoeld in artikel 153 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen. Indien binnen deze termijn geen advies is uitgebracht, is dit verondersteld als gegeven.

**Afdeling VII**  
**Verstrekingen van klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden**

**Art. 57.**

§ 1. De tegemoetkoming voor de verstrekingen inzake klinische biologie zoals ze door de Koning nader worden omschreven, wordt voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden per ziekenhuis vastgesteld op basis ofwel van een forfait dat per verpleegdag wordt betaald ofwel van een forfait per opneming, ofwel van die twee forfaits.

De Koning kan evenwel bepalen dat de verstrekingen waarop het forfait van toepassing is slechts voor een door Hem nader te bepalen gedeelte door het forfait worden vergoed.

De forfaits worden vastgesteld per ziekenhuis door de begroting van de financiële middelen die aan het ziekenhuis is toegekend voor het dagforfait en/of het forfait per opneming voor de in het eerste lid bedoelde verstrekingen te delen door respectievelijk een aantal verpleegdagen en een aantal opnemingen dat voor het betrokken jaar door het ziekenhuis werd verricht.

§ 2. De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen doet hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de minister, voorstellen betreffende de regels voor de berekening van de in § 1 bedoelde forfaits. Zo doet de Commissie voorstellen met het oog op het vaststellen van onder meer:

- a) de periode waarvoor het budget geldt, indien het minder dan één jaar bedraagt;
- b) de criteria en modaliteiten voor de berekening van het budget;
- c) de parameters volgens welke het budget per ziekenhuis kan worden vastgesteld rekening houdend met het budget van financiële middelen voor het ganse Rijk voor verstrekingen van klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zoals bedoeld in artikel 59;
- d) de regels voor de vaststelling van het aantal dagen en van het aantal opnemingen, bedoeld in § 1, laatste lid.

De Koning kan de regels voor de berekening van de in § 1 bedoelde forfaits vaststellen.

**§ 3.** Als de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen niet op verzoek van de minister binnen dertig dagen na de datum van dat verzoek voorstellen heeft geformuleerd, of als het met het voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen niet mogelijk is binnen de perken te blijven van de globale begroting van de financiële middelen die voor het hele Rijk is vastgesteld voor de verstrekkingen inzake klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten zoals bedoeld in artikel 59, of als het voorstel niet beantwoordt aan de doelstellingen van de forfaitaire honorering, kan de minister zelf een voorstel formuleren dat hij voor advies voorlegt aan de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen. Het advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen moet bij de minister toekomen binnen een termijn van dertig dagen na de datum van het verzoek van de minister. Indien het advies niet binnen de voormelde termijn bij de minister toekomt, wordt het verondersteld gegeven te zijn.

Na afloop van de voormelde procedure stelt de Koning de regels vast.

**§ 4.** Het of de in § 1 bedoelde forfait of forfaits wordt door de verzekeringsinstellingen uitbetaald aan de dienst die de centrale inning van de honoraria doet.

**§ 5.** De toekenning van het of de in § 1 bedoelde forfait of forfaits verhindert voor de verstrekkingen die door het forfait worden vergoed, elke bijzondere tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de afzonderlijke verstrekkingen voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden gedurende hun opname in een ziekenhuis, alsmede van de verstrekkingen verricht tijdens een door de Koning nader te bepalen periode voor en na hun opname in een ziekenhuis behalve voor het gedeelte dat overeenkomstig § 1, tweede lid, niet door het forfait of de forfaits wordt vergoed.

Tenzij de verstrekkingen van klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten gedeeltelijk worden vergoed op basis van een forfaitair honorarium of van forfaitaire honoraria, dienen, voor de verstrekkingen vergoed door het forfait, geen getuigschriften zoals bedoeld in artikel 53 te worden afgeleverd.

Alvorens de in het eerste lid bedoelde periode wordt bepaald, wordt terzake door de Minister het advies ingewonnen van de Technische geneeskundige raad; deze beschikt over 45 dagen om zijn advies te verstrekken.

**§ 6.** Voor de verstrekkingen die door het of de in § 1 bedoelde forfait of forfaits worden vergoed mogen geen bedragen ten laste van de rechthebbenden worden gelegd.

**Art. 58.**

**§ 1.** Met het oog op de vaststelling voor ieder ziekenhuis van het budget van financiële middelen en van het forfait per verpleegdag en/of van het forfait per opneming kan de Minister overeenkomstig de door de Koning vastgestelde voorwaarden en regels en binnen een termijn die Hij bepaalt, mededeling vragen van alle statistische en financiële gegevens die met de in artikel 57, § 1, bedoelde verstrekkingen verband houden, alsmede een controle laten uitoefenen op de juistheid van deze gegevens.

**§ 2.** De toekenning van het of de in de in artikel 57, § 1, bedoelde forfait of forfaits kan, overeenkomstig de door de Koning bepaalde regelen, geheel of gedeeltelijk, afhankelijk worden gemaakt van de mededeling die overeenkomstig § 1 van dit artikel moet worden gedaan.

## **Afdeling VIII**

### **Verstrekkings van klinische biologie, verleend aan de in een ziekenhuis en de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden**

#### **Art. 59.**

De Algemene raad legt jaarlijks na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen en van het Verzekeringscomité jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen vast voor het ganse Rijk voor de verstrekkingen van klinische biologie zoals door Hem omschreven, alsmede de opsplitsing van dit budget naargelang voornoemde verstrekkingen worden verleend aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden of aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

Het forfaitair honorarium betaalbaar per daghospitalisatie maakt deel uit van het budget voor de verstrekkingen verleend aan een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

Aan het gedeelte dat betrekking heeft op de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, wordt in 2001, na rekening te hebben gehouden met het ingaan van de besparingen op 1 mei 2000, de helft van de bedragen toegevoegd die overeenkomen met de algebraïsche verschillen tussen de globale budgetten van de financiële middelen en de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen, vastgesteld in de jaren 1999 en 2000; de andere helft wordt toegevoegd in 2002. In 2002 wordt vanaf 1 juli daarenboven de helft toegevoegd van het bedrag dat overeenkomt met het algebraïsch verschil tussen het globaal budget van de financiële middelen en de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen vastgesteld in het jaar 2001; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2003. De verrekening van het verschil, vastgesteld in 2001, wordt, in afwijking van de bepalingen voorzien in het vijfde lid, doorgevoerd op de forfaitaire bedragen per voorschrift aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zoals vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging; de hoegrootheid van de aanpassingen wordt bepaald door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en ambtshalve uitgevoerd. In 2004 wordt vanaf 1 juli de helft toegevoegd van de algebraïsch verschillen vastgesteld in de jaren 2002 en 2003; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2005; indien voor de periode 2002-2003 de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven nochtans hoger liggen dan het globaal budget van de financiële middelen, dan wordt, voor de toepassing van dit artikel, het globaal budget van financiële middelen van 2003 verhoogd met zijn aandeel in een globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt berekend, rekening houdend met het verschil tussen de werkelijke uitgaven voor 2002 en de budgettaire voorafbeelding voor 2002, zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogd bij de wet van 16 maart 1954, verminderd met het aandeel in het globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt vastgelegd door de Algemene Raad, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole. Vanaf 2006 (jaar T) wordt jaarlijks op 1 januari van elk jaar het algebraïsche verschil toegevoegd dat werd vastgesteld voor het jaar dat aan het voorgaande jaar voorafgaat (jaar T-2).

Aan het gedeelte dat betrekking heeft op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden wordt in 2002 het bedrag toegevoegd dat overeenkomt met het algebraïsch verschil tussen het globaal budget van de financiële middelen en de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingen vastgesteld in de jaren 1999 en 2000. Daarenboven wordt vanaf 1 juli 2002 de helft toegevoegd van het bedrag dat overeenkomt met het algebraïsch verschil vastgesteld in het jaar 2001; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2003. De verrekening van het verschil, vastgesteld in 2001, wordt, in afwijking van de bepalingen voorzien in het vijfde lid, verrekend in de forfaitaire bedragen per dag en per opname voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zoals vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging; de hoegrootheid van de aanpassingen wordt bepaald door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, en ambtshalve uitgevoerd. Vanaf 2004 wordt vanaf 1 juli de helft toegevoegd van de algebraïsche verschillen vastgesteld in de jaren 2002 en 2003; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2005; indien voor de periode 2002-2003 de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven nochtans hoger liggen dan het globaal budget van de financiële middelen, dan wordt, voor de toepassing van dit artikel, het globaal budget van financiële middelen van 2003 verhoogd met zijn aandeel in een globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt berekend, rekening houdend met het verschil tussen de werkelijke uitgaven voor 2002 en de budgettaire voorafbeeldingen voor 2002, zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogd bij de wet van 16 maart 1954, verminderd met het aandeel in het globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt vastgelegd door de Algemene Raad, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole. Vanaf 2006 (jaar T) wordt jaarlijks op 1 januari van elk jaar het algebraïsche verschil toegevoegd dat werd vastgesteld voor het jaar dat aan het voorgaande jaar voorafgaat (jaar T-2).

Indien deze toevoeging wordt doorgevoerd voor het gedeelte dat betrekking heeft op verstrekkingen die worden verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, worden de in artikel 61 bedoeld Z- en X-waarden vastgesteld op O in het jaar waarvoor het algebraïsch verschil in rekening wordt gebracht.



De Algemene raad legt, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, de modaliteiten vast volgens dewelke deze algebraïsche verschillen worden verrekend in de forfaitaire bedragen, bedoeld in artikel 57, § 1 en 60, § 2.

Het doorvoeren van deze verrekening kan noch door één van de partijen die het akkoord heeft gesloten, noch door de individuele verstrekker die er is tot toegetreden, worden ingeroepen om dit akkoord of deze toetreding op te zeggen.

Hoger vermelde algebraïsche verschillen die betrekking hebben op de jaren vanaf 2001 worden niet afzonderlijk verrekend voor de niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden en voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden indien de algebraïsche verschillen een verschillend teken hebben en beide verschillen minder dan 2 pct. afwijken van de globale budgetten van de financiële middelen; in dat geval wordt de netto-verrekening doorgevoerd in de component met het grootste nominaal verschil.

De in artikel 51, §§ 2 en 3, bedoelde correctiemechanismen en verminderingen zijn van toepassing ongeacht het toepassen van de verrekening bedoeld in dit artikel.

**Afdeling IX**  
**Verstrekingen van klinische biologie, verleend aan de niet in een ziekenhuis  
opgenomen rechthebbenden**

**Art. 60.**

§ 1. De Koning kan na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, de nodige maatregelen nemen ten einde te voorkomen dat het budget van financiële middelen voor het ganse Rijk voor de verstrekingen van klinische biologie verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zoals bedoeld in artikel 59, wordt overschreden. Dit advies moet binnen de 45 dagen worden uitgebracht. Tevens kan de Koning de criteria en de modaliteiten bepalen volgens welke de bedragen waarmee dit budget wordt overschreden, of zal overschreden worden door de laboratoria voor klinische biologie, worden teruggevorderd bij de laboratoria voor klinische biologie, alsmede de regels volgens welke de in de rekeningen van het Instituut terug te storten bedragen worden berekend.

§ 2. De tegemoetkoming in de verstrekingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zoals die verstrekingen door de Koning zijn omschreven, wordt vastgesteld op grond van forfaitaire honoraria.

De Koning kan evenwel bepalen dat de verstrekingen waarvoor het forfait van toepassing is slechts voor een door Hem vast te stellen gedeelte met het forfait worden gehonoreerd.

§ 3. De Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen doet, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van de minister, voorstellen betreffende de wijze waarop het in § 2 bedoeld forfait wordt vastgesteld, de regels voor de berekening ervan, de modaliteiten inzake de betaling ervan en alle andere bepalingen op grond waarvan het forfait mag worden toegepast.

De Koning kan regels vaststellen volgens welke dat forfait kan worden toegepast.

§ 4. Als de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, ingevolge een verzoek van de minister, niet binnen dertig dagen na de datum van dat verzoek voorstellen heeft geformuleerd of als het met het voorstel van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen niet mogelijk is binnen de perken te blijven van de globale begroting van de financiële middelen die voor het hele Rijk is vastgesteld voor de verstrekingen inzake klinische biologie voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten, zoals bedoeld in artikel 59, of als het voorstel niet beantwoordt aan de doelstellingen van de forfaitaire honorering, kan de minister zelf een voorstel formuleren dat hij voor advies voorlegt aan de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen. Het advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen moet bij de minister toekomen binnen een termijn van dertig dagen na de datum van het verzoek van de minister. Indien het advies niet binnen de voormelde termijn bij de minister toekomt, wordt het verondersteld gegeven te zijn.

Na afloop van de voormelde procedure stelt de Koning de regels vast.

**§ 5.** De toekenning van het forfait belet, voor de verstrekkingen die het dekt, elke andere specifieke tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van de afzonderlijke verstrekkingen, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, behalve voor het gedeelte dat krachtens § 2 niet met het forfait wordt gehonoreerd.

Behalve indien bedoelde verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, gedeeltelijk worden betaald op grond van forfaitaire honoraria, moeten de in artikel 53 bedoelde getuigschriften voor verstrekte hulp niet worden afgegeven voor de met het forfait betaalde verstrekkingen.

**§ 6.** Met het oog op het vaststellen van het forfait kan de Koning, overeenkomstig de voorwaarden en regelen die Hij bepaalt, vragen dat aan de Dienst voor geneeskundige verzorging alle statistische en financiële gegevens worden meegedeeld met betrekking tot de verstrekkingen inzake klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

De toekenning van het forfait kan, overeenkomstig de door de Koning vastgestelde regelen, geheel of gedeeltelijk afhankelijk worden gemaakt van de mededeling die overeenkomstig het vorige lid moet worden gedaan.

**§ 7.** In vervanging van de bepalingen van de derde zin van § 1 worden, voor de verstrekkingen verricht vanaf 1 april 1989, de bedragen waarmee het budget wordt overschreden of zal overschreden worden, teruggevorderd bij de laboratoria voor klinische biologie volgens de criteria en de modaliteiten bepaald in artikel 61.

In dit geval blijven de bedragen door het Instituut teruggevorderd op grond van de bepalingen van de derde zin van § 1, vóór zijn vervanging door het vorige lid, en van zijn uitvoeringsbesluiten, verworven ten belope van de bedragen verschuldigd op basis van de bepalingen van het vorige lid.

**Art. 61.**

**§ 1.** Voor de toepassing van de §§ 1 tot 9 wordt verstaan:

- a) onder “verstrekkingen van klinische biologie”,  
alle verstrekkingen verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, bedoeld in de artikelen 3, § 1, A, II en C, I, 18, § 2, B, e en 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- b) onder globaal budget”,  
het met toepassing van de bepalingen van artikel 59, vastgestelde budget van financiële middelen voor de verstrekkingen van klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;
- c) onder “uitgaven voor klinische biologie”,  
het bedrag dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigd is, voor verstrekkingen van klinische biologie, verleend in de loop van een bepaald dienstjaar;
- d) onder “gefactureerde uitgaven voor klinische biologie”,  
het bedrag voor verstrekkingen van klinische biologie dat door de laboratoria overeenkomstig de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werd gefactureerd, voor de trimesters van eenzelfde dienstjaar gecumuleerd tot en met het voor de toepassing van het in § 5 in aanmerking genomen trimester;
- e) onder “laboratorium”,  
het laboratorium voor klinische biologie erkend met toepassing van de bepalingen van artikel 63, 3°;
- f) onder “de Dienst”,  
de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut.

§ 2. Wanneer de uitgaven voor klinische biologie voor een bepaald dienstjaar het voor dat dienstjaar vastgestelde globaal budget met ten minste 2 pct. overstijgen, zijn de laboratoria aan het Instituut een *ristorno* verschuldigd, waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van § 3.

Onverminderd het bepaalde in § 7 betalen de laboratoria op dit *ristorno* trimesteriële voorschotten waarvan het bedrag wordt berekend overeenkomstig de §§ 4 en 5.

§ 3. Het *ristorno* wordt berekend op basis van de uitgaven voor klinische biologie van het betrokken laboratorium.

In hoofde van de laboratoria wordt het *ristorno* vastgesteld op:

- 1° X maal 0,5 pct. voor de uitgavenschijs tussen 5 en 10 miljoen frank;
- 2° X maal 1,25 pct. voor de uitgavenschijs tussen 10 en 25 miljoen frank;
- 3° X maal 2,25 pct. voor de uitgavenschijs tussen 25 en 50 miljoen frank;
- 4° X maal 3,50 pct. voor de uitgavenschijs tussen 50 en 100 miljoen frank;
- 5° X maal 5 pct. voor de uitgavenschijs tussen 100 en 200 miljoen frank;
- 6° X maal 7 pct. voor de uitgavenschijs tussen 200 en 400 miljoen frank;
- 7° X maal 9 pct. voor de uitgavenschijs boven 400 miljoen frank.

De Koning stelt voor ieder dienstjaar afzonderlijk de waarde van X vast, in functie van het voor dat dienstjaar te recupereren verschil tussen de uitgaven voor klinische biologie en het globaal budget. In geen geval mag de waarde van X méér bedragen dan 10.

*Laatste lid opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3.*

§ 4. Om de in § 2, tweede lid, bedoelde trimestriële voorschotten te berekenen, wordt het globaal budget opgesplitst in trimestriële bedragen die op cumulatieve wijze worden berekend, rekening houdend met het ongelijk procentueel aandeel van de gefactureerde uitgaven voor ieder trimester in de totale gefactureerde uitgaven op jaarbasis. De Koning stelt elk jaar dit procentueel aandeel vast.

Een trimestriële betaling is verschuldigd wanneer de totale voor alle laboratoria samen gefactureerde uitgaven voor klinische biologie:

- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het eerste trimester van een bepaald dienstjaar vastgesteld bedrag met tenminste 7 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het tweede trimester van een bepaald dienstjaar vastgesteld bedrag met tenminste 5 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het derde trimester van een bepaald dienstjaar vastgestelde bedrag met tenminste 3 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het vierde trimester van een bepaald dienstjaar vastgestelde bedrag met tenminste 2 pct. overstijgen.

§ 5. De trimestriële betaling wordt berekend op basis van de voor de gecumuleerde trimesters van dat dienstjaar door het betrokken laboratorium gefactureerde uitgaven voor klinische biologie.

Ze wordt vastgesteld op:

- 1° Z maal 0,5 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 5 en Y x 10 miljoen frank;
- 2° Z maal 1,25 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 10 en Y x 25 miljoen frank;
- 3° Z maal 2,25 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 25 en Y x 50 miljoen frank;
- 4° Z maal 3,50 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 50 en Y x 100 miljoen frank;
- 5° Z maal 5 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 100 en Y x 200 miljoen frank;
- 6° Z maal 7 pct. voor de uitgavenschijs tussen Y x 200 en Y x 400 miljoen frank;
- 7° Z maal 9 pct. voor de uitgavenschijs boven Y x 400 miljoen frank.

De waarde van Y is gelijk aan het cumulatief procentueel aandeel voor het betrokken trimester, berekend op basis van de in uitvoering van de bepalingen van § 4, eerste lid, bij koninklijk besluit vastgestelde procentuele aandelen.

Voor ieder afzonderlijk trimester stelt de Koning de waarde van Z vast in functie van het voor dat trimester te recupereren verschil tussen de gefactureerde uitgaven voor klinische biologie voor het betrokken trimester, en het overeenkomstig de bepalingen van § 4, eerste lid, voor het betrokken trimester vastgestelde bedrag. In geen geval mag de waarde van Z méér bedragen dan 10.

De overeenkomstig de bepalingen van het tweede lid vastgestelde trimestriële betaling wordt verminderd met de sommen die door het laboratorium voor de voorafgaande trimesters van het betrokken dienstjaar als trimestriële betaling werden betaald.

*Laatste lid opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3*

**§ 6.** De Dienst is ermee belast de in § 5 bedoelde trimestriële voorschotten in hoofde van elk laboratorium vast te stellen. Hij stelt het betrokken laboratorium bij een ter post aangetekende brief in kennis van de als trimestrieel voorschot verschuldigde bedragen.

De trimestriële betaling is betaalbaar binnen de dertig dagen na kennisgave aan het betrokken laboratorium. Bij het verstrijken van deze termijn is het laboratorium van rechtswege in gebreke gesteld voor betaling van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de in het vorige lid bedoelde termijn brengen de nog verschuldigde sommen een verwijlinterest op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf het verstrijken van deze termijn tot de dag waarop de betaling plaatsvindt. Eveneens in dat geval houden de verzekeringsinstellingen, op vraag van de Dienst, als waarborg, tot een beloop van de verschuldigde sommen, globaal of gedeeltelijk de bedragen van de tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen verleend in de schuldplichtige laboratoria. De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regelen voor de uitvoering van deze bepaling en met name die volgens welke de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging in kennis worden gesteld van de hiervoor vermelde maatregel. Deze inhoudingen slaan op de bedragen die verschuldigd zijn voor verstrekkingen die uitgevoerd zijn in de periode vanaf 1 april 1989 tot 31 december 1990.

Onder de voorwaarden bepaald door de Koning kan afgezien worden van de toepassing van de in het vorige lid bedoelde verwijlinteresten.

§ 7. De als trimestriële betalingen voor een bepaald dienstjaar gestorte sommen worden volledig verrekend met het voor hetzelfde dienstjaar verschuldigde *ristorno*.

De Dienst stelt elk laboratorium bij een ter post aangetekende brief in kennis van het *ristorno* en van het resultaat van de in het eerste lid bedoelde verrekening, met opgave van het eventuele debet- of creditsaldo.<sup>36</sup>

Het debetsaldo is betaalbaar binnen dertig dagen na de kennisgeving aan het betrokken laboratorium. Evenwel kan de Koning andere termijnen bepalen en de nadere regels vaststellen voor de betaling van de verschuldigde sommen. Bij het verstrijken van deze termijnen en/of het niet naleven van de regels is het laboratorium van rechtswege in gebreke gesteld voor de betaling van de totaliteit van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de termijnen en/of volgens de regels bedoeld in het derde lid, brengt het totale bedrag van de nog verschuldigde sommen een verwijlinterest op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf de dag die volgt op de niet nageleefde vervaldag tot de dag waarop de betaling plaatsvindt. Eveneens in dat geval houden de verzekeringsinstellingen, op vraag van de Dienst, als waarborg, tot een beloop van de verschuldigde sommen, globaal of gedeeltelijk de bedragen van de tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen verleend in de schuldplichtige laboratoria. De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regelen voor de uitvoering van deze bepaling en met name die volgens welke de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging in kennis worden gesteld van de hiervoor vermelde maatregel. Deze inhoudingen slaan op de bedragen die verschuldigd zijn voor verstrekkingen die uitgevoerd zijn in de periode vanaf 1 april 1989 tot 31 december 1990.

Onder de voorwaarden bepaald door de Koning, kan afgezien worden van de toepassing van de in het vorige lid bedoelde verwijlinteresten.

De terugbetaling van het eventuele creditsaldo dient door het betrokken laboratorium te worden gevraagd bij de Dienst, aan de hand van een formulier dat door deze Dienst ter beschikking wordt gesteld.

Het creditsaldo is betaalbaar binnen dertig dagen na ontvangst van de in het vorige lid bedoelde aanvraag. Bij het verstrijken van deze termijn is het Instituut van rechtswege in gebreke gesteld voor de betaling van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de in het vorige lid bedoelde termijn brengen de nog verschuldigde sommen een verwijlinterest op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf het verstrijken van deze termijn tot de dag waarop de betaling plaatsvindt.

---

<sup>36</sup> De kennisgeving van de informatie bedoeld in artikel 61, § 7, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, brengt het recht van het Instituut op de trimestriële voorschotten zoals zij voortvloeien uit de §§ 4, 5 en 6 van bedoeld artikel niet in het gedrang en de bedragen die in uitvoering hiervan betaald zijn blijven eigendom van het Instituut ten belope van de bedragen vastgesteld in uitvoering van artikel 61, §§ 2 en 3, van dezelfde wet.



§ 8. Indien de voorlopige rekeningen aantonen dat de gefactureerde uitgaven voor klinische biologie voor een bepaald dienstjaar tenminste 3 pct. lager zijn dan het voor het betrokken dienstjaar vastgesteld globaal budget, worden de voor dat dienstjaar als trimestriële betalingen gestorte bedragen aan de betrokken laboratoria terugbetaald.

§ 9. Voor het dienstjaar 1989 wordt voor de cumulatie van de trimestriële bedragen bedoeld in de §§ 4 en 5 geen rekening gehouden met de cijfergegevens voor het eerste trimester.

§ 10. Voor de toepassing van de §§ 10 tot 17 wordt verstaan:

- a) onder “verstrekkingen van klinische biologie”,  
alle verstrekkingen verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, bedoeld in de artikelen 3, § 1, A, II en C, I, 18, § 2, B, e, en 24 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- b) onder “globaal budget”,  
het met toepassing van de bepalingen van artikel 59 vastgestelde budget van financiële middelen voor de verstrekkingen van klinische biologie, verleend aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;
- c) onder “uitgaven voor klinische biologie”  
het bedrag dat door de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen verschuldigd is voor verstrekkingen van klinische biologie, verleend in de loop van een bepaald dienstjaar;
- d) onder “gefactureerde uitgaven voor klinische biologie”,  
het bedrag voor verstrekkingen van klinische biologie dat door de laboratoria overeenkomstig de reglementering inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werd gefactureerd, voor de trimesters van eenzelfde dienstjaar gecumuleerd tot en met het voor de toepassing van het in § 14 in aanmerking genomen trimester;
- e) onder “laboratorium”,  
het laboratorium voor klinische biologie erkend met toepassing van de bepalingen van artikel 63, 3°;
- f) onder “de Dienst”,  
de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut;

- g) onder “marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar”,  
de verhouding van de uitgaven van het laboratorium voor het jaar tot de totale uitgaven voor het jaar voor alle laboratoria samen, gedeeld door de gelijkaardige verhouding voor het jaar er vóór; ingeval een laboratorium nog geen twee volledige kalenderjaren erkend is, worden de uitgaven, voor de ontbrekende maanden, in de periode van twee kalenderjaren, welke eindigt bij het aflopen van het betreffende kalenderjaar, gelijkgesteld aan de gemiddelde uitgaven van de drie eerste maanden na de erkenning; ingeval een laboratorium nog geen drie maanden erkend is, wordt de marktaandeelcoëfficiënt gelijkgesteld aan 1;
- h) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1991”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1991 vermenigvuldigd met een correctiefactor gelijk aan 1;
- i) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1992”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1992 vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1991 minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor gelijk aan de marktaandeelcoëfficiënt van het jaar 1991 verminderd met 0,10;
- j) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1993”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1993 vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt in één van de twee voorafgaande jaren minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor de grootste onder de marktaandeelcoëfficiënten van de twee voorafgaande jaren, verminderd met 0,10 ingeval de grootste deze is van 1992 en verminderd met 0,25 ingeval de grootste deze is van 1991, zonder dat nochtans deze correctiefactor kleiner mag zijn dan 1,05;
- k) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1994 en volgende”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar 1994 vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt van één van de drie voorafgaande jaren minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor de grootste onder de marktaandeelcoëfficiënten van de drie voorafgaande jaren, verminderd met 0,10 ingeval de grootste deze is van het jaar dat voorafgaat aan het betreffende jaar, verminderd met 0,25 ingeval de grootste deze is van het tweede jaar dat voorafgaat aan het betreffende jaar, verminderd met 0,40 ingeval de grootste deze is van het derde jaar dat voorafgaat aan het betreffende jaar, zonder dat nochtans die correctiefactor kleiner mag zijn dan 1,05;
- l) onder “aangepaste uitgaven voor klinische biologie van een laboratorium”,  
de uitgaven voor klinische biologie van het laboratorium vermenigvuldigd met de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar;

- m) onder “marktaandeelcoëfficiënt voor het trimester”,  
de verhouding van de gefactureerde uitgaven van het laboratorium gedurende een periode van vier opeenvolgende trimesters die eindigt met het desbetreffend trimester tot de totale gefactureerde uitgaven voor alle laboratoria samen gedurende dezelfde periode, gedeeld door de gelijkaardige verhouding voor het overeenkomstig trimester in het jaar er vóór; ingeval een laboratorium nog geen acht opeenvolgende trimesters erkend is worden de uitgaven voor de ontbrekende maanden, in de periode van acht opeenvolgende trimesters, welke eindigt bij het aflopen van het betreffende trimester, gelijkgesteld aan de gemiddelde uitgaven van de eerste drie maanden na de erkenning; ingeval een laboratorium nog geen drie maanden erkend is wordt de marktaandeelcoëfficiënt gelijkgesteld aan 1;
- n) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor de trimesters van het jaar 1991”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het betreffende trimester vermenigvuldigd met een correctiefactor gelijk aan 1;
- o) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor de trimesters van het jaar 1992”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het betreffende trimester vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt in één van de vier voorafgaande trimesters minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor de grootste onder de marktaandeelcoëfficiënten van de vier voorafgaande trimesters verminderd met 0,10;
- p) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor de trimesters van het jaar 1993”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het betreffende trimester vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt in één van de acht voorafgaande trimesters minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor de grootste onder de marktaandeelcoëfficiënten van de acht voorafgaande trimesters, verminderd met 0,10 ingeval de grootste deze is van het eerste, het tweede, het derde of het vierde trimester dat voorafgaat aan het betreffende trimester, en verminderd met 0,25 ingeval de grootste deze is van het vijfde, het zesde, het zevende of het achtste trimester dat voorafgaat aan het betreffende trimester, zonder dat nochtans die correctiefactor kleiner mag zijn dan 1,05;
- q) onder “aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor de trimesters van het jaar 1994 en volgende”,  
de marktaandeelcoëfficiënt voor het betreffende trimester vermenigvuldigd met een correctiefactor. Deze correctiefactor is gelijk aan 1 tenzij de marktaandeelcoëfficiënt in één van de twaalf voorafgaande trimesters minstens 1,15 bedraagt; in dat geval is de correctiefactor de grootste onder de marktaandeelcoëfficiënten van de twaalf voorafgaande trimesters, verminderd met 0,10 ingeval de grootste deze is van het eerste, het tweede, het derde of het vierde trimester dat voorafgaat aan het betreffende trimester, verminderd met 0,25 ingeval de grootste deze is van het vijfde, het zesde, het zevende of het achtste trimester dat voorafgaat aan het betreffende trimester, en verminderd met 0,40 ingeval de grootste deze is van het negende, het tiende, het elfde of het twaalfde trimester dat voorafgaat aan het betreffende trimester, zonder dat nochtans die correctiefactor kleiner mag zijn dan 1,05;

r) onder “aangepaste gefactureerde uitgaven voor klinische biologie van een laboratorium”, de gefactureerde uitgaven voor klinische biologie van het laboratorium, vermenigvuldigd met de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het trimester.

§ 11. Wanneer de uitgaven voor klinische biologie voor een bepaald dienstjaar het voor dat dienstjaar vastgesteld globaal budget met ten minste 2 pct. overstijgen, zijn de laboratoria aan het Instituut een *ristorno* verschuldigd, waarvan het bedrag wordt vastgesteld overeenkomstig de bepalingen van § 12.

Onverminderd het bepaalde in § 16, betalen de laboratoria op dit *ristorno* trimesteriële voorschotten waarvan het bedrag wordt berekend overeenkomstig de §§ 14 en 15.

§ 12. Het *ristorno* wordt berekend op basis van de aangepaste uitgaven voor klinische biologie van het betrokken laboratorium.

In hoofde van de laboratoria wordt het *ristorno* vastgesteld op:

1° X maal 0,5 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 125.000 en 250.000 EUR;

2° X maal 1,25 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 250.000 en 625.000 EUR;

3° X maal 2,25 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 625.000 en 1.250.000 EUR;

4° X maal 3,50 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 1.125.000 en 2.500.000 EUR;

5° X maal 5 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 2.500.000 en 5.000.000 EUR;

6° X maal 7 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf tussen 5.000.000 en 10.000.000 EUR;

7° X maal 9 pct. voor de aangepaste uitgaven in de schijf boven 10.000.000 EUR.

De Koning stelt voor ieder dienstjaar afzonderlijk de waarde van X vast, in functie van het voor dat dienstjaar te recupereren verschil tussen de uitgaven voor klinische biologie en het globaal budget. In geen geval mag de waarde van X méér bedragen dan 10.

*Vierde lid opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3.*

Bij de berekening van het *ristorno* krijgt de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het jaar, lager dan 0,70 de waarde 0,70 en krijgt de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt hoger dan 2,00 de waarde 2,00.

§ 13. Om de in § 11, tweede lid, bedoelde trimestriële voorschotten te berekenen, wordt het globaal budget opgesplitst in trimestriële bedragen die op cumulatieve wijze worden berekend, rekening houdend met het ongelijke procentueel aandeel van de gefactureerde uitgaven voor ieder trimester in de totale gefactureerde uitgaven op jaarbasis. De Koning stelt elk jaar dit procentueel aandeel vast.

Een trimesteriële betaling is verschuldigd wanneer de totale voor alle laboratoria samen gefactureerde uitgaven voor klinische biologie:

- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het eerste trimester van een bepaald dienstjaar vastgesteld bedrag met tenminste 7 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het tweede trimester van een bepaald dienstjaar vastgesteld bedrag met tenminste 5 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het derde trimester van een bepaald dienstjaar vastgestelde bedrag met tenminste 3 pct. overstijgen;
- het overeenkomstig de bepalingen van het vorige lid voor het vierde trimester van een bepaald dienstjaar vastgestelde bedrag met tenminste 2 pct. overstijgen.

§ 14. De trimestriële betaling wordt berekend op basis van de voor de gecumuleerde trimesters van dat dienstjaar door het betrokken laboratorium aangepaste gefactureerde uitgaven voor klinische biologie.

Ze wordt vastgesteld op:

- 1° Z maal 0,5 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 125.000$  en  $Y \times 250.000$  EUR;
- 2° Z maal 1,25 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 250.000$  en  $Y \times 625.000$  EUR;
- 3° Z maal 2,25 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 625.000$  en  $Y \times 1.250.000$  EUR;
- 4° Z maal 3,50 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 1.250.000$  en  $Y \times 2.500.000$  EUR;
- 5° Z maal 5 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 2.500.000$  en  $Y \times 5.000.000$  EUR;
- 6° Z maal 7 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf tussen  $Y \times 5.000.000$  en  $Y \times 10.000.000$  EUR;
- 7° Z maal 9 pct. voor de aangepaste gefactureerde uitgaven in de schijf boven  $Y \times 10.000.000$  EUR.

De waarde van Y is gelijk aan het cumulatief procentueel aandeel voor het betrokken trimester, berekend op basis van de in uitvoering van de bepalingen van § 13, eerste lid, bij koninklijk besluit vastgestelde procentuele aandelen.

Voor ieder afzonderlijk trimester stelt de Koning de waarde van Z vast, in functie van het voor dat trimester te recupereren verschil tussen de aangepaste gefactureerde uitgaven voor klinische biologie voor het betrokken trimester, en het overeenkomstig de bepalingen van § 13, eerste lid, voor het betrokken trimester vastgestelde bedrag. In geen geval mag de waarde van Z méér bedragen dan 10.

De overeenkomstig de bepalingen van het tweede lid vastgestelde trimestriële betaling wordt verminderd met de sommen die door het laboratorium voor de voorafgaande trimesters van het betrokken dienstjaar als trimestriële betaling werden betaald.

*Zesde lid opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3.*

Bij de berekening van de trimestriële betaling krijgt de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt voor het trimester lager dan 0,70 de waarde 0,70 en krijgt de aangepaste marktaandeelcoëfficiënt hoger dan 2,00 de waarde 2,00.

§ 15. De Dienst is ermee belast de in § 14 bedoelde trimestriële voorschotten in hoofde van elk laboratorium vast te stellen. Hij stelt het betrokken laboratorium bij een ter post aangetekende brief in kennis van de als trimestrieel voorschot verschuldigde bedragen.

De trimestriële betaling is betaalbaar binnen de dertig dagen na kennisgave aan het betrokken laboratorium. Bij het verstrijken van deze termijn is het laboratorium van rechtswege in gebreke gesteld voor betaling van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de in het vorige lid bedoelde termijn brengen de nog verschuldigde sommen een verwijlinterest op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf het verstrijken van deze termijn tot de dag waarop de betaling plaatsvindt. Eveneens in dat geval houden de verzekeringsinstellingen, op vraag van de Dienst, als waarborg, tot een beloop van de verschuldigde sommen, globaal of gedeeltelijk de bedragen van de tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen verleend in de schuldplichtige laboratoria. De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regelen voor de uitvoering van deze bepaling en met name die volgens welke de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging in kennis worden gesteld van de hiervoor vermelde maatregel. Deze inhoudingen slaan op de bedragen die verschuldigd zijn voor verstrekkingen uitgevoerd vanaf 1 januari 1991.

Onder de voorwaarden bepaald door de Koning kan afgezien worden van de toepassing van de in het vorige lid bedoelde verwijlinteresten.

**§ 16.** De als trimestriële betalingen voor een bepaald dienstjaar gestorte sommen worden volledig verrekend met het voor hetzelfde dienstjaar verschuldigde *ristorno*.

De Dienst stelt elk laboratorium bij een ter post aangetekende brief in kennis van het *ristorno* en van het resultaat van de in het eerste lid bedoelde verrekening, met opgave van het eventuele debet- of creditsaldo.<sup>37</sup>

Het debetsaldo is betaalbaar binnen dertig dagen na de kennisgeving aan het betrokken laboratorium. Evenwel kan de Koning andere termijnen bepalen en de nadere regels vaststellen voor de betaling van de verschuldigde sommen. Bij het verstrijken van deze termijnen en/of het niet naleven van de regels is het laboratorium van rechtswege in gebreke gesteld voor de betaling van de totaliteit van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de termijnen en/of volgens de regels bedoeld in het derde lid, brengt het totale bedrag van de nog verschuldigde sommen een verwijlrent op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf de dag die volgt op de niet nageleefde vervaldag tot de dag waarop de betaling plaatsvindt. Eveneens in dat geval houden de verzekeringsinstellingen, op vraag van de Dienst, als waarborg, tot een beloop van de verschuldigde sommen, globaal of gedeeltelijk de bedragen van de tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen verleend in de schuldplichtige laboratoria. De Koning bepaalt de voorwaarden en de nadere regelen voor de uitvoering van deze bepaling en met name die volgens welke de rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging in kennis worden gesteld van de hiervoor vermelde maatregel. Deze inhoudingen slaan op de bedragen die verschuldigd zijn voor verstrekkingen uitgevoerd vanaf 1 januari 1991.

Onder de voorwaarden bepaald door de Koning, kan afgezien worden van de toepassing van de in het vorige lid bedoelde verwijlinteressen.

De terugbetaling van het eventuele creditsaldo dient door het betrokken laboratorium te worden gevraagd bij de Dienst, aan de hand van een formulier dat door deze Dienst ter beschikking wordt gesteld.

Het creditsaldo is betaalbaar binnen dertig dagen na ontvangst van de in het vorige lid bedoelde aanvraag. Bij het verstrijken van deze termijn is het Instituut van rechtswege in gebreke gesteld voor de betaling van de nog verschuldigde sommen.

Bij wanbetaling binnen de in het vorige lid bedoelde termijn brengen de nog verschuldigde sommen een verwijlrent op van 12 pct. per jaar, te rekenen vanaf het verstrijken van deze termijn tot de dag waarop de betaling plaatsvindt.

**§ 17.** Indien de voorlopige rekeningen aantonen dat de gefactureerde uitgaven voor klinische biologie voor een bepaald dienstjaar tenminste 3 pct. lager zijn dan het voor het betrokken dienstjaar vastgesteld globaal budget, worden de voor dat dienstjaar als trimestriële betalingen gestorte bedragen aan de betrokken laboratoria terugbetaald.

---

<sup>37</sup> De kennisgeving van de informatie bedoeld in artikel 61, § 16, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, brengt het recht van het Instituut op de trimestriële voorschotten zoals zij voortvloeien uit de §§ 13, 14 en 15 van bedoeld artikel niet in het gedrang en de bedragen die in uitvoering hiervan betaald zijn blijven eigendom van het Instituut ten belope van de bedragen vastgesteld in uitvoering van artikel 61, §§ 11 en 12, van dezelfde wet.



**Art. 62.**

De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, en na advies van het Verzekeringscomité bijkomende berekeningsregels vastleggen per laboratorium van de driemaandelijkse bedragen en ristorno's bedoeld in artikel 61, rekening houdend met de werkelijke uitgaven en de genormaliseerde begroting van elk laboratorium, berekend op grond van nationale parameters die Hij vaststelt.

Hij bepaalt vanaf welke datum deze regels in werking treden.

**Art. 62bis.**

Voor de dienstjaren 1996, 1997 en 1998 worden de waarden van Z en X vastgesteld op 0.

**Afdeling X**  
**Voorwaarden voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige  
verzorging voor bepaalde verstrekkingen**

**Art. 63.**

Voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, zoals zij door Hem worden omschreven, kan de Koning de verzekeringstegemoetkoming afhankelijk stellen van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in laboratoria die:

- 1° overeenkomstig de terzake geldende bepalingen van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, en haar uitvoeringsbesluiten werden geïnstalleerd en geëxploiteerd;
- 2° door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, volgens een procedure die door de Koning is bepaald, erkend zijn op grond van technische criteria en criteria inzake kwaliteitscontrole en rekening houdend met de bepalingen van het koninklijk besluit nr. 143 van 30 december 1982 tot vaststelling van de voorwaarden waaraan de laboratoria moeten voldoen voor de tegemoetkoming van de ziekteverzekering voor verstrekkingen van klinische biologie;
- 3° door de Minister zijn erkend op grond van door de Koning bepaalde criteria die inzonderheid betrekking kunnen hebben op kwantiteitscontrole en financiering.

Bij het vaststellen van de sub 2° en 3° bedoelde criteria kan ondermeer rekening worden gehouden met het type van laboratorium, alsmede met de omvang en de aard van de activiteiten van het laboratorium en van het ziekenhuis waar het laboratorium is gevestigd. Er kan ook rekening worden gehouden met het feit dat deze activiteiten, alhoewel uitgeoefend in centra gelegen op verschillende plaatsen, één geheel vormen in het kader van de procedures noodzakelijk ter uitvoering van hun taken of, in voorkomend geval, op vraag van dezelfde voorschrijvers. De Koning bepaalt wat dient te worden verstaan onder de gemeenschappelijke uitvoeringsprocedures.

De Koning kan bepalen welke informatie de laboratoria voor klinische biologie aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut moeten verstrekken betreffende de voorschriften en de verstrekkingen inzake klinische biologie voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden; in dat geval stelt Hij de nadere regels vast volgens welke die informatie wordt meegedeeld.

De Koning kan ook bepalen onder welke voorwaarden een administratieve geldboete van 125 EUR tot 2.500 EUR door de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging wordt opgelegd aan de laboratoria voor klinische biologie die de in het vorige lid bedoelde informatie niet meedelen of de regels betreffende het meedelen niet naleven. De geldboete wordt door het Instituut geïnd.

## **Art. 64.**

**§ 1.** Voor de verstrekkingen die verricht worden met zware medische apparatuur of in medische diensten, medisch-technische diensten, zorgprogramma's, afdelingen of functies, bedoeld in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 zoals ze door de Koning worden omschreven, wordt het toekennen van een verzekeringstegemoetkoming afhankelijk gesteld van de voorwaarden dat die verstrekkingen worden uitgevoerd met apparatuur of in diensten die:

- 1° overeenkomstig de ter zake geldende bepalingen inzake programmatie en erkenning van vorenbedoelde wet op de ziekenhuizen en haar uitvoeringsbesluiten werden geïnstalleerd en geëxploiteerd;
- 2° door de Minister zijn erkend op grond van de door de Koning bepaalde criteria die inzonderheid betrekking kunnen hebben op kwantiteitscontrole en financiering.

Enkel prestaties verricht op toestellen, voorzien van een toestelidentificatienummer en een telapparaat, komen voor terugbetaling in aanmerking. Onder de door de Koning te bepalen voorwaarden vermeldt het getuigschrift voor verstrekte hulp of het document dat hiervoor in de plaats komt het identificatienummer, toegekend door het Rijksinstituut, van de dienst waarin de verstrekkingen worden uitgevoerd, alsmede het identificatienummer van het toestel waarmee de verstrekking verricht wordt en het rangnummer van de prestatie, zoals vastgesteld door het telapparaat.

Vanaf de datum van inwerkingtreding van de wet van... betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg en houdende diverse bepalingen inzake gezondheid is het verboden prestaties die niet aan de in het eerste lid vermelde voorwaarden voldoen aan de patiënt aan te rekenen.

De inbreuken op deze bepaling worden vastgesteld door de in artikel 146 bedoelde geneesheren-inspecteurs of controleurs. De processen-verbaal houdende vaststelling van de inbreuk wordt meegedeeld aan de minister bevoegd voor de vaststelling van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, met het oog op de toepassing van artikel 120, § 1, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

**§ 2.** Indien een medisch apparaat, zoals aangewezen en omschreven door de Koning, wordt opgesteld of uitgebaat in een ziekenhuis, zonder een vergunning, bedoeld in artikel 54, zonder erkenning als medisch-technische dienst, bedoeld in artikel 58, of met miskennis van het maximum aantal of de programmatiecriteria bedoeld in artikel 55 of 60 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, worden de krachtens deze wet verschuldigde door de Koning aangeduide honoraria en forfaits voor verstrekkingen die gedurende het semester waarin deze opstelling of uitbating wordt vastgesteld zijn verricht in dat ziekenhuis, verminderd met een door de Koning bepaald percentage, dat niet hoger mag zijn dan 10 pct.

De Koning kan de modaliteiten bepalen waaronder het Instituut het bedrag van de in het eerste lid bedoelde vermindering, invordert en boekt.

De in het eerste lid bedoelde vermindering van de verschuldigde honoraria of forfaits, geldt eveneens in het geval een ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, een

medische dienst of zorgprogramma wordt uitgebaat zonder erkenning, bedoeld in artikel 68 van voornoemde gecoördineerde wet, of met miskening van de programmatiecriteria of maximum aantal zoals bedoeld in de artikelen 23, 44bis of 44ter.

In het geval de inbreuk bedoeld in het eerste en tweede lid, wordt gepleegd in het kader van een associatie van ziekenhuizen, zoals bedoeld in voornoemde gecoördineerde wet, geschiedt de in het eerste lid bedoelde vermindering ten aanzien van de in uitvoering van het eerste lid door de Koning aangeduide verstrekkingen die zijn uitgevoerd in de verschillende ziekenhuizen die deel uitmaken van de associatie, en dit al dan niet in het kader van de associatie.

De toepassing van het eerste en tweede lid mag op geen enkele wijze worden aangerekend aan de patiënt. Het proces-verbaal houdende vaststelling van de inbreuk, bedoeld in het eerste en tweede lid, dat wordt opgemaakt door de geneesheer-inspecteur of controleur bedoeld in artikel 146, wordt medegedeeld aan de minister bevoegd voor de vaststelling van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen, met het oog op de toepassing van artikel 120, § 1, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 en de toepassing van het eerste en tweede lid.

**§ 3.** De bepalingen van § 2, zijn eveneens van toepassing ten aanzien van geneesheren die werkzaam zijn in een praktijkruimte, buiten de vestigingsplaats van een ziekenhuis of van een associatie van ziekenhuizen, waar toestellen zijn opgesteld of uitgebaat in strijd met de artikelen 54, 55, 58 of 59 of 60 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 of diens uitvoeringsbesluiten.

De vermindering van honoraria of forfaits geschiedt ten aanzien van de honoraria of forfaits die verschuldigd zijn aan de betrokken geneesheren, zelfs indien de bedoelde verstrekkingen buiten de praktijkruimte zijn verricht.

**§ 4.** In het geval eenzelfde inbreuk, bedoeld in §§ 2 en 3, na tenminste dertig dagen een tweede maal wordt vastgesteld bij proces-verbaal door een in dit artikel bedoelde geneesheer-inspecteur of controleur, kan hij ingevolge een beslissing van de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, hierna de “leidend ambtenaar” genoemd overgaan tot verzegeling van het apparaat of de ruimte waar bedoelde ziekenhuisdienst, ziekenhuisfunctie, ziekenhuisafdeling, medische of medisch-technische dienst of zorgprogramma worden uitgebaat.

De uitbater van het ziekenhuis of de medische praktijk kan aan de leidend ambtenaar de opheffing van de verzegeling verzoeken bij aangetekend schrijven, voorzover hij aantoonde dat de nodige maatregelen genomen zijn voor het vermijden van een herhaling of voortzetting van de in §§ 2 en 3, bedoelde inbreuken.

In het geval het verzoek beantwoordt aan de in het tweede lid bedoelde voorwaarde, beveelt de leidende ambtenaar de opheffing van de verzegeling, die bij aangetekend schrijven aan de verzoeker wordt betekend binnen een termijn van tien werkdagen na de ontvangst van het verzoek tot opheffing. Dit aangetekend schrijven meldt de datum en het uur waarop zal worden overgegaan tot de opheffing van de verzegeling, die moet plaatsvinden binnen de drie werkdagen na de bedoelde verzending.

In het geval het verzoek niet beantwoordt aan de in het tweede lid bedoelde voorwaarde, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar, houdende de weigering van de opheffing van de verzegeling, binnen de tien werkdagen na de ontvangst van het verzoek tot opheffing, aan de verzoeker betekend.

In het geval van herhaling van dezelfde inbreuk binnen een tijdsspanne van drie jaar na een opheffing van de verzegeling, is het verzoek tot opheffing niet ontvankelijk de eerste drie maanden na de verzegeling.

**§ 5.** Het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle opgericht door de wet van 15 april 1994 betreffende de bescherming van de bevolking en van het leefmilieu tegen de uit ioniserende stralingen voortspruitende gevaren en betreffende het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle, en het Instituut wisselen, volgens de door de Koning te bepalen regels, de noodzakelijke gegevens uit voor de uitoefening van hun respectievelijke controleopdrachten.

**Art. 64bis.**

Voor de verstrekkingen die geheel of gedeeltelijk vergoed worden door het budget van financiële middelen, bedoeld in artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, kan geen verzekeringstegemoetkoming worden toegekend, behalve voor het deel dat niet door voornoemd budget wordt vergoed en onverminderd de toepassing van artikel 110 van voornoemde wet.

De Koning wijzigt, na advies van het Verzekeringscomité, de honoraria, prijzen, vergoedingstarieven of andere bedragen, die reglementair of conventioneel zijn vastgesteld, op de datum dat de verstrekkingen door het in het eerste lid bedoelde budget worden vergoed.

De Koning kan nadere regels vaststellen voor de toepassing van deze bepaling.

**Art. 65.**

Voor de verstrekkingen inzake anatomopathologie, zoals zij door Hem worden omschreven, kan de Koning de verzekeringstegemoetkoming afhankelijk stellen van de voorwaarde dat die verstrekkingen worden uitgevoerd in laboratoria die:

- 1° door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend op grond van technische criteria inzake kwaliteitscontrole volgens een procedure die door de Koning is bepaald;
- 2° door de Minister zijn erkend op grond van door de Koning bepaalde criteria die inzonderheid betrekking kunnen hebben op kwantiteitscontrole en financiering.

**Art. 66.**

Voor de verstrekkingen zoals zij door Hem worden omschreven, kan de Koning de verzekeringstegemoetkoming geheel of gedeeltelijk afhankelijk maken van de naleving van kwalitatieve en kwantitatieve normen betreffende een goede medische praktijk die worden vastgesteld door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft op voorstel of na advies van het Verzekeringscomité.

Deze Minister bepaalt eveneens de procedure voor de vaststelling van de normen en voor het toezicht op de naleving ervan na advies van het Verzekeringscomité.

**Art. 67.**

§ 1 Om de kosten van de controle, als bedoeld in de artikelen 63, 65, en 66, te dekken kan een bijdrage worden gevraagd. Dit bedrag wordt vastgesteld door de Koning, op voorstel van de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft.

§ 2. De Koning kan, op gezamenlijk voorstel van de ministers die de Sociale Zaken en de Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, ook een percentage vaststellen van het in artikel 59 bedoeld globaal budget, dat wordt bestemd om de kosten te dekken van de kwaliteitscontrole bedoeld in artikel 63.

§ 3. In afwijking van artikel 60 van de wet van 22 mei 2003 houdende organisatie van de begroting en van de comptabiliteit van de Federale Staat, worden de bijdragen voorzien in paragraaf 1 toegewezen aan de rechtspersoonlijkheid van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid voor de financiering van de taken in verband met de externe kwaliteitscontrole van de laboratoria voor pathologische anatomie, waarvan sprake in artikel 65 van deze wet.

**Afdeling XI**  
**Bijzondere bepalingen betreffende de wijzigingen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de vermindering van sommige honoraria**

**Art. 68.**

§ 1. De Koning bepaalt, na advies van de bevoegde technische raad, dat moet worden uitgebracht binnen dertig dagen na het verzoek, de in artikel 34, 1<sup>o</sup>, d) en 3<sup>o</sup>, bedoelde verstrekkingen waarvoor de honoraria die voortvloeien uit de in artikel 35, § 1, bedoelde nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen in twee delen worden gesplitst, waarvan het eerste overeenstemt met de vergoeding voor de intellectuele handeling van de zorgverlener en het tweede met de dekking van de kosten die nodig zijn voor en veroorzaakt worden door de uitvoering van die verstrekkingen.

De modaliteiten en de verhoudingen van die splitsing worden door de Koning vastgelegd in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen op voorstel of na advies van de bevoegde technische raad.

§ 2. De Koning bepaalt, op voorstel of na advies van de Technische geneeskundige raad, uitgebracht binnen dertig dagen na het verzoek van de Minister, de in artikel 34, 1<sup>o</sup>, d) en 3<sup>o</sup> bedoelde verstrekkingen waarvoor het gedeelte van de honoraria dat overeenstemt met de kosten mag worden verminderd voor de categorieën van zorgverleners die gedurende een bepaald tijdvak een zeker volume van verstrekkingen overschrijden. Hij kan, volgens dezelfde procedure, de regels en modaliteiten vaststellen volgens welke vorenbedoelde honoraria mogen worden verminderd.

§ 3. De regeling of regelingen die door de Koning worden genomen krachtens de §§ 1 en 2 van dit artikel, artikel 35, § 2, 3<sup>o</sup>, artikel 57, § 3, artikel 60, § 4 en artikel 69, § 4, kunnen, zodra ze in werking zijn getreden, tegen alle betrokken zorgverleners worden aangevoerd.

**Afdeling XII**  
**Verstrekkingsen inzake medische beeldvorming en andere verstrekkingsen bedoeld in artikel 34**

**Art. 69.**

§ 1. De toepassing van de bepalingen van de artikelen 57, 58, 59, 60, §§ 1 en 6, kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, door de Koning worden verruimd tot de andere in artikel 34 bedoelde verstrekkingsen, met uitsluiting van de verstrekkingsen bedoeld in 1°, 2° en 3°, van dat artikel, voor zover het niet gaat om verstrekkingsen inzake klinische biologie en medische beeldvorming. De globalisering van de verrekening van de algebraïsche verschillen is onderworpen aan dezelfde regels als deze bedoeld in artikel 59.

Met betrekking tot de toepassing van de bepalingen van artikel 59 worden, voor wat betreft de verstrekkingsen inzake medische beeldvorming, aan de opgesplitste budgetten in 2001 de bedragen toegevoegd die overeenkomen met de opgesplitste algebraïsche verschillen tussen de globale budgetten van de financiële middelen en de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingsen, vastgesteld in de jaren 1999 en 2000. In 2002 vanaf 1 juli daarenboven de helft toegevoegd van het bedrag dat overeenkomt met het algebraïsch verschil tussen het globaal budget van de financiële middelen en de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de desbetreffende verstrekkingsen vastgesteld in het jaar 2001; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2003. Voor de verrekening van de verschillen vastgesteld in 2001, is dezelfde procedure van toepassing als degene die van toepassing is op de verrekening van de verschillen vastgesteld in 2001 voor de klinische biologie. In 2004 wordt vanaf 1 juli de helft toegevoegd van de algebraïsche verschillen vastgesteld in de jaren 2002 en 2003; de andere helft wordt toegevoegd in de eerste zes maanden van 2005; indien voor de perioden 2002-2003 de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven nochtans hoger liggen dan het globaal budget van de financiële middelen, dan wordt, voor de toepassing van dit artikel, het globaal budget van financiële middelen van 2003 verhoogd met zijn aandeel in een globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt berekend, rekening houdend met het verschil tussen de werkelijke uitgaven voor 2002 en de budgettaire voorafbeelding voor 2002, zoals bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het koninklijk besluit van 5 augustus 1986 houdende algemeen reglement op de begroting en de boekhouding van de instellingen van openbaar nut behorend tot categorie D, beoogd bij de wet van 16 maart 1954, verminderd met het aandeel in het globaal bedrag van maximaal 170 miljoen euro; dit aandeel wordt vastgelegd door de Algemene Raad, na advies van het Verzekeringscomité en van de Commissie voor begrotingscontrole.

Vanaf 2006 (jaar T) wordt jaarlijks op 1 januari van elk jaar het algebraïsche verschil toegevoegd dat werd vastgesteld voor het jaar dat aan het voorgaande jaar voorafgaat (jaar T-2)..



§ 2. De toepassing van de bepaling van artikel 60, § 2, kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit, door de Koning worden verruimd tot alle in artikel 34 bedoelde verstrekkingen.

§ 3. Naargelang van de in §§ 1 en 2 betrokken verstrekkingen wordt de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen vervangen door de bevoegde commissie, belast met het sluiten van de akkoorden en overeenkomsten, en wordt de Technische geneeskundige raad vervangen door de bevoegde technische raad, bedoeld in artikel 27 en, bij ontstentenis van een dergelijke technische raad, door het Verzekeringscomité.

§ 4. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité, jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen vastleggen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, wat de rust- en verzorgingstehuizen en/of de centra voor dagverzorging betreft, en/of 12°.

De Koning kan, op voorstel of na advies van de bevoegde overeenkomstencommissie binnen dertig dagen na het verzoek van de Minister, de nadere regels en de criteria bepalen voor de berekening van een budget van financiële middelen en van een tegemoetkoming per verblijfdag voor een instelling, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11°, wat de rust- en verzorgingstehuizen en/of de centra voor dagverzorging betreft, en/of voor een instelling bedoeld in artikel 34, eerste lid, 12°. In geval een instelling tegelijkertijd erkend is als rust- en verzorgingstehuis en/of als centrum voor dagverzorging en/of voor het uitvoeren van de verstrekkingen die bepaald zijn in artikel 34, eerste lid, 12°, kan de Koning de nadere regels en criteria bepalen voor de berekening van een budget van financiële middelen en van een tegemoetkoming per verblijfdag voor deze ganse instelling. Opdat dit budget van financiële middelen niet wordt overschreden kan de Koning bijkomende nadere regels en criteria bepalen waarbij rekening kan gehouden worden met het aantal bedden waarvoor die instelling is erkend, met zijn bezettingsgraad, met een quotum van verblijfdagen en/of met het globaal budget zoals bedoeld in het vorig lid.

*Derde lid opgeheven bij: Wet 22-8-02 - B.S. 10-9*

*Vierde lid opgeheven bij: Wet 22-8-02 - B.S. 10-9*

§ 5. De Koning kan, bij een in Ministerraad overlegd besluit en na advies van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité, jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen vastleggen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, ~~eerste lid, 5°, b), c) en e) i 5°, b) en e)~~, alsmede de opsplitsing van dit budget al naargelang voornoemde verstrekkingen worden verleend aan in een ziekenhuis of aan niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden. Het globaal budget van de voornoemde verstrekkingen wordt vastgesteld na overleg met de ~~representatieve~~<sup>i</sup> vertegenwoordigers van de geneesmiddelenindustrie bedoeld in artikel 191, 15°quater.

De Koning kan, binnen het in het ~~eerste~~<sup>i</sup> ~~vorige~~ lid vermeld globaal budget van de financiële middelen voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, ~~5°, b), c) en e) i 5°, b) en e)~~, een c splitsing in deelbudgetten vaststellen voor de farmacotherapeutische klassen die Hij aanwijst.

De Koning bepaalt:

- 1° de regels waaronder de overschrijding van het globaal budget of van de deelbudgetten kan worden teruggevorderd bij de betrokken producenten, rekening houdend met hun marktaandeel in het jaar van de overschrijding en met alle omstandigheden die aan de overschrijding ten grondslag hebben gelegen;
- 2° de modaliteiten waaronder de vergoedingsvoorwaarden of de vergoedingsbasis van de betrokken geneesmiddelen kunnen worden aangepast ten belope van de vastgestelde overschrijving van de deelbudgetten.

Hij kan deze deelbudgetten verder opsplitsen in functie van de vergoedingsmodaliteiten die gelden binnen de betrokken farmacotherapeutische klassen.

## **Afdeling XIIbis**

### **Bepalingen in verband met nomenclatuur van de medische beeldvorming en andere verstrekkingen.**

#### **Art. 69bis.**

In artikel 14, g), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988 en 21 december 1988, wordt de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 1204 432353-432364 als volgt gewijzigd en de volgende toepassingsregel toegevoegd:

Invasieve obstetrische procedure (amniocentese, foetale punctie, cordocentese) onder echografische controle K 40.

Het honorarium voor verstrekking nr. 432353-432354 omvat ook het honorarium voor de begeleidende echografie(ën).

**Art. 69ter.**

In artikel 17 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 28 november 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

§ 1. In § 1, 2°, wordt de verstrekking nr. 5012 450553-450564 geschrapt.

§ 2. In § 1, 3°:

1° wordt de betreffende waarde "N 80" van de verstrekking nr. 5054 451533-451544 veranderd in "N 64";

2° wordt de betreffende waarde "N 120" van de verstrekking nr. 5056 451570-451581 veranderd in "N 96";

3° wordt de betreffende waarde "N 145" van de verstrekking nr. 5057 451592-451603 veranderd in "N 116".

§ 3. In § 1, 5°, wordt in het eerste lid van de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 5101 453530-453541, de verstrekking nr. 450553-450564 geschrapt.

§ 4. In § 1, 6°, worden de verstrekkingen nrs. 5115 454090-454101 en 5116 454112-454123 geschrapt.

§ 5. In § 1, 7°:

1° wordt de betreffende waarde "N 50" van de verstrekking nr. 5147 455350-455361 veranderd in "N 60";

2° wordt de betreffende waarde "N 10" van de verstrekking nr. 5148 455372-455383 veranderd in "N 5";

3° wordt de betreffende waarde "N 90" van de verstrekking nr. 5149 455394-455405 veranderd in "N 80";

4° wordt de betreffende waarde "N 55" van de verstrekking nr. 5153 455475-455486 veranderd in "N 80";

5° wordt de betreffende waarde "N 15" van de verstrekking nr. 5154 455490-455501 veranderd in "N 7";

6° wordt de betreffende waarde "N 145" van de verstrekking nr. 5155 455512-455523 veranderd in "N 108";

7° wordt de betreffende waarde “N 50” van de verstrekking nr. 5156 455534-455545 veranderd in “N 60”;

8° worden de verstrekkingen nrs. 5157 455556-455560 en 5158 455571-455582 geschrapt;

9° wordt de betreffende waarde “N 12,5” van de verstrekking nr. 5162 455652-455663 veranderd in “N 7”;

10° wordt de betreffende waarde “N 105” van de verstrekking nr. 5163 455674-455685 veranderd in “N 83”.

**§ 6.** In § 1, 8°:

1° wordt de betreffende waarde “N 28” van de verstrekking nr. 5180 - 456013 - 456024 veranderd in “N 26”;

2° wordt de betreffende waarde “N 14” van de verstrekking nr. 5181 - 456035 - 456046 veranderd in “N 13”;

3° wordt de betreffende waarde “N 9” van de verstrekking nr. 5182 - 456050 - 456061 veranderd in “N 8”;

4° wordt de betreffende waarde “N 50” van de verstrekking nr. 5183 - 456072 - 456083 veranderd in “N 45”;

5° wordt de betreffende waarde “N 45” van de verstrekking nr. 5184 - 456094 - 456105 veranderd in “N 41”;

6° wordt de verstrekking nr. 5189 - 456190 - 456201 geschrapt.

§ 7. In § 1, 9°:

- 1° wordt de betreffende waarde "N 60" van de verstrekking nr. 5206 - 456632 - 456643 veranderd in "N 80";
- 2° wordt de betreffende waarde "N 12,5" van de verstrekking nr. 5207 - 456654 - 456665 veranderd in "N 7";
- 3° wordt de betreffende waarde "N 120" van de verstrekking nr. 5208 - 456676 - 456680 veranderd in "N 108";
- 4° worden de verstrekkingen nrs. 5209 - 456691 - 456702, 5210 - 456713 - 456724 en 5211 - 456735 - 456746 geschrapt;
- 5° wordt de betreffende waarde "N 60" van de verstrekking nr. 5212 - 456750 - 456761 veranderd in "N 30";
- 6° wordt de betreffende waarde "N 10" van de verstrekking nr. 5213 - 456772 - 456783 veranderd in "N 5";
- 7° wordt de betreffende waarde "N 80" van de verstrekking nr. 5214 - 456794 - 456805 veranderd in "N 50";
- 8° wordt de betreffende waarde "N 60" van de verstrekking nr. 5215 - 456816 - 456820 veranderd in "N 80";
- 9° wordt de betreffende waarde "N 12,5" van de verstrekking nr. 5216 - 456831 - 456842 veranderd in "N 7";
- 10° wordt de betreffende waarde "N 120" van de verstrekking nr. 5217 - 456853 - 456864 veranderd in "N 101";
- 11° wordt de betreffende waarde "N 12,5" van de verstrekking nr. 5219 - 456890 - 456901 veranderd in "N 7";
- 12° wordt de betreffende waarde "N 140" van de verstrekking nr. 5220 - 456912 - 456923 veranderd in "N 101";
- 13° worden in het vierde en het zesde lid van de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 5220 - 456912 - 456923, de verstrekkingen nrs. 456691 - 456702, 456713 - 456724, 456735 - 456746 geschrapt.

**§ 8.** In § 1, 10°:

1° wordt de verstrekking nr. 5250 - 457015 - 457026 geschrapt;

2° wordt de verstrekking nr. 457096 - 457100 geschrapt en vervangen door de volgende verstrekkingen en toepassingsregelen:

“457096 – 457100 –

Bidimensionele echografische zwangerschapsevaluatie met protocol en documenten, maximum één keer per kwartaal: N 45.

De verstrekking 457096 - 457100 omvat een basisechografie met het oog op de evaluatie van de foetus en de placenta en het opsporen van eventuele foetale anomalieën tijdens elk kwartaal van de zwangerschap.

457811 - 457822

Functioneel echografisch onderzoek dat een biometrie en een biofysisch profiel van de foetus omvat, alsmede het meten van de ombilicale bloedstroom in geval van gedocumenteerd hoog obstetrisch of foetaal risico: N 70.

457833 - 457844

Systematische echografische exploratie van alle foetale orgaanstelsels met protocol en documenten in geval van ernstige aangeboren misvorming of bewezen risico: N 135.

De verstrekking 457833 - 457844 omvat een uitgebreid onderzoek van het centraal zenuwstelsel, de wervelzuil, het cardiovasculair en urogenitaal stelsel, het locomotorisch stelsel, het gelaat, de oropharynx, de gastro-intestinale tractus, de lever en galblaas, het diafragma en de buikwand, met fotodocumentatie en protocol en mag slechts worden vergoed na voorafgaand akkoord van de adviserend geneesheer.”

3° punt b) 1 wordt aangevuld met de volgende verstrekking en toepassingsregel:

“457450 - 457461

Bidimensionele echografie met protocol en documenten, verkregen na inbrengen van endoluminale sonde (in het spijsverteringskanaal, de blaas, de vagina): N 60.

De verstrekking 457450 - 457461 mag in voorkomend geval worden gecumuleerd met de desbetreffende endoscopie.”

4° de tekst die begint met de woorden “Per dag en per patiënt ...” en die eindigt met de woorden “... of een andere geneesheer van hetzelfde specialisme” wordt vervangen door de volgende bepalingen:

“Per dag en per patiënt mag door de geneesheren van hetzelfde specialisme slechts één enkele van de verstrekkingen nrs.

457192 - 457203, 457214 - 457225, 457236 - 457240, 457251 - 457262,  
457273 - 457284, 457295 - 457306, 457310 - 457321, 457332 - 457343,  
457354 - 457365, 457376 - 457380, 457391 - 457402, 457413 - 457424,  
457435 - 457446, 457612 - 457623, 476416 - 476420, 457450 - 457461,  
476490 - 476501, 476512 - 476523, 476534 - 476545

in rekening worden gebracht.

De verstrekkingen nrs. 457192 - 457203, 457214 - 457225, 457236 - 457240,  
457251 - 457262, 457273 - 457284, 457295 - 457306, 457310 - 457321,  
457332 - 457343, 457354 - 457365, 457376 - 457380, 457391 - 457402,  
457413 - 457424, 457435 - 457446, 457450 - 457461

mogen niet gecumuleerd worden met het honorarium voor de raadpleging van de geneesheer die deze verstrekkingen uitvoert of van een andere geneesheer van hetzelfde specialisme;”



**§ 9.** § 1, 11°, wordt aangevuld met de volgende verstrekking:

“458312 - 458323

Bioptische punctie onder medische beeldvormingscontrole K 40.”

**§ 10.** § 5 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 5. Voor elke behandeling moet een verslag worden opgemaakt door de geneesheer-specialist voor röntgendiagnose, of, als het gaat om verstrekkingen inzake röntgendiagnose die hem toegankelijk zijn, door de algemeen geneeskundige, of door de geneesheer-specialist die bevoegd is, om in zijn specialisme, de röntgendiagnose als verwante behandeling voor zijn eigen patiënten, toe te passen, zoals is voorgeschreven in § 14, 3), behalve als het gaat om de verstrekkingen nrs. 456013 - 456024, 456035 - 456046, 456050 - 456061, 456072 - 456083, 456094 - 456105, 456116 - 456120, 456131 - 456142 die door een tandheeskundige of door een geneesheer, specialist voor stomatologie, voor zijn eigen patiënten zijn uitgevoerd.”

**§ 11.**

§ 6 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 6. De geneesheren die zijn erkend als specialist voor een andere discipline dan röntgendiagnose, mogen, voor de zieken die zij in het raam van hun specialisme verzorgen, de röntgendiagnose verstrekkingen aanrekenen die zijn opgenomen in § 1, 1° tot en met 9° en 11°, en die verwant zijn met dat specialisme.

De geneesheren die zijn erkend als specialist in een andere discipline dan röntgendiagnose, mogen de verstrekkingen die zijn opgenomen in § 1, 10°, en die verwant zijn met hun specialisme aanrekenen.

Voor de verstrekkingen beoogd in de twee bovenstaande alinea's ontvangen vorengenoemde geneesheren honoraria die worden vastgesteld op grond van betrekkelijke waarden, gelijk aan 65 pct. van de in de nomenclatuur vermelde waarden, met uitzondering van de volgende verstrekkingen, opgenomen onder de punten A en B:

A. Verstrekkingen waarvoor de honoraria worden vastgesteld op grond van de betrekkelijke waarden gelijk aan 85 pct. van de in de nomenclatuur vermelde waarden:

1° de verstrekkingen die zijn opgenomen in § 1 waarvoor het teken ° staat;

2° de volgende verstrekkingen opgenomen in § 1:

- a) 450015 - 450026, 450030 - 450041, 450052 - 450063, 450074 - 450085, 450133 - 450144, 457391 - 457402, 458150 - 458161, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor gynecologie en verloskunde;
- b) 450531 - 450542, 450575 - 450586, 450590 - 450601, 450634 - 450645, 450671 - 450682, 450715 - 450726, 450752 - 450763, 457376 - 457380, 457391 - 457402, 457413 - 457424, 457450 - 457461, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor urologie;
- c) 451135 - 451146, 451393 - 451404, 451430 - 451441, 451710 - 451721, 451754 - 451765, 451791 - 451802, 451813 - 451824, 451850 - 451861, 457295 -, 457306 - 457310 - 457321, 457450 - 457461, 458290 - 458301, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor gastro-enterologie;
- d) 452690 - 452701, 452712 - 452723, 452771 - 452782, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor pneumologie;
- e) 453235 - 453246, 453515 - 453526, 453530 - 453541, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor cardiologie;
- f) 454156 - 454160, 454193 - 454204, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor neurologie;
- g) de verstrekkingen, vermeld onder de littera c), d), e), f), als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor inwendige geneeskunde;
- h) 454016 - 454020, 454031 - 454042, 454053 - 454064, 454075 - 454086, 454090 - 454101, 454112 - 454123, 454134 - 454145, 454156 - 454160, 454193 - 454204, 454215 - 454226, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor neurochirurgie;
- i) 455232 - 455243, 455254 - 455265, 455276 - 455280, 455350 - 455361, 455372 - 455383, 455394 - 455405, 455416 - 455420, 455475 - 455486, 455490 - 455501, 455512 - 455523, 455534 - 455545, 455556 - 455560, 455571 - 455582, 455593 - 455604, 455615 - 455626, 459071 - 459082, 459115 - 459126, als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor reumatologie of voor orthopedie of voor fysiotherapie en fysische geneeskunde;

- j) 451614 - 451625, 451776 - 451780, 453250 - 453261, 453272 - 453283,  
453294 - 453305, 453316 - 453320, 453331 - 453342, 453353 - 453364,  
453375 - 453386, 453736 - 453740, 453751 - 453762, 453810 - 453821,  
458010 - 458021, 458032 - 458043, 458054 - 458065, 458076 - 458080,  
458091 - 458102, 458231 - 458242, 459071 - 459082, 459115 - 459126,  
459196 - 459200,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor heelkunde;
- k) 452793 - 452804, 452830 - 452841, 455630 - 455641, 455652 - 455663,  
455674 - 455685, 455696 - 455700, 456153 - 456164, 456175 - 456186,  
458135 - 458146, 458172 - 458183,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor otorhino-laryngologie;
- l) 455630 - 455641, 455652 - 455663, 455674 - 455685, 456153 - 456164,  
456175 - 456186, 458135 - 458146,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor stomatologie;
- m) 452690 - 452701, 452712 - 452723,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor anesthesiologie.

B. Verstrekkingen waarvoor de honoraria vastgesteld blijven op basis van 100 pct. van de in de nomenclatuur vermelde waarden:

- a) 457096 - 457100, 457811 - 457822, 457833 - 457844, 458312 - 458323,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor gynecologie en verloskunde;
- b) 458312 - 458323,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor urologie, of voor gastro-enterologie, of voor pneumologie of voor heelkunde;
- c) 453073 - 453084, 453095 - 453106, 453110 - 453121, 453132 - 453143, 453714 - 453725, 453832 - 453843, 453795 - 453806, 458312 - 458323,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor cardiologie of voor inwendige geneeskunde;
- d) 456212 - 456223, 457214 - 457225,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor oftalmologie;
- e) 456013 - 456024, 456035 - 456046, 456050 - 456061, 456072 - 456083, 456094 - 456105, 456116 - 456120, 456131 - 456142, 458113 - 458124,  
als ze worden verricht door een geneesheer specialist voor stomatologie of door een tandheelkundige.

§ 12. § 9 wordt aangevuld als volgt:

“of in analoge of gedigitaliseerde vorm op een magnetische of optische drager vastgesteld.”

§ 13. § 11 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 11. De radiografische en radioscopische verstrekkingen zijn voorbehouden voor de geneesheren wier toestellen en lokalen beantwoorden aan de veiligheidscriteria die zijn bepaald in het koninklijk besluit van 28 februari 1963 houdende algemeen reglement op de bescherming van de bevolking en van de werknemers tegen het gevaar van de ioniserende stralingen.

Voor die verstrekkingen mag derhalve door de verzekering geen tegemoetkoming worden verleend wanneer ze worden verricht door geneesheren wier toestellen en lokalen niet beantwoorden aan vorengenoemde veiligheidscriteria.

Om de laten vaststellen dat die criteria worden nageleefd moeten de geneesheren op elk verzoek van de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een getuigschrift voorleggen dat is opgemaakt door een instelling die door het Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid en door de Minister die Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, is erkend voor de controle inzake ioniserende stralingen als bedoeld in artikel 74 van evengenoemd algemeen reglement. Dat getuigschrift moet het bewijs leveren dat de toestellen en lokalen, overeenkomstig vorengenoemd algemeen reglement, de driemaandelijke of jaarlijkse controle hebben ondergaan die is vastgesteld respectievelijk voor de inrichtingen van klasse II en klasse III bedoeld in artikel 3, b), en c), van evengenoemd algemeen reglement en dat ze beantwoorden aan de vastgestelde veiligheidscriteria.”

§ 14. § 12 wordt vervangen door wat volgt:

“§ 12. Om te mogen worden aangerekend moeten de verstrekkingen die zijn verricht door een geneesheer specialist voor röntgendiagnose aan de volgende voorwaarden voldoen:

1. Zij moeten zijn voorgeschreven door een geneesheer die de patiënt in behandeling heeft, hetzij in het kader van de algemene geneeskunde, hetzij in het kader van een geneeskundig specialisme met uitzondering van de radiologie, ofwel door een tandheeskundige die de patiënt in behandeling heeft in het kader van de tandverzorging.

Het voorschrift dient te beantwoorden aan de nadere regelen die hieronder zijn gespecificeerd.

2. Op het voorschrift moeten worden vermeld:

- de naam en de voornaam van de patiënt;
- de naam, de voornaam, het adres en het identificatienummer van de voorschrijver;
- de datum van het voorschrift;
- de handtekening van de voorschrijver.

Het voorschrift dient een explicitering te bevatten van de diagnostische vraagstelling naar de radioloog toe en een aanduiding van het gewenste type van onderzoek.

3. Van het onderzoek moet een schriftelijk protocol worden opgesteld en bewaard.

Dit protocol dient gestructureerd te zijn als een antwoord op de diagnostische vraagstelling en de verantwoording in te houden van de gebruikte technieken en procedures.

4. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp moeten de naam, de voornaam en het identificatienummer van de voorschrijver vermeld staan. De verstrekkingen die zijn uitgevoerd naar aanleiding van eenzelfde voorschrift moeten gegroepeerd zijn op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

5. De radioloog moet de voorschriften twee jaar bewaren. De voorschriften moeten chronologisch worden opgeborgen op basis van de datum waarop de verstrekking is uitgevoerd. Ze zijn ter verificatie eisbaar zelfs buiten elke enquête, door de Orde, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de gerechtelijke instanties.

Een dubbel van het protocol dient samen met het voorschrift te worden bewaard.”

**Art. 69quater.**

In artikel 20, § 1, e), van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de betrekkelijke waarde “K 18” van de verstrekking nr. 475650 - 475661 wordt veranderd in “K 15”;

2° de betrekkelijke waarde “K 63” van de verstrekking nr. 475731 - 475742 wordt veranderd in “K 50”;

3° de verstrekkingen nrs. 5551 476431 - 476442 en 5552 476453 - 476464 worden geschrapt;

4° de volgende verstrekkingen worden bijgevoegd:

“476490 - 476501

Transthoracale mono- en bidimensionele echografie (met respectievelijk ten minste 3 en 2 coupes en registratie op papier en/of magneetband) K 51.

476512 - 476523

Transthoracale mono- en bidimensionele echocardiografie (met respectievelijk ten minste 3 en 2 coupes en registratie op papier en/of magneetband), gecombineerd met registratie van minimum 3 snelheden in continue of gepulseerde Doppler K 90.

476534 - 476545

Transthoracale mono- en bidimensionele echografie (met respectievelijk ten minste 3 en 2 coupes en registratie op papier en/of magneetband), gecombineerd met de kleurenregistratie ervan van minimum 3 snelheden in continue of gepulseerde Doppler K 100.”

5° wordt de eerste toepassingsregel volgend op verstrekking nr. 475775 - 475786 vervangen door volgende bepaling:

“De verstrekkingen nrs. 476416 - 476420, 476490 - 476501, 476512 - 476523 en 476534 - 476545 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 475672 - 475683, 475694 - 475705, 475716 - 475720, 475731 - 475742 en 475753 - 475764.”

6° worden de volgende toepassingsregels toegevoegd:

“De verstrekkingen nrs. 476173 - 476184, 476490 - 476501 en 475775 - 475786 zijn onderling niet cumuleerbaar.

De verstrekking nr. 476173 - 476184 kan slechts als supplement worden aangerekend bij de verstrekkingen nrs. 453073 - 453084, 453095 - 453106.

De verstrekkingen nrs. 476490 - 476501, 476512 - 476523 en 476534 - 476545 zijn onderling niet cumuleerbaar.”

### **Art. 69quinquies.**

In artikel 21 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 januari 1986, worden de omschrijving van de verstrekkingen 5950 532416 - 532420 en 5951 532512 - 532523 en de toepassingsregel daaropvolgend vervangen door de volgende omschrijvingen en toepassingsregelen:

“5950 532416 - 532420

Algemene P.U.V.A.-behandeling in een bestralingskabine onder continue monitoring van de U.V.A.-intensiteit (in mW/cm<sup>2</sup>), met protocol dat de toegediende U.V.A.-dosis (in Joules/cm<sup>2</sup>) per zitting en cumulatief vermeldt, per zitting K 15.

De verstrekking 532416 - 532420 is uitsluitend vergoedbaar voor gevallen van lichen ruber planus, mycosis fungoïdis, parapsoriasis, psoriasis en door lichttesten aangetoonde lichtgevoeligheid.

5951 532512 - 532523

P.U.V.A.-behandeling van dermatologische aandoeningen, met controle van de patiënt en dosimetrie, bij elke zitting, door de geneesheer-specialist voor dermatologie: lokale behandeling (één of meer streken), per zitting K 5.

De verstrekkingen 532416 - 532420 en 532512 - 532523 mogen noch onderling, noch met de raadplegingen of andere handelingen inzake fysiotherapie worden gecumuleerd.”

### **Art. 69sexies.**

In artikel 24, § 3, van de bijlage van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 14 oktober 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 21 december 1988 en 22 maart 1989, wordt de term “Voor het jaar 1990 zal het forfait worden aangepast als volgt.” vervangen door de volgende tekst:

“Voor het jaar 1990 zal het forfaitair honorarium voor dringende verstrekkingen voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten worden getarifeerd onder het volgend codenummer en de volgende omschrijving:

- 591183

Forfaitair honorarium, gekoppeld aan de continuïteit van de verzorging per verpleegdag in een algemeen ziekenhuis in één of meer van de acute diensten: A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S, voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Het zal worden berekend op de volgende manier:”



**Art. 69septies.**

In artikel 26, § 9, van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 en 31 januari 1986, 28 november 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988 en 21 december 1988, moet in de lijst de verstrekking nummer 450553 - 450564 worden geschrapt.

**Art. 69octies.**

De bepalingen van deze afdeling hebben uitwerking vanaf 1 januari 1990.

De Koning kan wijzigingen aanbrengen in deze bepalingen.

### **Afdeling XIII**

#### **In onderaanneming verrichte geneeskundige verstrekkingen**

**Art. 70.**

Onder geneeskundige verstrekkingen die in onderaanneming worden verricht, dienen te worden verstaan de verstrekkingen die aanleiding geven tot een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en waarvan de uitvoering, die is toevertrouwd aan een zorgverlener, dienst of inrichting, daarin begrepen de laboratoria voor klinische biologie, wordt overgedragen aan een andere zorgverlener, dienst of inrichting, daarin begrepen de laboratoria voor klinische biologie. De verstrekkingen welke op verzoek van een verplegingsinrichting die niet over een geïntegreerd laboratorium voor klinische biologie beschikt, worden uitgevoerd door een laboratorium voor klinische biologie, worden gelijkgesteld met in onderaanneming verrichte verstrekkingen; dat laboratorium voor klinische biologie wordt als onderaannemer beschouwd.

De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité en bij een in Ministerraad overlegd besluit, voor die verstrekkingen specifieke vergoedingsvoorwaarden vastleggen. Hij kan aldus de voorwaarden en regelen bepalen waaraan het voorschrijven, het attesteren en het factureren van die verstrekkingen moeten beantwoorden. Bovendien kan Hij vaststellen aan wie die verstrekkingen dienen te worden betaald.

In het geval waarin degene die de uitvoering van die verstrekkingen toevertrouwt aan een onderaannemer, de verzekeringstegemoetkoming int op grond van forfaitaire honoraria, kan de Koning, op grond van de door Hem bepaalde regelen, het bedrag vastleggen dat hij aan die onderaannemer moet storten.

### **Afdeling XIV**

#### **Revalidatieverstrekkingen**

**Art. 71.**

De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité, de algemene voorwaarden vaststellen waaronder de in artikel 22, 6° bedoelde revalidatieovereenkomsten worden gesloten.

De Koning legt, volgens de door Hem bepaalde modaliteiten en voorwaarden, bij een in Ministerraad overlegd besluit, op voorstel van de Algemene raad en na advies van het Verzekeringscomité, de jaarlijkse budgettaire doelstelling vast voor de revalidatieverstrekkingen bedoeld in artikel 34, 7° en 8°. Wanneer volgens de modaliteiten bepaald door de Koning vastgesteld wordt dat de begrotingsdoelstelling dreigt te worden overschreden, beschikt het Verzekeringscomité over een termijn van twee maanden om correctiemaatregelen te treffen.

#### **Afdeling XIVbis**

### **Tegemoetkoming in de kosten voor hemodialyse, in de kosten voor peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse**

#### **Art. 71bis.**

**§ 1.** De Koning stelt, na advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor hemodialyse thuis en peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse. Hij stelt eveneens de hoegroothed vast van deze tegemoetkoming.

**§ 2.** De Koning stelt, na advies van de Commissie voor het afsluiten van de Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, de voorwaarden vast waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten voor de hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse. Hij stelt eveneens de hoegroothed vast van deze tegemoetkoming.

## **Afdeling XIVter Contrastmiddelen**

### **Art. 71ter.**

De tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor contrastmiddelen (ATC klasse V08) afgeleverd door een ziekenhuisapothek wordt verminderd met 10 %. Deze vermindering is van toepassing op alle contrastmiddelen afgeleverd vanaf 1 januari 2013. De ziekenhuizen mogen de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming niet ten laste leggen van de rechthebbenden.

## **Afdeling XV**

### **Contracten inzake bepaalde farmaceutische specialiteiten**

#### **Art. 72.**

De Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Economische Zaken onder zijn bevoegdheid heeft, kunnen, in onderlinge overeenstemming, met de bedrijven die farmaceutische specialiteiten in de Belgische handel brengen, contracten sluiten die verbintenissen omvatten teneinde de jaarlijkse uitgave voor de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de in die contracten opgenomen specialiteiten te beheersen.

De contracten bevatten bepalingen betreffende de prijzen, de remgelden en de verzekeringstegemoetkomingen die gelden voor bepaalde perioden, al dan niet in functie van de voorgeschreven volumes van de in het eerste lid bedoelde farmaceutische specialiteiten.

Zij bevatten een uitdrukkelijke verbintenis vanwege het betrokken bedrijf of bedrijven om de afgesproken volumes en/of afgesproken prijsaanpassingen na te leven. Evenredig hiermee worden ook het persoonlijk aandeel en de verzekeringstegemoetkoming aangepast. De contracten voorzien in strafbedingen in de zin van de artikelen 1226 tot en met 1233 van het Burgerlijk Wetboek die kunnen worden toegepast op het bedrijf dat de bepalingen van het contract niet naleeft.

De contracten kunnen volgens volgende procedures worden gesloten:

- 1° ofwel op grond van het door de Commissie Tegemoetkoming geneesmiddelen op eigen initiatief geformuleerde voorstel dat wordt voorgelegd voor advies aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole;
- 2° ofwel op grond van een door de Minister van Sociale Zaken, uitgewerkt voorstel, nadat het voor advies is voorgelegd aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.
- 3° ofwel op vraag van het bedrijf in het kader van een opgelegde prijsdaling in door de Koning te bepalen voorwaarden.

De voorstellen bedoeld in 1° en 2° van het vorige lid worden, samen met het advies, voor advies medegedeeld aan het Verzekeringscomité en aan de Commissie voor begrotingscontrole. Alle adviezen worden geacht te zijn gegeven indien ze niet zijn geformuleerd binnen de termijn van twee maanden na het verzoek.

De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden en de nadere regels voor de toepassing van dit artikel, inzonderheid wat betreft de contractduur, de wijze waarop de voorgeschreven volumes worden vastgesteld en de wijze waarop de initiële prijzen kunnen worden verminderd en de nadere regels volgens de welke de contracten kenbaar worden gemaakt.

De Koning kan voor de specialiteiten die het voorwerp uitmaken van een contract bepalen welke bepalingen van deze wet en zijn uitvoeringsbesluiten niet van toepassing zijn tijdens de looptijd van het contract. Hij bepaalt hoe, na afloop van het contract, de specialiteiten die er het voorwerp uitmaakten opnieuw aan bedoelde bepalingen worden onderworpen.

**Afdeling XVbis**  
**Verplichtingen van de aanvragers voor toelating tot terugbetaling van farmaceutische specialiteiten**

**Art. 72bis.**

§ 1. In het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en onverminderd andere wettelijke bepalingen, is de aanvrager ertoe gehouden de volgende verplichtingen na te komen vanaf de inwerkingtreding van de vergoedbaarheid van de farmaceutische specialiteiten of verpakking(en) waarvoor hij een aanvraag heeft ingediend:

- 1° garanderen dat de farmaceutische specialiteit daadwerkelijk in alle aangenomen verpakkingen in de handel beschikbaar is uiterlijk op de eerste dag van de derde maand na het tijdstip waarop de vergoedbaarheid in werking treedt;
- 2° zorgen voor de continuïteit van het in de handel brengen van de farmaceutische specialiteiten in alle vormen en verpakkingen die vergoedbaar zijn;
- 3° voor 31 januari van ieder jaar aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut het aantal verkochte verpakkingen of het aantal farmaceutische eenheden medelen dat het jaar tevoren op de Belgische markt is verkocht;
- 4° elke wijziging aan één van de elementen van de aanvraag tot vergoedbaarheid onmiddellijk medelen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut;
- 5° onder door de Koning te bepalen voorwaarden de aangenomen verpakkingen vanaf de inwerkingtreding van de vergoedbaarheid voorzien van een unieke streepjescode en van een onderscheidingsvignet en een dergelijk vignet niet aan te brengen op de verpakking die niet aangenomen is;
- 6° (*Geschrapt*)
- 7° elke tekortkoming aan de bepalingen onder 1° of 2° spontaan en conform de bepalingen van § 1bis medelen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut;
- 8° elk jaar tussen 1 februari en 1 maart aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut de prijzen buiten bedrijf geldig op 1 januari van het betrokken jaar medelen in Duitsland, Frankrijk, Nederland, Ierland, Finland, en Oostenrijk, voor de in artikel 34, eerste lid, 5°, b), bedoelde farmaceutische specialiteiten waarvan het werkzaam bestanddeel op 1 januari van het betrokken jaar sedert meer dan vijf jaar en minder dan twaalf jaar vergoedbaar is en waarvoor nog geen toepassing is gemaakt van artikel 35ter. Deze gegevens worden onmiddellijk doorgegeven door het Instituut aan de Prijzendienst van de Federale Overheidsdienst Economie, K.M.O., Middenstand en Energie. De eerste mededeling gebeurt tussen 1 juli 2012 en 15 juli 2012 en betreft de prijzen geldig op 1 januari 2011 en 1 januari 2012 van de in artikel 34, eerste lid, 5°, b), bedoelde farmaceutische specialiteiten waarvan het werkzaam bestanddeel op 1 januari 2012 sedert meer dan vijf jaar en minder dan twaalf jaar vergoedbaar is en waarvoor nog geen toepassing is gemaakt van artikel 35ter.

Onverminderd de toepassing van artikel 168bis, informeert de aanvrager die niet in staat is om de verplichting bedoeld in het eerste lid, 1°, na te komen, zo snel mogelijk de dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut dat hij die plicht niet zal kunnen naleven.

Afhankelijk van het moment waarop deze informatie verkregen wordt, heeft dit als gevolg ofwel het afsluiten van de procedure tot opname, ofwel de niet inschrijving op de lijst, ofwel de schrapping van rechtswege van de lijst zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, behalve wanneer de procedure bedoeld in § 2bis toegepast werd.

§ 2. Wanneer een onderneming die een farmaceutische specialiteit commercialiseert op de Belgische markt deze farmaceutische specialiteit of één of meerdere verpakkingen ervan definitief wenst terug te trekken uit de vergoedbaarheid en de farmaceutische specialiteit of verpakking(en) verder blijft commercialiseren, moet zij hiertoe een aanvraag tot schrapping indienen.

De schrapping uit de lijst treedt dan in werking één jaar na de ontvangst van de aanvraag. De minister kan, na advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, rekening houdend met economische, sociale en therapeutische criteria, een eerdere datum van inwerkingtreding bepalen, op basis van een gemotiveerde aanvraag tot schrapping op kortere termijn, die tezelfdertijd wordt gestuurd naar de minister en de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

De minister kan om redenen van volksgezondheid of van sociale bescherming de aanvraag tot schrapping weigeren of een latere datum van inwerkingtreding van de schrapping vaststellen. De aanvrager is ertoe gehouden de farmaceutische specialiteit in de bestaande vergoedbare verpakkingen ter beschikking te houden tot de datum van inwerkingtreding van de schrapping van de farmaceutische specialiteit uit de lijst.

Wanneer de onderneming bedoeld in het eerste lid een farmaceutische specialiteit of één of meerdere verpakkingen ervan definitief uit de handel neemt, waarbij op haar vraag tevens de registratie wordt ingetrokken, moet zij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut hiervan in kennis stellen zes maanden vóór het uit de handel nemen. De vergoedbaarheid blijft behouden gedurende een periode van zes maanden na de schrapping van de registratie, waarna de farmaceutische specialiteit of verpakking(en) van rechtswege, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, wordt(en) geschrapt uit de lijst.

Wanneer de onderneming bedoeld in het eerste lid een farmaceutische specialiteit of één of meerdere verpakkingen ervan definitief uit de handel neemt, zonder dat de registratie wordt ingetrokken, moet hij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut hiervan in kennis stellen zes maanden vóór het uit de handel nemen. De vergoedbaarheid blijft behouden gedurende een periode van zes maanden na de beslissing tot het uit de handel nemen, waarna de farmaceutische specialiteit of verpakking(en) van rechtswege, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, wordt(en) geschrapt uit de lijst.



Wanneer de onderneming bedoeld in het eerste lid een farmaceutische specialiteit of één of meerdere verpakkingen tijdelijk uit de handel neemt, moet zij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut hiervan, behoudens gerechtvaardigde redenen, drie maanden vooraf in kennis stellen, met opgave van de begindatum en de vermoedelijke einddatum en de reden van het tijdelijk uit de handel nemen. Indien de aanvrager mededeelt dat de farmaceutische specialiteit of verpakking(en) langer dan drie maanden uit de handel zal zijn, of indien het uit de handel zijn langer dan drie maanden duurt, wordt de farmaceutische specialiteit of verpakking(en) van rechtswege, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, geschrapt uit de lijst respectievelijk op het ogenblik van het uit de handel nemen of op de eerste dag van de vierde maand na het uit de handel nemen. Indien het tijdelijk uit de handel nemen het gevolg is van de schorsing van de registratie of van een bewezen geval van overmacht, of indien de specialiteit werd vergoed op basis van de procedure bedoeld in § 2bis wordt de specialiteit of de verpakking(en) van rechtswege zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis opnieuw ingeschreven in de lijst, maar rekening houdende met de aanpassingen van de prijs en van de vergoedingsbasis die van toepassing zouden zijn geweest indien de specialiteit op de lijst ingeschreven gebleven was.

Wanneer de onderneming bedoeld in het eerste lid niet in staat is de groothandelaars verdelers te bevoorraden voor een verpakking van een farmaceutische specialiteit, wordt deze verpakking als onbeschikbaar beschouwd. De begindatum en de vermoedelijke einddatum alsook de redenen van deze onbeschikbaarheid moeten door de aanvrager genotificeerd worden aan de dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut. Indien de aanvrager mededeelt dat de verpakking langer dan drie maanden onbeschikbaar zal zijn, of indien de onbeschikbaarheid langer dan drie maanden duurt, wordt de betrokken verpakking van rechtswege geschrapt uit de lijst, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, respectievelijk op de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen die ingaat de dag na de ontvangst van de notificatie of op de eerste dag van de vierde maand van onbeschikbaarheid. Indien de onbeschikbaarheid het gevolg is van een bewezen geval van overmacht, of indien de specialiteit werd vergoed op basis van de procedure bedoeld in § 2bis, wordt de betrokken verpakking van rechtswege opnieuw ingeschreven in de lijst op de eerste dag van de maand die volgt op het einde van de onbeschikbaarheid, zonder rekening te houden met de procedures bepaald bij artikel 35bis, maar rekening houdende met de aanpassingen van de prijs en van de vergoedingsbasis die van toepassing zouden zijn geweest indien de specialiteit op de lijst ingeschreven gebleven was.

Het tijdelijk terugtrekken uit de vergoedbaarheid van een farmaceutische specialiteit of één of meerdere verpakkingen ervan en het verder zetten van de commercialisering is niet toegelaten.

De Koning kan bijzondere regels bepalen met betrekking tot weesgeneesmiddelen met het oog op het waarborgen van de continuïteit van de beschikbaarheid en de vergoedbaarheid van deze specialiteiten.

**§ 2bis .** Wanneer voor bepaalde farmaceutische specialiteiten geen aanvraag tot vergoedbaarheid werd ingediend kunnen de betrokken specialiteiten voor vergoeding worden aangenomen wanneer de minister of de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen vaststelt dat rechthebbenden de verzekeringstegemoetkoming voor deugdelijke therapeutische middelen moeten derven.

De Koning stelt de procedure vast waaronder de betrokken specialiteiten op de in artikel 35bis bedoelde lijst kunnen worden ingeschreven.

**§ 3.** Bij overdracht van de registratie van een in de lijst opgenomen farmaceutische specialiteit of een of meerdere verpakkingen ervan, worden alle rechten en verplichtingen die hieraan verbonden zijn in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, mee overgedragen naar de nieuwe aanvrager bedoeld in artikel 35bis, § 1.

**§ 4.** De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de aanvragers, ongeacht of zij de producenten, invoerders of de verpakkers zijn van de farmaceutische specialiteiten, verplicht zijn, met het oog op het beheersen van de jaarlijkse uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging, voor de voornoemde specialiteiten en om de eventuele bescherming van het voornaamste werkzaam bestanddeel via een octrooi of een aanvullend certificaat tot bescherming van het octrooi te kunnen evalueren, om, aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, en op diens verzoek, de inlichtingen te verstrekken aangaande de voorbijgane of voorzien kost voor de verzekering, alsook aangaande de toestand van het octrooi of het certificaat ter aanvulling van het octrooi voor het voornaamste werkzaam bestanddeel.

## **Afdeling XVI**

### **Plichten van de zorgverleners**

#### **Art. 73. (IR)**

**§ 1.** De geneesheer en de tandheeskundige oordelen in geweten en in volle vrijheid over de aan de patiënten te verlenen verzorging. Zij zullen erop toezien dat zij toegewijde en bekwame geneeskundige verzorging verstrekken in het belang van de patiënt, met respect voor de rechten van de patiënt en rekening houdend met de door de gemeenschap ter beschikking gestelde globale middelen.

Zij onthouden zich van overbodige of onnodig dure verstrekkingen voor te schrijven, uit te voeren of te laten uitvoeren ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De andere zorgverleners dan die bedoeld in het eerste lid, dienen zich eveneens te onthouden van het uitvoeren of laten uitvoeren van onnodig dure of overbodige verstrekkingen ten laste van de regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De zorgverleners zijn verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over hun toetreding of hun weigering van toetreding tot de akkoorden of overeenkomsten die op hen betrekking hebben.

Ze zijn eveneens verplicht om de rechthebbenden duidelijk te informeren over de dagen en uren waarvoor ze niet zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten, indien deze in die mogelijkheid voorzien.

Als de verstrekkingen worden georganiseerd op een plaats waar verschillende zorgverleners zijn verzameld, kan de informatieplicht worden georganiseerd op een gemeenschappelijke en gecentraliseerde manier, eerder dan door elke zorgverlener individueel.

Naast hetgeen specifiek voorzien is in de artikelen 50, § 3 laatste lid en 50, § 3bis, zal de informatie op zijn minst bestaan uit een duidelijke en leesbare mededeling waarin de elementen bedoeld in het vierde en het vijfde lid worden vermeld.

De Koning kan de praktische toepassingsregels vastleggen met betrekking tot de informatie die de zorgverleners dienen mede te delen aan de rechthebbenden omtrent het feit of zij al dan niet zijn toegetreden tot de akkoorden of overeenkomsten die op hen betrekking hebben. Deze toepassingsregels kunnen verschillen naar gelang van de categorieën van zorgverleners of de plaats van de verstrekkingen. De Koning kan ook voorzien in een affichemodel dat door de zorgverleners moet worden gebruikt.

§ 2. Het onnodige dure of overbodige karakter van deze verstrekkingen wordt geëvalueerd, volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 1, op basis van één of meerdere indicatoren van manifeste afwijking, vastgesteld door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie ten opzichte van aanbevelingen van goede medische praktijk.

Het overbodige karakter van het voorschrijven van sommige farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid wordt geëvalueerd, volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 1 en op basis van de aanbevelingen vastgesteld door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen en op basis van de indicatoren vastgesteld door het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen ingesteld op basis van artikel 19. De voornoemde indicatoren maken het mogelijk de drempel te bepalen waarboven het voorschrijfprofiel van de betrokken farmaceutische specialiteiten moet onderzocht worden wat betreft de naleving van de hierboven vermelde aanbevelingen.

Het onnodig dure karakter van bepaalde farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, 5°, b en c van huidige wet, wordt bepaald, volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 1, op basis van een algemeen percentage van voorschriften in de ambulante sector, bepaald voor elke categorie van geneesheren houders van één van de beroepstitels bedoeld in de artikelen 1, 2 en 3 van het koninklijk besluit van 25 november 1991 houdende de lijst van bijzondere beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde, dat dient verwezenlijkt te worden door elke zorgverlener, ten aanzien van het geheel van het volume voorschriften in defined daily dosis (DDD) van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), door voorschriften te maken van :

1° vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in de artikelen 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1) voor dewelke artikel 35ter, §§ 1 en 3, eerste lid, 3°, in voorkomend geval via de toepassing van artikel 35quater, ten laatste de laatste maand van de evaluatieperiode van toepassing is;

2° vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2);

3° vergoedbare farmaceutische specialiteiten die op International Non-Proprietary Name worden voorgeschreven, bedoeld in artikel 35bis, § 12.

4° vergoedbare farmaceutische specialiteiten vergund overeenkomstig artikel 6bis, § 1, achtste lid, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

De Koning stelt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Nationale commissie geneesheren- ziekenfondsen of van de Nationale commissie tandheelkundigen- ziekenfondsen, naargelang de beroepstitel in kwestie, de algemene percentages vast van voorschriften, bedoeld in het vorige lid, die moeten worden nageleefd.

Bij wijze van overgang, in afwachting van het besluit bedoeld in het vierde lid, zijn de percentages per geneesheer die een van de volgende specifieke beroepstitels gereserveerd voor beoefenaars van de geneeskunde hebben, met inbegrip van de tandheelkunde, de volgende :

- algemeen geneeskundigen : 50 %
- geneesheer specialist in inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie : 42 %
- geneesheer specialist in inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrino-diabetologie : 34 %
- geneesheer specialist in de acute geneeskunde : 53 %
- geneesheer specialist in medische oncologie : 39 %
- geneesheer specialist in de anesthesie-reanimatie : 46 %
- geneesheer specialist in de cardiologie : 43 %
- geneesheer specialist in de heelkunde : 45 %
- geneesheer specialist in de neurochirurgie : 43 %
- geneesheer specialist in de dermatovenerologie : 39 %
- geneesheer specialist in de gastro-enterologie : 65 %
- geneesheer specialist in de gynaecologieverloskunde : 42 %
- geneesheer specialist in de geriatrie : 41 %
- geneesheer specialist in de inwendige geneeskunde : 43 %
- geneesheer specialist in de neurologie : 36 %
- geneesheer specialist in de psychiatrie : 49 %
- geneesheer specialist in de neuropsychiatrie : 42 %
- geneesheer specialist in de oftalmologie : 16 %
- geneesheer specialist in de orthopedische heelkunde : 43 %
- geneesheer specialist in de otorhinolaryngologie : 24 %
- geneesheer specialist in de pediatrie : 34 %
- geneesheer specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie : 44 %
- geneesheer specialist in de pneumologie : 29 %
- geneesheer specialist in de radiotherapie : 44 %
- geneesheer specialist in de reumatologie : 32 %
- geneesheer specialist in de stomatologie : 70 %
- geneesheer specialist in de urologie : 41 %
- tandartsen : 75 %
- andere geneesheren specialisten : 18 %

De observatieperiode van het voorschrijfprofiel van de arts die dient als referentie voor de toepassing van de bepalingen bedoeld in het derde lid, bedraagt 6 maanden en gebeurt op basis van de gegevens bedoeld in artikel 165, achtste lid, van de wet.

De eerste observatieperiode, bedoeld in voorafgaand lid, betreft de specialiteiten afgeleverd vanaf 1 april 2006 tot en met 30 september 2006. Tijdens deze observatieperiode komen de geneesheren in aanmerking die tijdens deze periode minstens 100 verpakkingen, vergoedbaar in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, hebben voorgeschreven, afgeleverd in een ambulante officina. Bij de tandheelkundigen bedraagt deze minimumdrempel 16 verpakkingen. Voor de volgende observatieperiodes, die respectievelijk lopen van 1 oktober tot 31 maart en van 1 april tot 30 september van elk jaar, stelt de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen of van de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen, naargelang de beroepstitel in kwestie, het aantal verpakkingen vast die vergoedbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering en afgeleverd in een voor het publiek toegankelijke officina die moeten worden voorgeschreven opdat een zorgverlener in aanmerking wordt genomen. Vanaf 2011 loopt de observatieperiode van 1 januari tot 30 juni en van 1 juli tot 31 december van elk jaar. Tijdens deze observatieperiode komen de geneesheren in aanmerking die tijdens deze periode minstens 200 verpakkingen, vergoedbaar in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hebben voorgeschreven, afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek. Bij de tandheelkundigen bedraagt deze minimumdrempel 30 verpakkingen.

De percentages bedoeld in het vierde en het vijfde lid dienen om de drempel te bepalen waaronder het voorschrijfprofiel van de betrokken farmaceutische specialiteiten als onnodig duur wordt beschouwd.

Het onnodig dure karakter van bepaalde farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), kan ook bepaald worden volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, op basis van een percentage van voorschriften in de ambulante sector, bepaald per therapeutische klasse(n) voor alle geneesheren houders van één van de beroepstitels voorbehouden aan de beoefenaars van de geneeskunde, of sommige categorieën van hen, dat dient verwezenlijkt te worden door elke zorgverlener, ten aanzien van het geheel van het volume voorschriften in defined daily dosis (DDD) van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), door het voorschrijven van :

- 1° vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in de artikelen 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1 voor dewelke artikel 35ter, §§ 1 en 3, eerste lid, 3°, in voorkomend geval via de toepassing van artikel 35quater, ten laatste de laatste maand van de evaluatieperiode van toepassing is;
- 2° vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2.
- 3° vergoedbare farmaceutische specialiteiten vergund overeenkomstig artikel 6bis, § 1, achtste lid, van de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen.

De Koning bepaalt bij besluit, vastgesteld na overleg in de ministerraad, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven binnen een door de minister bepaalde termijn, de in het vorige lid bedoelde therapeutische klasse(n). Het advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet wordt uitgebracht binnen de door de minister vastgestelde termijn.

De Koning stelt, bij besluit, vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven binnen een door de minister bepaalde termijn, het bedrag of de bedragen vast van de percentages van voorschriften, bedoeld in het negende lid, die moeten worden nageleefd. Het advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet wordt uitgebracht binnen de door de minister vastgestelde termijn.

De Koning stelt bij besluit, vastgesteld na overleg in de Ministerraad, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven binnen een door de minister bepaalde termijn, het aantal verpakkingen vast die vergoedbaar zijn in het kader van de verplichte verzekering en afgeleverd in een voor het publiek toegankelijke officina die moeten worden voorgeschreven opdat een zorgverlener in aanmerking wordt genomen. Het advies wordt geacht te zijn gegeven indien het niet wordt uitgebracht binnen de door de minister vastgestelde termijn.

De observatieperiode van het voorschrijfprofiel van de arts die dient als referentie voor de toepassing van de bepalingen bedoeld in het negende lid, bedraagt zes maanden en gebeurt op basis van de gegevens bedoeld in het artikel 165, achtste lid. Deze observatieperiode loopt respectievelijk van 1 oktober tot 31 maart en van 1 april tot 30 september van elk jaar. De percentages bedoeld in het elfde lid dienen om de drempel te bepalen waaronder het voorschrijfprofiel van de betrokken farmaceutische specialiteiten als onnodig duur wordt beschouwd.

De Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen kan, in afwachting van de besluiten bedoeld in het vierde lid en het elfde lid, volgens de procedure bedoeld in de artikelen 50 en 51, in lopende en toekomstige akkoorden bijkomende verbintenissen opnemen die het voorschrijven van de minst dure vergoedbare farmaceutische specialiteiten bevorderen, voor zover geen afbreuk wordt gedaan aan de kwaliteit van de zorgen of aan de therapeutische noodwendigheden.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Deze wijziging treedt retroactief in werking vanaf 1 januari 2009.

§ 3. De aanbevelingen van goede medische praktijk en de indicatoren bedoeld in § 2, eerste lid, worden gedefinieerd op eigen initiatief door de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie.

De in § 2, tweede lid, bedoelde aanbevelingen vastgesteld door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, worden op verzoek van deze laatste of op vraag van de minister, binnen de termijn die hij bepaalt, voorgesteld door een drieledige werkgroep, in gelijke delen samengesteld uit vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van de artsen, in de zin van artikel 211, § 1, de verzekeringsinstellingen en de wetenschappelijke organisaties. De samenstelling van deze werkgroep kan zo nodig aangepast worden, naar gelang de aard en de specificiteiten van de uit te vaardigen aanbevelingen, met eerbiediging echter van het principe van de drieledige samenstelling. De aanbevelingen, voorbereid door de drieledige werkgroep, vermelden eveneens de elementen waarover de zorgverlener moet beschikken, opdat de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle volgens de procedure bedoeld in 146bis, zou kunnen nagaan of de desbetreffende farmaceutische specialiteiten voorgeschreven werden conform de voornoemde aanbevelingen, de geldigheidsduur van deze elementen, de omstandigheden waarin deze moeten vernieuwd worden, alsook de elementen die het voortzetten van een behandeling eerder aangevat door een andere zorgverlener rechtvaardigen.

De voorstellen van aanbevelingen van deze werkgroep worden niet voorgesteld aan de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen, wanneer ze bij unanimitéit verworpen worden door de leden van één van de drie betrokken partijen. De verwerping moet gemotiveerd worden.

De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen kan hetzij het voorstel uitgewerkt door de werkgroep goedkeuren, hetzij dit verwerpen op basis van een gemotiveerd advies. Ingeval het voorstel wordt verworpen informeert het de werkgroep die hetzij een nieuw voorstel formuleert, hetzij zich hiervan onthoudt.



Het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen definieert, op eigen initiatief of op voorstel van de minister, de indicatoren en de drempels bedoeld in § 2, tweede lid.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan ook bij de voornoemde Raad en het Comité voor evaluatie een wetenschappelijk dossier indienen, waarin een voorstel van indicator(en) is opgenomen. Indien de Dienst zich tot de Raad of tot het Comité voor evaluatie wendt, beschikt die over een termijn van drie maanden om zich uit te spreken. Na die termijn wordt (en) de indicator(en) geacht te zijn goedgekeurd. In dit geval moet de Dienst, één jaar naar de voorlopige goedkeuring, die indicatoren en de vaststellingen die tijdens de toepassing ervan zijn gedaan evenwel opnieuw voorleggen aan de Raad of het Comité voor evaluatie. De indicatie is definitief goedgekeurd, behoudens wanneer drie vierden van de aanwezige leden behorend tot de groepen die de universiteiten, de wetenschappelijke geneeskundige verenigingen, de erkende huisartsen en de geneesheren-specialisten samen vertegenwoordigen, zich hiertegen hebben uitgesproken.

De Koning bepaalt de wijze waarop deze aanbevelingen en indicatoren worden bekendgemaakt.

§ 4. Bij gebrek aan de in § 2 bedoelde indicatoren van manifeste afwijking wordt de praktijk vergeleken volgens de procedure bepaald in artikel 146bis, § 2, met de praktijk van normaal voorzichtige en toegewijde zorgverleners in gelijkaardige omstandigheden. Hierbij wordt onder andere rekening gehouden met wetenschappelijke informatie aanvaard door wetenschappelijke verenigingen en/of instellingen die een algemene bekendheid genieten.

§ 5. *Opgeheven door Wet 19-12-08 – B.S. 31-12-08*

**Art. 73bis.**

Onverminderd eventuele straf- en/of tuchtrechtelijke vervolging, en onafgezien van de bepalingen uit de overeenkomsten of verbintenissen bedoeld in Titel III, is het de zorgverleners en gelijkgestelden verboden, op straffe van de maatregelen voorzien in artikel 142, § 1 :

- 1° reglementaire documenten voorzien in deze wet of de uitvoeringsbesluiten ervan op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet werden verleend of afgeleverd;
- 2° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de verstrekkingen niet voldoen aan de voorwaarden bepaald in deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten of de krachtens deze wet afgesloten overeenkomsten en akkoorden;
- 3° hogervermelde reglementaire documenten op te stellen, te laten opstellen, af te leveren of te laten afleveren wanneer de uitgevoerde verstrekkingen noch preventief, noch curatief zijn in de zin van artikel 34;
- 4° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 uit te voeren die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;
- 5° verstrekkingen bedoeld in artikel 34 voor te schrijven die overbodig of onnodig duur zijn in de zin van artikel 73;
- 6° farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 35bis, § 10, tweede lid, voor te schrijven boven de drempels bepaald door de indicatoren, zonder voldoende de aanbevelingen na te leven zoals bepaald in artikel 73, § 2, tweede lid;
- 7° na schriftelijke verwittiging door een van de ambtenaren bedoeld in artikel 146, tekortkomingen te begaan die betrekking hebben op louter administratieve formaliteiten die de essentiële vergoedingsvoorwaarden voor deze verstrekkingen niet in het gedrang brengen;
- 8° de zorgverleners aan te zetten tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen..

**Art. 73ter.**

De voorschrijvers van verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, ten behoeve van niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, zijn ertoe gehouden de voorschrijfdocumenten te gebruiken waarvan het model door de Koning is vastgesteld en waarop het identificatienummer van de voorschrijver bij het Instituut in streepjescode is gedrukt.

De Koning kan de voorwaarden bepalen waaronder het vorige lid niet van toepassing is voor de patiënten die ambulantly in een ziekenhuis worden behandeld en voor de patiënten die in een psychiatrisch verzorgingstehuis worden behandeld.

**Art. 74.**

De geneesheer-specialist, de tandheekkundige of de vroedvrouw deelt de huisarts, met goedvinden van de patiënt, het protocol van zijn onderzoekingen mede. Wanneer de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling hem daarom in het kader van zijn controleopdracht verzoekt, deelt hij deze een kopie van dat protocol mede. Indien de geneesheer-specialist, de tandheekkundige of de vroedvrouw het echter nodig oordeelt, verzoekt hij om de instemming van de patiënt.

**Art. 75.**

De Koning kan, op voorstel van de Technische geneeskundige raad, een document invoeren dat bestemd is om ieder geneesheer die door een rechthebbende wordt geraadpleegd, de mogelijkheid te bieden zich ervan te vergewissen of hetzij technische onderzoekingen zijn verricht, hetzij herhaaldelijk dezelfde verzorging is verstrekt, hetzij prothesen zijn voorgeschreven, derwijze dat hij inlichtingen kan inwinnen over de resultaten van die onderzoekingen en die behandelingen. Hij stelt de inhoud van dat document vast op voorstel van evengenoemde Technische raad.

In voorkomend geval, kan het gebruik van dit document beperkt worden tot bepaalde streken, tot bepaalde categorieën van rechthebbenden of tot bepaalde verstrekkingen.

De Minister kan in dit verband eveneens een voorstel vragen aan de Technische raad. Indien het voorstel niet wordt gedaan binnen de in het vijfde lid vastgestelde termijn of indien de Minister zich niet aansluit bij het aan hem gedane voorstel, kan hij zijn voorstel aan de Technische raad voor advies voorleggen.

De Koning kan het in het eerste lid bedoelde document invoeren op basis van het voorstel van de Minister, al dan niet aangepast rekening houdend met het advies van de Technische raad.

De Koning kan de termijn bepalen binnen welke het advies en het voorstel moeten worden verstrekt door de Technische raad. Zo zij niet binnen de aldus bepaalde termijn zijn verstrekt, worden zij geacht te zijn uitgebracht.

**Art. 75bis.**

**§ 1.** In het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en onverminderd andere wettelijke bepalingen, is de aanvrager ertoe gehouden de volgende verplichtingen na te komen vanaf de inwerkingtreding van de vergoedbaarheid van de implantaten of invasieve medische hulpmiddelen waarvoor hij een aanvraag heeft ingediend :

1° te zorgen voor de continuïteit van het in de handel brengen van dit implantaat of invasief medisch hulpmiddel;

2° de sectie implantaten en invasieve medische hulpmiddelen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut onmiddellijk in kennis te stellen van de terugtrekking of het uit de handel nemen van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel;

3° het aantal implantaten of invasieve medische hulpmiddelen mee te delen dat het jaar tevoren op de Belgische markt is afgeleverd;

4° elke wijziging aan één van de elementen van de aanvraag tot vergoedbaarheid mee te delen aan het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen;

5° elke dysfunctie of ongewenste nevenwerking van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel zonder verwijl mee te delen aan het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen;

6° de nodige maatregelen te treffen volgens de bestaande garantievoorzwaarden tot adequate dekking van de geleden gezondheidsschade die rechtstreeks voortvloeit uit dysfunctie of ongewenste nevenwerking van het implantaat of invasief medisch hulpmiddel.

De Koning bepaalt welke implantaten of invasieve medische hulpmiddelen vrijgesteld kunnen worden van de mededelingsplicht bedoeld in 3° van het vorige lid.

**§ 2.** Wanneer een onderneming die een implantaat of invasief medisch hulpmiddel, zoals bedoeld in artikel 34, 4°bis in België in de handel brengt, dit implantaat of invasief medisch hulpmiddel definitief wenst terug te trekken uit de vergoedbaarheid en zij het implantaat of invasief medisch hulpmiddel verder blijft commercialiseren, moet zij hiertoe een aanvraag tot schrapping van de in artikel 35septies, § 2, bedoelde lijst van voor vergoeding aangenomen implantaten of invasieve medische hulpmiddelen indienen en de minister kan om redenen van volksgezondheid of van sociale bescherming de aanvraag tot schrapping weigeren.

De Koning stelt de nadere regels vast met betrekking tot de schrapping van de implantaten of invasieve medische hulpmiddelen en de datum van inwerkingtreding van deze schrapping.

**§ 3.** Wanneer voor een bepaald implantaat of invasief medisch hulpmiddel geen aanvraag tot vergoedbaarheid werd ingediend kunnen de betrokken implantaten of invasieve medische hulpmiddelen voor vergoeding worden aangenomen wanneer de minister vaststelt dat rechthebbenden de verzekeringstegemoetkoming voor deugdelijke therapeutische middelen moeten derven.

De Koning stelt de procedure vast waaronder de betrokken implantaten of invasieve medische hulpmiddelen op de in het vorige lid bedoelde wijze vergoedbaar worden gesteld.

## Afdeling XVII

### Plichten van de kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en paramedische medewerkers

#### Art. 76.<sup>2</sup>

De kinesitherapeuten, de logopedisten, de verpleegkundigen, de vroedvrouwen en de paramedische medewerkers die aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verstrekkingen uit de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen aanrekenen moeten aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut elke wijziging meedelen in de elementen van hun inschrijvings- of erkenningsdossier bij het Instituut. Het dossier van de betrokken zorgverlener kan door de Dienst voor geneeskundige verzorging worden gesloten zolang de zorgverlener die verplichting niet nakomt. De minister bepaalt de elementen van het dossier waarvoor die verplichting geldt, alsmede de administratieve modaliteiten betreffende de sluiting van het dossier en de eventuele heropening van een gesloten dossier.

<sup>3</sup>“Overeenkomstig artikel 3 van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen moeten de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verpleegkundigen de volgende gegevens bewaren :

- de data waarop de verstrekkingen uitgevoerd werden;
- de naam en de voornaam van de rechthebbenden;
- de aard van de verleende verstrekkingen, gedefinieerd door hun nummer van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Deze data worden bewaard op een eenmalig beschrijfbaar digitale drager of worden beheerd door een gehomologeerd softwarepakket volgens de procedure voorzien in artikel 45bis van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen”.

---

*2 1ste lid werd opgegeven door de WET van 07/12/2005 Na overleg met de sector van de betrokken beroepen bepaalt de Koning welke informatie op elektronische informatiedrager bewaard moet worden.(de oude tekst van dit 1ste lid luidde als volgt: “De kinesitherapeuten, de logopedisten en de verpleegkundigen zijn er toe gehouden, overeenkomstig de door de Koning te bepalen nadere regels, alle verstrekkingen die zij verlenen op te tekenen in een verstrekkingregister”.*

*3 KB dd 10/11/2006 - Koninklijk besluit tot uitvoering van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 - in voege vanaf 01/01/2007*

## **Afdeling XVIII**

### **Financiële verantwoordelijkheid van de voorschrijvende geneesheren**

#### **Art. 77.**

§ 1. De Koning kan, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, uitgebracht binnen een termijn die Hij bepaalt, de voorwaarden en de regelen vaststellen waarin wordt bepaald in welke mate ten aanzien van de geneesheren wier voorschrijfgedrag inzake klinische biologie en medische beeldvorming de normen overschrijdt die zijn vastgesteld op grond van criteria en parameters die Hij bepaalt, honoraria die verschillen van die waarin is voorzien in de in artikel 50 bedoelde akkoorden, worden toegepast wat de door hen verrichte en in artikel 34, 1<sup>o</sup>, a) bedoelde geneeskundige verstrekkingen betreft. De Koning kan, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en volgens door Hem te bepalen nadere regels, de toepassing van deze bepaling uitbreiden tot andere in artikel 34 bedoelde verstrekkingen.

§ 2. De Koning kan, na advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, uitgebracht binnen een termijn die Hij vaststelt, bepalen dat de in artikel 60 bedoelde forfaitaire honoraria die Hij aanwijst, noch aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, noch aan de rechthebbende mogen worden aangerekend, indien de voorschriften die aanleiding geven tot die honoraria, uitgaan van geneesheren wier voorschrijfgedrag de normen overschrijdt die door de Koning zijn vastgesteld op grond van de criteria en parameters die Hij bepaalt. In die geval zijn de hiervoren bedoelde forfaitaire honoraria ten laste van de voorschrijvende geneesheren, volgens de door de Koning te bepalen regelen.

§ 3. De Koning bepaalt welke instantie de overschrijding van de in de §§ 1 en 2 bedoelde normen vaststelt, alsmede de wijze waarop de geneesheren beroep kunnen aantekenen tegen de beslissing die dat orgaan op grond van die paragrafen heeft genomen.

Het beroep wordt ingesteld bij een met dat doel bij de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen opgerichte commissie.

Die Commissie is samengesteld uit een tweetalige voorzitter en een tweetalige plaatsvervangende voorzitter, gekozen uit de magistraten van de hoven van beroep en de arbeidshoven, met uitsluiting van de leden van het Openbaar Ministerie.

Ze is bovendien samengesteld uit werkende en plaatsvervangende leden, voor de helft Nederlandstalig en voor de helft Franstalig.

De leden zijn:

- a) twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de magistraten van de hoven van beroep en de arbeidshoven, met uitsluiting van de leden van het Openbaar Ministerie;
- b) vier werkende en vier plaatsvervangende leden, geneesheren, die de beroepsorganisaties van de geneesheren vertegenwoordigen;
- c) vier werkende en vier plaatsvervangende leden, geneesheren, die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen.

De Koning benoemt de voorzitter en de leden van de Commissie.

§ 4. De Commissie doet uitspraak na de betrokken voorschrijvende geneesheer te hebben opgeroepen en gehoord.

De betrokkene mag zich door een advocaat of door elke andere persoon van zijn keuze laten bijstaan.

Op straffe van nietigheid wordt elke beslissing gemotiveerd.

§ 5. De Koning bepaalt de wijze waarop de op grond van dit artikel genomen beslissingen ter kennis worden gebracht.

§ 6. De door het in § 3, eerste lid, bedoelde orgaan genomen beslissing is, niettegenstaande beroep, uitvoerbaar vanaf de kennisgeving aan de betrokken geneesheer en, wat de toepassing van § 2 betreft, aan de zorgverleners.

§ 7. In afwijking van § 6, kan de betrokken geneesheer, op de wijze bepaald door de Koning, de opschorting van de uitvoering van de in § 3 bedoelde beslissing vragen.

De opschorting kan enkel worden toegestaan indien:

- ernstige middelen worden aangevoerd;

- de onmiddellijke uitvoering ernstige, moeilijk te herstellen schade dreigt te berokkenen.

De in § 3 bedoelde Commissie doet onverwijld uitspraak over de aanvraag om opschorting. Ze doet uitspraak over de hoofdeis binnen een termijn van drie maanden vanaf de kennisgeving van de beslissing waarmee uitspraak wordt gedaan over het verzoek tot opschorting.

§ 8. De Koning bepaalt de andere procedureregelen die de werking van de in § 3 bedoelde Commissie regelen, alsmede de duur van het mandaat van de leden.

**Art. 77bis**

*(opgeheven vanaf 01/01/2004)*



## **Afdeling XIX**

### **Maatregelen om het aanbod te beheersen van de door de verplichte verzekering ten laste genomen verzorging**

#### **Art. 77ter.**

De Koning stelt bij een in Ministerraad overlegd besluit, op gezamenlijke voordracht van de Ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben, en na advies van de betrokken overeenkomsten- of akkoordencommissie, bedoeld in artikel 26, voor de zorgverleners die Hij bepaalt, maatregelen vast met het oog op de beperking van hun activiteit, in het kader van deze wet, op het einde van hun loopbaan. De Koning bepaalt volgens de hiervoren bedoelde procedure wat onder einde-loopbaan moet worden verstaan.

De in het vorige lid bedoelde maatregelen kunnen voor de zorgverleners bestaan uit voordelen of beperkingen van hun rechten en voordelen voortvloeiend uit deze wet; ze mogen in geen geval uitwerking hebben vóór het jaar 2004.

**Afdeling XX**  
**Verplichtingen van de apothekers**

**Art. 77quater.**

De apothekers moeten voor elke werkelijk afgeleverde verpakking van terugbetaalbare geneesmiddelen de unieke streepjescode bedoeld in artikel 72bis, § 1, 5°, registreren, en deze streepjescode meedelen aan de tarifieringsdiensten bedoeld in artikel 165. Zij moeten bovendien, ter gelegenheid van de tarifiering, de geneesmiddelen aanwijzen die onder hun internationale algemene benaming zijn voorgeschreven.

## **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 beschouwd. De firma geeft aan de Technische Raad voor radio-isotopen kennis 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 bij aangetekende zending tegen ontvangstbewijs de onbeschikbaarheid te bevestigen of te ontkennen. Indien zij ontkent, voegt zij bij de brief de bewijsstukken die aantonen 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 door de firma 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.

**TITEL IV  
UITKERINGSVERZEKERING**

**HOOFDSTUK I  
ORGANEN**

**Afdeling I  
Dienst voor uitkeringen**

**Art. 78.**

In de schoot van het Instituut wordt een Dienst voor uitkeringen ingesteld, belast met de administratie van de uitkeringsverzekering en de toepassing van de bepalingen betreffende het invaliditeitspensioen, bepaald als bedoeld in artikel 2, § 3bis, van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers.

**Art. 78bis.**

§ 1. De voorzorgskassen, als bedoeld in het koninklijk besluit van 20 november 1970 houdende bijzondere bepalingen inzake de sociale zekerheid van de mijnwerkers en ermee gelijkgestelden, worden geïntegreerd binnen de Dienst voor uitkeringen.

De Koning bepaalt de regels van de werking en van de organisatie van de voorzorgskassen, als bedoeld in het eerste lid.

§ 2. Er wordt een Beheerscomité opgericht met als naam “Beheerscomité voor de mijnwerkers”.

Dit Comité is samengesteld, in gelijk aantal, uit de vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van alle werknemers en werkgevers.

De Koning stelt het aantal vertegenwoordigers vast en benoemt ze. Hij benoemt de voorzitter. Hij bepaalt de werkingsregelen van het Beheerscomité.

Twee regeringscommissarissen, die de Koning benoemt respectievelijk op voordracht van de Minister die Sociale zaken onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die Financiën onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van het Comité bij met raadgevende stem.

*Vijfde lid opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

§ 3. *opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

§ 4. *opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

## **Afdeling II** **Beheerscomité**

### **Art. 79.**

De Dienst voor uitkeringen wordt beheerd door een Beheerscomité dat samengesteld is uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de representatieve werknemers- en werkgeversorganisaties.

Bovendien maken vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen bevoegd in het kader van de uitkeringsverzekering, deel uit van het Beheerscomité; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.

Alleen de in het eerste lid bedoelde leden van het Beheerscomité zijn stemgerechtigd wat de in artikel 80, 2° bedoelde zaak betreft.

De Koning stelt het aantal dier werkende en plaatsvervangende vertegenwoordigers vast en benoemt ze. Hij benoemt de voorzitter en de ondervoorzitters. Hij bepaalt de werkingsregelen van het Beheerscomité.

De Koning kan zich in de plaats stellen van het Beheerscomité wanneer dit, één maand na daartoe door de Minister te zijn verzocht, geen geldige beslissing heeft genomen ter zake van de opdrachten die het bij deze gecoördineerde wet zijn opgedragen.

Indien het Beheerscomité de adviezen die het behoort uit te brengen niet heeft verstrekt binnen één maand na daarom te zijn verzocht, worden ze geacht te zijn uitgebracht.

Drie regeringscommissarissen, die de Koning benoemt op voordracht van de Minister die de Sociale voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft, respectievelijk de Minister die Tewerkstelling en Arbeid onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van het Comité bij.

Een vertegenwoordiger van de Controledienst bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, woont de vergaderingen van het Comité bij met raadgevende stem.

## **Art. 80.**

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen:

- 1° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van de uitkeringsverzekering; deze begroting en deze rekeningen behelzen afzonderlijk de uitkeringen wegens primaire ongeschiktheid, de invaliditeitsuitkeringen en de moederschapsuitkeringen; aparte ramingen worden opgemaakt voor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en voor de uitkeringen voor begrafeniskosten;
- 2° beheert het reservefonds gevormd met het boni uit het beheer van de tak uitkeringen;
- 3° opgeheven bij: *Wet 24-12-99 - B.S. 31-12 - ed. 3*;
- 4° stelt vast onder welke voorwaarden aan de verzekeringsinstellingen de geldmiddelen worden voorgesloten die zij behoeven om de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en de uitkeringen voor begrafeniskosten te betalen;
- 5° werkt de in deze gecoördineerde wet bedoelde verordeningen uit, in het bijzonder met betrekking tot:
  - a) het verkrijgen van recht op de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en op de uitkeringen voor begrafeniskosten;
  - b) de regelen tot berekening van de uitkeringen;
  - c) de regelen tot betaling van de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid of moederschap en de uitkeringen voor begrafeniskosten;
- 6° bepaalt de regelen volgens welke de verzekeringsinstellingen hun rekeningen bij de Dienst voor uitkeringen indienen en verantwoorden;
- 7° onderzoekt de verslagen die hem door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Dienst voor administratieve controle overgelegd worden ter voldoening aan de artikelen 141, § 1, 14°, en 161 § 2, 3° het brengt binnen de door de Koning te stellen termijnen, aan de Minister verslag uit over de te treffen maatregelen waartoe het besloten heeft of welke het voorstelt;
- 8° beslist over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

Ingeval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen beslissen over de rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Beheerscomité bedoeld in artikel 79 voorgelegd. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

9° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor;

10° gaat op eensluidend advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, over tot de erkenning en de intrekking van de erkenning van de door een of meer werkgevers georganiseerde diensten voor geneeskundige controle, zoals bedoeld in artikel 91;

11° beslist, in geval van hervatting van een niet-toegelaten arbeid, in welke behartigenswaardige gevallen er geheel of gedeeltelijk mag worden afgezien van het terug te vorderen bedrag;

12° stelt het Algemeen comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor uitkeringen voor;

*13° opgeheven bij: Wet 20-12-95 - B.S. 23-12.*

**Art. 80bis.** Het Beheerscomité voor de mijnwerkers:

1° is bevoegd voor de toepassing van de bepalingen betreffende het invaliditeitspensioen als bedoeld in artikel 2, § 3bis, van de wet van 29 juni 1981 houdende de algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers;

2° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op van het invaliditeitspensioen van de mijnwerkers;

*3° opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

4° beslist over de rechtsvorderingen in te stellen binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzakelijkheid kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen beslissen over het instellen van een rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Beheerscomité bedoeld in artikel 78bis voorgelegd. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

5° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt het de Koning ter goedkeuring voor;

6° stelt het Algemeen comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor uitkeringen voor.



### **Afdeling III**

#### **Geneeskundige raad voor invaliditeit**

**Art. 81.**

Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Geneeskundige raad voor invaliditeit ingesteld die een hoge commissie en gewestelijke commissies omvat waarvan aantal en werkgebied door de Koning worden vastgesteld.

Samenstelling en werkingsregelen van de Geneeskundige raad voor invaliditeit worden bepaald door de Koning die de voorzitter en leden ervan benoemt.

**Art. 82.**

De Geneeskundige raad voor invaliditeit:

1° vervult de hem bij artikel 94 opgedragen taken en geeft van zijn beslissingen kennis aan de door de Koning aan te wijzen personen en organen onder de door Hem te bepalen voorwaarden en termijn;

2° onderzoekt de kwesties met betrekking tot het tijdvak van invaliditeit, hem ter adviesgeving voorgelegd door de Minister, het Beheerscomité of de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen alsmede door de verzekeringsinstellingen bevoegd in het kader van de uitkeringsverzekering;

3° werkt samen met het College van geneesheren-directeurs bedoeld in artikel 23, § 1, door het mede te delen welke gerechtigden in aanmerking kunnen komen voor revalidatie of herscholing en het alle inlichtingen te bezorgen waarom het ter uitoefening van zijn taak verzoekt;

4° stelt de algemene medische richtlijnen en criteria vast op voorstel van de Technische medische raad bedoeld in artikel 85.

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de bevoegdheid tot beslissen over de staat van invaliditeit of de bevoegdheid om van deze beslissing kennis te geven kan worden uitgeoefend door één of meer geneesheren, leden van de hoge commissie of van de gewestelijke commissie. De bevoegdheid tot beslissen mag in geen geval uitsluitend worden uitgeoefend door geneesheren die tewerkgesteld zijn door de verzekeringsinstelling waarbij de betrokken gerechtigde is aangesloten of ingeschreven.

## **Afdeling IV**

### **Technische ziekenfondsraad**

#### **Art. 83.**

Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Technische ziekenfondsraad ingesteld waarvan samenstelling en werkingsregelen worden bepaald door de Koning, die de voorzitter en leden ervan benoemt; elke verzekeringsinstelling heeft recht op ten minste een vertegenwoordiger.

#### **Art. 84.**

De Technische ziekenfondsraad heeft tot taak adviezen uit te brengen over de problemen in verband met de voorwaarden tot toekenning van de in de titel IV bedoelde uitkeringen met het oog op de behandeling ervan in het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

## **Afdeling V**

### **Technisch medische raad**

#### **Art. 85.**

Bij de Dienst voor uitkeringen wordt een Technische medische raad ingesteld die tot taak heeft:

- 1° op verzoek van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, van de Geneeskundige Raad voor invaliditeit of op eigen initiatief, advies te verlenen over medische problemen aangaande de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid;
- 2° algemene medische richtlijnen en criteria voor te stellen om beter de evaluatieproblemen aangaande de arbeidsongeschiktheid op te vangen; deze richtlijnen en criteria worden daarna vastgesteld door de Geneeskundige Raad voor invaliditeit;
- 3° aan de hand van statistische gegevens met betrekking tot de arbeidsongeschiktheid onderzoek te verrichten in verband met de werking van de uitkeringsverzekering en advies uit te brengen over problemen die hierbij rijzen.

De samenstelling en werkingsregelen van deze Raad worden door de Koning bepaald die eveneens de voorzitter en de leden ervan benoemt.

## HOOFDSTUK II TOEPASSINGSSFEER

### **Art. 86.**

**§ 1.** Rechthebbenden op de in titel IV, hoofdstuk III, van deze gecoördineerde wet omschreven uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, onder de voorwaarden die ze bepaalt, zijn, als gerechtigden:

1°

- a) de werknemers die vallen onder de verplichte uitkeringsverzekering, krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, met inbegrip van de werknemers die een vergoeding genieten welke verschuldigd is naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden of de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord, tijdens het tijdvak dat gedekt is door die vergoeding;
- b) de hierboven bedoelde werknemers gedurende de in artikel 32, eerste lid, 4°, bedoelde rustperiode;
- c) de werknemers die zich in één van de in artikel 32, eerste lid, 3° en 5°, bedoelde toestanden bevinden;
- d) de werknemers bedoeld in artikel 15 van het koninklijk besluit van 18 februari 1997 houdende maatregelen met het oog op de ontbinding van de Regie voor Maritiem Transport in uitvoering van artikel 3, § 1, 6°, van de wet van 26 juli 1996 strekkende tot realisatie van de budgettaire voorwaarden tot deelname van België aan de Europese Economische en Monetaire Unie;
- e) de varende werknemers die met één van de vennootschappen bedoeld in artikel 13, § 1, eerste lid, van het koninklijk besluit van 18 februari 1997 houdende maatregelen met het oog op de ontbinding van de Regie voor Maritiem Transport ter uitvoering van artikel 3, § 1, 6°, van de wet van 26 juli 1996 strekkende tot realisatie van de budgettaire voorwaarden tot deelname van België aan de Europese Economische en Monetaire Unie, die de vervoerverplichtingen van de Regie hebben overgenomen, verbonden zijn met een arbeidsovereenkomst gesloten na 1 januari 1997, en die tewerkgesteld zijn aan boord van schepen door deze vennootschappen uitgerust voor transport over zee [van en naar een lidstaat van de Europese Unie.]

2° de werknemers die, tijdens een tijdvak van arbeidsongeschiktheid, of van moederschapsbescherming, zoals bij deze gecoördineerde wet bepaald, de bij 1°, a), bedoelde hoedanigheid van gerechtigde verliezen;

3° bij het aflopen van het in artikel 32, eerste lid, 6°, bedoelde tijdvak van voortgezette verzekering, de werknemers, die de in 1° bedoelde hoedanigheid hebben gehad op voorwaarde dat zij arbeidsongeschikt zijn geworden of zich in een tijdvak van moederschapsbescherming bevinden uiterlijk de eerste werkdag na afloop van het tijdvak van voortgezette verzekering.

§ 2. Rechthebbenden op de uitkering voor begrafenis kosten die in geval van overlijden van de in artikel 110 bedoelde gerechtigde wordt betaald, zijn de personen die de begrafenis werkelijk hebben bekostigd, zoals ze door de Koning zijn bepaald.

§ 3. De Koning kan bij een in Ministerraad overlegd besluit, een uitkeringsverzekering invoeren ten voordele van de in artikel 33, eerste lid, 1°, bedoelde personen en de vrijwillig onderworpenen beoogd in artikel 7, 1°, van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

Hij bepaalt de voorwaarden waaronder deze verzekering van toepassing is, de omvang van de verstrekte uitkeringen en het bedrag van de rijkstoelage bestemd voor deze verzekering.

Voor de aangelegenheden die betrekking hebben op de in het eerste lid bedoelde uitkeringsverzekering, wordt de Dienst voor uitkeringen beheerd door een afzonderlijk Beheerscomité, samengesteld uit vertegenwoordigers van de representatieve organisaties van zelfstandigen, en van de verzekeringsinstellingen. De Koning bepaalt de bevoegdheid, de samenstelling en de werkingsregelen van dit Beheerscomité. Hij benoemt de voorzitter, de ondervoorzitters en de leden.

Drie regeringscommissarissen, door de Koning benoemd op voordracht, respectievelijk van de Minister die de Sociale verzorging onder zijn bevoegdheid heeft, van de Minister die de Middenstand onder zijn bevoegdheid heeft en van de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft, wonen de vergaderingen van dat Comité bij.

Een vertegenwoordiger van de Controledienst bedoeld in artikel 49 van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, woont de vergaderingen van het Comité bij met raadgevende stem.

De Koning richt een coördinatiebureau op dat ermede belast is zowel aan het in artikel 79 als aan het in deze paragraaf bedoelde Beheerscomité advies uit te brengen over aangelegenheden die van gemeenschappelijk belang zijn voor de uitkeringsverzekering van de werknemers en voor die van de zelfstandigen, ten einde aan weerszijden het nemen van gelijkaardige beslissingen te bevorderen. De samenstelling en de werkingsregelen van dit coördinatiebureau worden door de Koning bepaald.

De Koning bepaalt op welke wijze de in afdeling IV bedoelde Technische ziekenfondsraad samengesteld is, wanneer de uit te brengen adviezen betrekking hebben op de voorwaarden waaronder de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid toegekend worden aan de zelfstandigen.

## HOOFDSTUK III UITKERINGEN

### **Afdeling I Primaire ongeschiktheidsuitkering**

#### **Art. 87.**

Onverminderd het bepaalde in artikel 97, ontvangt de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigde die arbeidsongeschikt is als omschreven in artikel 100, over elke werkdag van een éénjarig tijdvak ingaande op de aanvangsdag van zijn arbeidsongeschiktheid, of over elke dag van datzelfde tijdvak die wordt gelijkgesteld met een werkdag door een verordening van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, een uitkering “primaire ongeschiktheidsuitkering” genoemd welke niet lager mag zijn dan 55 pct. van het gederfde loon, berekend over een refertetijdvak dat in de in artikel 80, 5°, bedoelde verordening wordt bepaald; het loon dat in aanmerking wordt genomen, mag niet hoger zijn dan het bedrag dat door de Koning wordt vastgesteld; dit maximum is eveneens van toepassing wanneer de gerechtigde bij meer dan één werkgever tewerkgesteld is.

Nochtans mag tijdens de eerste dertig dagen van de arbeidsongeschiktheid de hoegrootheid van de uitkering voor alle gerechtigden niet lager zijn dan 60 pct. van het gederfde loon; vanaf de éénendertigste dag mag de hoegrootheid van de uitkering niet lager zijn dan 60 pct. van hetzelfde loon voor de gerechtigden die personen ten laste hebben of die de voorwaarden vervullen van verlies van enig inkomen overeenkomstig artikel 93.

Voor de in artikel 86, § 1, 1°, c), bedoelde gerechtigden, alsmede voor de gerechtigden die voormelde hoedanigheid behouden krachtens artikel 131, is het bedrag van de primaire ongeschiktheidsuitkering gelijk aan het bedrag van de werkloosheidsuitkering waarop zij aanspraak zouden hebben indien ze zich niet in staat van arbeidsongeschiktheid bevonden, gedurende een door de Koning te bepalen tijdvak; deze bepaling is niet van toepassing op de tijdelijke werklozen en de werklozen die door de Koning met een tijdelijke werkloze worden gelijkgesteld.

De Koning kan de toepassing van deze maatregel uitbreiden tot de voormelde gerechtigden die de hoedanigheid van gerechtigde, bedoeld in artikel 86, § 1, 1°, a), verworven hebben sedert minder dan één maand bij de aanvang van hun arbeidsongeschiktheid.

Indien de gerechtigde niet langer in staat van primaire arbeidsongeschiktheid is als bedoeld in artikel 100, over een tijdvak dat minder dan veertien dagen telt, onderbreekt dat tijdvak waarover geen primaire ongeschiktheidsuitkering wordt betaald, de loop van het tijdvak van primaire ongeschiktheid niet.

De in de artikelen 114 en 114bis bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die vallen in de loop van een tijdvak van primaire ongeschiktheid, schorsen het laatstgenoemde tijdvak.

Voor de gerechtigden die aanspraak hebben op het aan de mijnwerkers en de ermede gelijkgestelden toegekende invaliditeitspensioen, loopt het recht op primaire ongeschiktheidsuitkeringen af op het einde van de zesde maand arbeidsongeschiktheid. Evenwel worden de rechten van deze werknemers over de eerste zes maanden die op het hiervoren bepaalde tijdvak volgen, door de Koning vastgesteld. De Koning bepaalt eveneens de modaliteiten volgens welke de zesde maand van de arbeidsongeschiktheid wordt verlengd of ingekort tot op het einde van een kalendermaand.

De koning bepaalt de hoegrootheid van de primaire ongeschiktheidsuitkering. Hij bepaalt eveneens het minimumbedrag van de uitkering die toegekend kan worden aan de verschillende categorieën van gerechtigden bepaald overeenkomstig de artikelen 93, 93bis en 93ter<sup>4</sup>, alsmede de toekenningsvoorwaarden waarin begrepen het tijdstip vanaf wanneer voormeld minimumbedrag kan worden toegekend.

**Art. 88.**

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de regelen volgens welke en de termijnen waarin de gerechtigde de adviserend geneesheer van zijn verzekeringsinstelling kennis moet geven van elke arbeidsongeschiktheid.

Het bepaalt eveneens de regelen, die met het oog op de verlenging van een tijdvak van erkende arbeidsongeschiktheid in acht moeten worden genomen.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de voorwaarden waaronder de uitkeringen toegekend kunnen worden wanneer de gerechtigde niet binnen de gestelde termijnen, de krachtens dit artikel opgelegde kennisgevingen of aanvragen indient.

---

<sup>4</sup> In voege 01/01/2007 cfr 27/12/2006 Programmawet I – BS 28/12/2006

**Art. 89.**

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de voorwaarden waaronder aan de gerechtigde die binnen een vastgestelde periode herhaaldelijk getuigschriften of verklaringen van arbeidsongeschiktheid heeft ingeleverd, verplichtingen kunnen worden opgelegd die afwijken van degene die krachtens artikel 88 zijn vastgesteld. Het bepaalt eveneens op welke dag het recht op uitkeringen ingaat in geval die verplichtingen niet worden nageleefd.

**Art. 90.**

Onverminderd de bepalingen van artikel 91, stelt de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling de in artikel 100 bedoelde staat van primaire arbeidsongeschiktheid vast, stelt hij de duur ervan vast, en geeft hij kennis van zijn beslissing, onder de voorwaarden en binnen de termijnen die door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen zijn bepaald.

Op verzoek van de adviserend geneesheer, kan de gerechtigde eveneens onderzocht worden door de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Die geneesheer-inspecteur neemt in dat geval de beslissing over de staat van de arbeidsongeschiktheid en geeft daarvan kennis aan de gerechtigde en aan de adviserend geneesheer, onder de voorwaarden en binnen de termijnen die zijn bepaald door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling spreekt zich tevens uit over de toepassing van de artikelen 101, eerste lid, en 102, eerste lid, in een tijdvak van primaire ongeschiktheid.

**Art. 91.**

Wanneer een of meer werkgevers diensten organiseren met het oog op de geneeskundige controle van hun werknemers tijdens een periode waarvoor de betaling van een loon verschuldigd is, kan de Koning de voorwaarden bepalen waaronder deze diensten erkend kunnen worden om de staat van arbeidsongeschiktheid vast te stellen voor een tewerkgestelde gerechtigde wiens werkgever op die diensten een beroep doet. De modaliteiten van deze vaststelling, welke betrekking heeft op de aanvangsperiode die aanleiding kan geven tot het verlenen van ongeschiktheidsuitkeringen, worden bepaald door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

De verzekeringsinstellingen zijn door de beslissing van de erkende diensten voor geneeskundige controle gebonden, tot wanneer de adviserend geneesheer of de geneesheer-inspecteur, volgens de door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen te bepalen regelen en termijnen, een andere beslissing neemt inzake de staat van arbeidsongeschiktheid.



**Art. 92.**

Bij de aanvang van elk tijdvak van arbeidsongeschiktheid dat recht geeft op primaire ongeschiktheidsuitkering kan een zogenoemde “carenstijd” van maximaal drie werkdagen worden toegepast waarover geen primaire ongeschiktheidsuitkering verschuldigd is. Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt de duur van die carenstijd alsmede onder welke voorwaarden hij wordt toegepast.

## **Afdeling II**

### **Invaliditeitsuitkering**

#### **Art. 93.**

Duurt de arbeidsongeschiktheid voort na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid, dan wordt over elke werkdag van de arbeidsongeschiktheid of voor elke door een verordening van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen daarmee gelijkgestelde dag een zogenaamde “invaliditeitsuitkering” betaald.

Indien de gerechtigde niet langer in een staat van invaliditeit is als bedoeld in artikel 100, over een tijdvak van minder dan drie maanden, onderbreekt dat tijdvak waarover geen uitkeringen worden betaald, de loop van het tijdvak van invaliditeit niet.

De in de artikelen 114 en 114bis bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming die vallen in de loop van een tijdvak van invaliditeit, schorsen het laatstgenoemde tijdvak.

De invaliditeitsuitkering wordt niet betaald aan de gerechtigden die aanspraak hebben op het aan de mijnwerkers en de ermede gelijkgestelden toegekende invaliditeitspensioen.

De Koning bepaalt de hoegrootheid en het maximumbedrag van de invaliditeitsuitkering alsmede het minimumbedrag van de invaliditeitsuitkering dat onder door Hem te bepalen voorwaarden aan sommige categorieën van regelmatige werknemers kan worden toegekend.

Die hoegrootheid is ten minste 60 pct. van het in artikel 87, eerste lid, omschreven loon voor de gerechtigden met personen ten laste en ten minste 40 pct. van hetzelfde loon voor de gerechtigden die geen personen ten laste hebben.

De Koning stelt vast, wat onder “regelmatig werknemer” en onder “werknemer met persoon ten laste” wordt verstaan, alsmede de voorwaarden waaronder aan de gerechtigde die niet als “werknemer met persoon ten laste” wordt beschouwd een hogere uitkering kan worden toegekend wegens verlies van enig inkomen.

De Koning kan voor de categorieën van arbeidsongeschikten met ingang van de vierde maand en invaliden die Hij bepaalt en onder de voorwaarden die Hij vaststelt, een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp aan derden toekennen.

**Art. 93bis.**

Het dagbedrag van de minimuminvaliditeitsuitkering die aan niet-regelmatige werknemers met persoon ten laste wordt toegekend, mag in geen geval lager zijn dan het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het leefloon dat wordt toegekend krachtens de wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie, aan twee samendende personen.

Voor de gerechtigden die geen persoon ten laste hebben, stemt dat bedrag overeen met het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het leefloon dat krachtens dezelfde wet wordt toegekend aan een alleenstaand persoon.

De Koning kan deze bedragen verhogen en stelt vast wat onder “niet-regelmatige werknemers” wordt verstaan.

**Art. 93ter.**<sup>5</sup>

Het dagbedrag van de minimuminvaliditeitsuitkering die aan een regelmatige werknemer met persoon ten laste wordt toegekend, mag in geen geval lager zijn dan het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het minimum gewaarborgde gezinsrustpensioen voor een werknemer met een volledige loopbaan, toegekend krachtens artikel 152, eerste lid, van de wet van 8 augustus 1980 betreffende de budgettaire voorstellen 1979-1980.

Voor de regelmatige werknemer die geen persoon ten laste heeft, met verlies van enig inkomen, stemt dat bedrag overeen met het in werkdagen gewaardeerde bedrag van het minimum gewaarborgde rustpensioen voor een werknemer met een volledige loopbaan, die niet bedoeld wordt in het eerste lid, dat krachtens dezelfde bepaling wordt toegekend.

**Art. 94.**

De Geneeskundige raad voor invaliditeit stelt, overeenkomstig de bepalingen van artikel 82, op basis van een door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling opgemaakt verslag, de staat van invaliditeit als bedoeld in artikel 100 vast en bepaalt de duur ervan.

De adviserend geneesheer en de geneesheer-inspecteur, als hij de gerechtigde op verzoek van de adviserend geneesheer onderzoekt, kunnen echter het einde van de staat van invaliditeit vaststellen en, ingeval de staat van arbeidsongeschiktheid opnieuw optreedt binnen drie maanden na het einde van een invaliditeitstijdvak, dit wederoptreden ontkennen of voor een beperkte, door de Koning vastgestelde periode, erkennen. In die gevallen geven zij kennis van hun beslissing onder de voorwaarden en binnen de termijnen door de Koning vastgesteld.

De beslissingen van de adviserend geneesheer, van de geneesheer-inspecteur of van de Geneeskundige raad voor invaliditeit, waarbij het einde van de staat van invaliditeit wordt vastgesteld, hebben geen terugwerkende kracht.

De Geneeskundige raad voor invaliditeit spreekt zich, overeenkomstig de bepalingen van artikel 82, tevens uit, over de toepassing van de artikelen 101, eerste lid, en 102, eerste lid, in een tijdvak van invaliditeit.

---

<sup>5</sup> In voege 01/01/2007 cfr 27/12/2006 Programmawet I BS 28/12/2006

**Art. 95.**

De Koning stelt de nadere regelen vast ter zake van de erkenning en de verlenging van de staat van invaliditeit.

De bepalingen van de artikelen 88, eerste en derde lid, en 89, zijn ook toepasselijk in geval de staat van arbeidsongeschiktheid weer optreedt binnen drie maanden na het ophouden van de staat van invaliditeit.

### **Afdeling III**

#### **Over het leerlingenwezen voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in loondienst**

##### **Art. 96.**

Voor elke werkdag of hiermee gelijkgestelde dag van het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid bedoeld in artikel 87 ontvangt de leerling die bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid verbonden is door een leerovereenkomst bedoeld in de wet van 19 juli 1983 op het leerlingenwezen voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in loondienst, een primaire ongeschiktheidsuitkering die gelijk is aan het bedrag van de overbruggingsvergoeding, die hem met toepassing van de reglementering betreffende de werkloosheidsuitkeringen zou zijn toegekend indien hij niet arbeidsongeschikt zou zijn geweest. Niettemin kan de gerechtigde aanspraak maken op het minimumbedrag zoals bepaald in artikel 87, zevende lid, onder toepassing van de in deze bepaling omschreven voorwaarden.

Duurt de arbeidsongeschiktheid voort na het tijdvak van primaire arbeidsongeschiktheid dan wordt hem voor elke werkdag of hiermee gelijkgestelde dag een invaliditeitsuitkering betaald die berekend wordt op een referteloon dat door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bij verordening wordt vastgesteld. De Koning neemt de nodige maatregelen tot uitvoering van deze bepalingen.

## **Afdeling IV**

### **Mogelijkheid tot herwaardering van bepaalde uitkeringen**

#### **Art. 97.**

Indien, om een andere reden dan de koppeling aan de schommelingen van het indexcijfer van de consumptieprijzen, de loongrens wordt verhoogd tot beloop waarvan de bijdragen bestemd voor de verplichte uitkeringsverzekering, berekend worden krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, kan de Koning, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, voorzien in regelen tot aanpassing van de uitkering wegens arbeidsongeschiktheid ten behoeve van de personen, aan wie een hogere uitkering zou toegekend zijn, indien de bovenbedoelde verhoging van de loongrens van toepassing had kunnen zijn op de referteperiode vermeld in artikel 87.

#### **Art. 98.** in voege vanaf 01/07/2004

Onverminderd de herwaardering van de uitkeringen bepaald bij artikel 97, wordt op de invaliditeitsuitkeringen, vanaf het jaar 2005, een herwaarderingscoëfficiënt toegepast. De Koning bepaalt de herwaarderingscoëfficiënt evenals de categorieën van invaliden die er aanspraak op kunnen maken in functie van de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid.

#### **Art. 99.**

Indien de uitkering lager is dan het krachtens artikel 93, vijfde lid, vastgesteld minimumbedrag kan de Koning, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, voorzien in regelen tot aanpassing van die uitkeringen. Deze maatregel mag evenwel niet tot gevolg hebben, dat het vorenbedoelde minimumbedrag wordt overschreden.

## **Afdeling V**

### **Gemeenschappelijke bepalingen ter zake van de uitkeringen**

#### **Art. 100.**

§ 1. Wordt als arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in deze gecoördineerde wet, de werknemer die alle werkzaamheid heeft onderbroken als rechtstreeks gevolg van het intreden of het verergeren van letsels of functionele stoornissen waarvan erkend wordt dat ze zijn vermogen tot verdienen verminderen tot een derde of minder dan een derde van wat een persoon, van dezelfde stand en met dezelfde opleiding, kan verdienen door zijn werkzaamheid in de beroepencategorie waartoe de beroepsarbeid behoort, door betrokkene verricht toen hij arbeidsongeschikt is geworden, of in de verschillende beroepen die hij heeft of zou kunnen uitoefenen hebben uit hoofde van zijn beroepsopleiding.

Indien die werknemer bovendien een beroepsopleiding heeft verworven tijdens een tijdvak van herscholing, wordt met die nieuwe opleiding rekening gehouden ter waardering van de vermindering van zijn vermogen tot verdienen.

Nochtans wordt die vermindering van het vermogen tot verdienen, over de eerste zes maanden primaire arbeidsongeschiktheid, gewaardeerd ten aanzien van het gewone beroep van de betrokkene, in zover de oorzakelijke aandoening voor een gunstig verloop of voor genezing vatbaar is binnen een tamelijk korte tijdsperiode.

Is een werknemer opgenomen in een door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, erkende verplegingsinrichting of in een militair ziekenhuis, dan wordt aangenomen dat hij de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

De Koning kan, op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, de voorwaarden verruimen waaronder wordt aangenomen dat een werknemer de vereiste graad van arbeidsongeschiktheid bereikt.

De Koning kan, op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen en in afwijking van de voorafgaande bepalingen, bijzondere voorwaarden en specifieke evaluatiecriteria vaststellen voor de categorieën van werknemers die Hij bepaalt.

§ 2. Wordt als arbeidsongeschikt erkend de werknemer die, onder de voorwaarden bepaald in de in artikel 80, 5°, bedoelde verordening, een vooraf toegelaten arbeid hervat op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 pct. behoudt.

**Art. 101.**

De als arbeidsongeschikt erkende werknemer die arbeid heeft verricht zonder de in artikel 100, § 2, bedoelde voorafgaande toelating, maar die, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 pct. behouden heeft, moet de uitkeringen die hij ontving voor de dagen of de periode tijdens welke hij die niet toegelaten arbeid heeft verricht, terugbetalen.

Nochtans wordt hij geacht arbeidsongeschikt te zijn gebleven en worden de dagen waarvoor de uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid worden teruggevorderd ingevolge het eerste lid, aangezien als dagen waarop een uitkering is toegekend om de rechten van de gerechtigde en van de personen te zijnen laste op de prestaties van de sociale zekerheid te bepalen.

Behoudens in geval van bedrieglijk opzet, kan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen in behartigenswaardige gevallen geheel of gedeeltelijk afzien van de in het eerste lid vermelde terugvordering.

**Art. 102.**

De als arbeidsongeschikt erkende werknemer, die vóór de inwerkingtreding van artikel 101 arbeid heeft verricht zonder de in artikel 100, § 2, bedoelde voorafgaande toelating en ten gevolge hiervan op het ogenblik van de inwerkingtreding van artikel 101 niet meer voldoet aan de voorwaarden om de prestaties bedoeld in titel IV te ontvangen, wordt vermoed arbeidsongeschikt te zijn gebleven tot de inwerkingtreding van artikel 101 op voorwaarde dat hij, van een geneeskundig oogpunt uit, een vermindering van zijn vermogen van ten minste 50 pct. behouden heeft.

De overeenkomstig het eerste lid als arbeidsongeschikt beschouwde werknemer kan slechts opnieuw aanspraak maken op de in titel IV bedoelde prestaties vanaf de inwerkingtreding van artikel 101, indien hij vanaf dit ogenblik arbeidsongeschikt is bevonden overeenkomstig artikel 100, §§ 1 of 2.

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen kan, volgens de voorwaarden vastgesteld in artikel 101, derde lid, geheel of gedeeltelijk afzien van de terugvordering van de uitkeringen die aan de werknemer vóór de inwerkingtreding van artikel 101 ten onrechte verleend werden ten gevolge van niet toegelaten arbeid en die op het ogenblik van de inwerkingtreding van artikel 101 nog niet terugbetaald werden. Het Verzekeringscomité kan geheel of gedeeltelijk afzien van de terugvordering van de geneeskundige verstrekkingen die aan de werknemer en zijn personen ten laste vóór de inwerkingtreding van artikel 101, ten onrechte verleend werden ten gevolge van niet toegelaten arbeid en die op het ogenblik van de inwerkingtreding van artikel 101 nog niet terugbetaald werden.



## **Art. 103.**

### **§ 1.** Geen aanspraak op uitkeringen heeft de werknemer:

1° voor de periode waarvoor hij recht heeft op loon. Het begrip loon wordt bepaald bij artikel 2 van de wet van 12 april 1965 betreffende de bescherming van het loon der werknemers.

Evenwel kan de Koning het aldus bepaalde begrip uitbreiden of beperken;

2° voor de periode gedekt door het vakantiegeld. De Koning bepaalt wat dient verstaan te worden onder “periode gedekt door het vakantiegeld”;

3° voor de periode waarvoor hij aanspraak kan maken op een vergoeding welke verschuldigd is naar aanleiding van de onregelmatige beëindiging van de arbeidsovereenkomst, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor personeelsafgevaardigden, de eenzijdige beëindiging van de arbeidsovereenkomst voor syndicale afgevaardigden of de beëindiging van de arbeidsovereenkomst in gemeenschappelijk akkoord;

4° voor de periode waarvoor hij een vergoeding ontvangt, die hem is gewaarborgd door een Belgische of buitenlandse wet, wegens tijdelijke of definitieve stopzetting van zijn gewone beroepsactiviteit, die schadelijk is of dreigt te worden voor zijn gezondheid;

5° voor de periode waarover hij krachtens een Belgische of vreemde wetgeving aanspraak kan maken op werkloosheidsvergoedingen;

6° voor de periode waarvoor hij met toepassing van de bepalingen van artikel 23 van de wet van 10 april 1971 betreffende de arbeidsongevallen of artikel 34 van de wetten betreffende de schadeloosstelling voor beroepsziekten, gecoördineerd op 3 juni 1970, een vergoeding voor algehele tijdelijke arbeidsongeschiktheid ontvangt wegens stopzetting van een wedertewerkstelling;

7° voor de periode gedurende dewelke een beroep kan worden gedaan op een onderbrekingsuitkering bij volledige onderbreking van de loopbaan.

**§ 2.** De gerechtigde, bedoeld in artikel 86, § 1, heeft geen aanspraak op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen tijdens het tijdvak waarin zij geniet van de in artikel 113 bedoelde moederschapsuitkering.

**§ 3.** In afwijking van het in § 1 bepaalde kan de Koning, onder de voorwaarden die Hij vaststelt, toelaten dat de werknemer uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid geniet, wanneer hij recht heeft op één van de in § 1 opgesomde voordelen of in afwachting dat hij één van die voordelen ontvangt.

Voor de terugvordering van de uitkeringen die de verzekeringsinstelling in toepassing van onderhavige bepaling heeft betaald, treedt zij in de plaats van de rechthebbende.

**Art. 104.**

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen worden toegekend:

- 1° wanneer zij in de loop van de arbeidsongeschiktheid samen gaan genoten worden met een beroepsinkomen;
- 2° wanneer zij samen genoten worden met een tegemoetkoming bij toepassing van de wet van 27 juni 1969, betreffende het toekennen van de tegemoetkomingen aan de mindervaliden.
- 3° wanneer zij samen genoten worden met een uitkering wegens gedeeltelijke beroepsloopbaanonderbreking die ingaat na de aanvangsdatum van de arbeidsongeschiktheid.

**Art. 104bis.**

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder een gerechtigde aan de uitkeringen die hem worden toegekend kan verzaken.

**Art. 105.**

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden, wanneer de gerechtigde die geen personen ten laste heeft in de zin van artikel 93, laatste lid, in een periode van voorlopige hechtenis of vrijheidsberoving verkeert.

**Art. 106.**

De Koning bepaalt onder welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen toegekend worden, wanneer de gerechtigde weigert zich te onderwerpen aan hem door de bevoegde geneesheer of instelling voorgestelde maatregelen inzake reclassering, revalidatie of herscholing.

**Art. 107.**

De uitkeringsbedragen worden onder de door de Koning te bepalen voorwaarden aangepast aan de schommelingen van het indexcijfer van de consumptieprijzen, volgens de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld.

**Art. 108.**

De uitkeringen worden aan de gerechtigde ontzegd:

- 1° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin hij de pensioenleeftijd bereikt bepaald in artikel 2 of 3 van het koninklijk besluit van 23 december 1996 tot uitvoering van de artikelen 15, 16 en 17 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels;
- 2° vanaf de eerste dag van de tweede maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid is aangevangen, wanneer het een gerechtigde betreft die verder werkzaam is geweest na de in 1° hiervoren bedoelde leeftijd;
- 3° vanaf de eerste dag van de maand na die waarin hij uit welken hoofde ook aanspraken kan doen gelden op een ouderdoms-, een rust-, een anciënniteitspensioen of op eender welk als dergelijk pensioen geldend voordeel, toegekend, hetzij door een Belgische of een buitenlandse instelling van sociale zekerheid, hetzij door een openbaar bestuur, een openbare instelling of een instelling van openbaar nut. Nochtans kan de Koning bepalen in welke voorwaarden en in welke mate de uitkeringen kunnen worden gecumuleerd met een van die hierboven bedoelde pensioenen of voordelen.

**Art. 109.**

In afwijking van het bepaalde in artikel 108, heeft de vrouwelijke gerechtigde die na de pensioenleeftijd bepaald in artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 december 1996 tot uitvoering van de artikelen 15 en 16 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels is blijven doorwerken, maar nog niet de leeftijd van vijfenzestig jaar heeft bereikt, bij arbeidsongeschiktheid recht op uitkeringen over een tijdvak van ten hoogste drie maanden, waaraan een einde komt vanaf de eerste dag van de derde maand na die waarin de arbeidsongeschiktheid een aanvang heeft genomen.

Bij onderbreking van de arbeidsongeschiktheid gedurende ten minste veertien dagen, mogen de uitkeringen conform het voorgaande lid, slechts éénmaal opnieuw worden verleend voor een nieuwe periode van hoogstens drie maanden.

**Afdeling VI**  
**Uitkering voor begrafeniskosten**

**Art. 110.**

Bij overlijden van, hetzij een in artikel 86, § 1, bedoelde uitkeringsgerechtigde die al dan niet in staat van erkende ongeschiktheid is, hetzij een gerechtigde als bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7° en 8°, betaalt de verzekeringsinstelling aan de in artikel 86, § 2, bedoelde rechthebbende een zogenoemde “uitkering voor begrafeniskosten” waarvan de Koning de toekenningsvoorwaarden en het bedrag bepaalt.

**TITEL V**  
**MOEDERSCHAPSVERZEKERING**

**HOOFDSTUK I**  
**INSTELLINGEN**

**Art. 111.**

De moederschapsverzekering wordt geleid en beheerd door de instellingen en organen die bevoegd zijn inzake uitkeringsverzekering.

In zoverre hiervan niet wordt afgeweken door de bepalingen van deze titel, hebben die instellingen en organen ten aanzien van de moederschapsverzekering dezelfde bevoegdheden als ten aanzien van de uitkeringsverzekering.

**HOOFDSTUK II**  
**TOEPASSINGSSFEER**

**Art. 112.**

Zijn gerechtigd op de moederschapsuitkering, zoals deze is bepaald in titel V, hoofdstuk III, van deze gecoördineerde wet, onder de hierin gestelde voorwaarden, de gerechtigden bedoeld in artikel 86, § 1.

### **HOOFDSTUK III MOEDERSCHAPSUITKERING**

**Art. 113.**

De gerechtigde, bedoeld in artikel 112, ontvangt voor iedere werkdag in de in de artikelen 114 en 114bis bedoelde tijdvakken van moederschapsbescherming en voor iedere dag in dezelfde tijdvakken die krachtens een verordening van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen met een werkdag wordt gelijkgesteld, een zogenoemde “moederschapsuitkering”.

De Koning stelt voor de categorieën van gerechtigden die Hij bepaalt, het bedrag of de bedragen vast van de moederschapsuitkering en bepaalt onder welke voorwaarden en in hoeverre deze uitkeringen toegekend worden tijdens de hele duur of een deel van de voormelde tijdvakken.

Het voor het berekenen van die uitkering in aanmerking te nemen gederfde loon wordt vastgesteld door de verordening bedoeld in artikel 80, 5°. Het maximumbedrag tot beloop waarvan dat loon in aanmerking genomen wordt, is het bedrag dat is vastgesteld krachtens artikel 87, eerste lid.

De begrenzing van het gederfde loon tot dit maximumbedrag is voor de in artikel 86, § 1, 1°, a) en b), bedoelde gerechtigden echter slechts van toepassing vanaf de eenendertigste dag van het tijdvak van moederschapsbescherming, bepaald in artikel 114; voor de eerste dertig dagen van dat tijdvak kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit en op voorstel van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, een maximumbedrag vaststellen dat in geen geval minder mag zijn dan het bedrag dat is bedoeld in het vorige lid.

Voor de gerechtigden in arbeidsongeschiktheid mag het bedrag van de moederschapsuitkering niet lager zijn dan het bedrag van de uitkering waarop zij aanspraak zouden hebben gehad, indien zij niet met moederschapsrust waren geweest.

Voor de gerechtigden in gecontroleerde volledige werkloosheid bestaat de moederschapsuitkering die wordt toegekend tijdens het tijdvak van moederschapsbescherming als bedoeld in artikel 114, uit een basisuitkering en een bijkomende uitkering, waarvan het bedrag wordt vastgesteld door de Koning; het bedrag van de basisuitkering is gelijk aan dat van de werkloosheidsuitkering waarop voornoemde gerechtigden aanspraak zouden hebben kunnen maken indien zij zich niet bevonden in een tijdvak van moederschapsbescherming als bedoeld in artikel 114.

## HOOFDSTUK IV

### TIJDVAKKEN VAN MOEDERSCHAPSBESCHERMING

#### **Art. 114.**

De voorbevallingsrust neemt een aanvang, op vraag van de gerechtigde, ten vroegste vanaf de zesde week vóór de vermoedelijke bevallingsdatum, of de achtste week wanneer de geboorte van een meerling voorzien wordt. De gerechtigde geeft daartoe aan haar verzekeringsinstelling een geneeskundig getuigschrift af, waarbij wordt verklaard dat ze normaal zal bevallen op het einde van de gevraagde voorbevallingsrust. Indien de bevalling plaatsvindt na de datum die door de geneesheer is voorzien, wordt de voorbevallingsrust verlengd tot aan de werkelijke datum van de bevalling.

De nabevallingsrust strekt zich uit over een tijdvak van negen weken te rekenen vanaf de dag van de bevalling. Dat tijdvak kan worden verlengd met de periode tijdens welke de gerechtigde is blijven doorwerken of zich verder in gecontroleerde werkloosheid heeft bevonden vanaf de zesde tot en met de tweede week vóór de bevalling en vanaf de achtste tot en met de tweede week ingeval van geboorte van een meerling. De Koning kan bepalen welke tijdvakken, voor het verlengen van de nabevallingsrust, mogen worden gelijkgesteld met een periode tijdens welke de gerechtigde is blijven doorwerken of verder werkloos is gebleven binnen voormeld tijdvak. Ingeval van geboorte van een meerling, kan op verzoek van de gerechtigde de periode van nabevallingsrust van negen weken, eventueel verlengd overeenkomstig het bepaalde in het vorige lid, verlengd worden met een periode van maximaal twee weken.

Wanneer het pasgeboren kind na de eerste zeven dagen te rekenen vanaf de geboorte in de verplegingsinrichting moet opgenomen blijven, kan op verzoek van de gerechtigde de nabevallingsrust verlengd worden met een duur gelijk aan de periode van hospitalisatie van het kind, die deze eerste zeven dagen overschrijdt. De duur van deze verlenging mag vierentwintig weken niet overschrijden. De gerechtigde geeft daartoe aan haar verzekeringsinstelling een getuigschrift van de verplegingsinrichting die de duur van de hospitalisatie van het kind vaststelt. In geval van overlijden of verblijf in het ziekenhuis van de moeder kan een gedeelte van het tijdvak van nabevallingsrust, onder de voorwaarden en volgens de nadere regelen bepaald door de Koning, worden omgezet in vaderschapsverlof voor de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigde die de vader van het kind is en voldoet aan de voorwaarden gesteld in de artikelen 128 tot 132. De aan de gerechtigden te verlenen uitkering wordt door de Koning bepaald.



**Art. 114bis.**

Het tijdvak tijdens hetwelk de zwangere of bevallen werkneemster of de werkneemster die borstvoeding geeft, een maatregel geniet als bedoeld in de artikelen 42, § 1, 43 of 43bis, van de arbeidswet van 16 maart 1971, wordt eveneens als een tijdvak van moederschapsbescherming beschouwd.

**Art. 115.**

De tijdvakken van moederschapsrust, als bedoeld in artikel 114, kunnen enkel als dusdanig in aanmerking genomen worden op voorwaarde dat de gerechtigde alle werkzaamheid of de gecontroleerde werkloosheid heeft onderbroken.

HOOFDSTUK V  
TOEKENNINGSVOORWAARDEN - BIJZONDERE BEPALING VOOR DE  
MOEDERSCHAPSVERZEKERING

**Art. 116.**

Voor het verkrijgen van het recht op de uitkeringen waarin is voorzien in titel V, moeten de in artikel 112 bedoelde gerechtigden voldoen aan de voorwaarden bepaald in de artikelen 128 tot 132.

De Koning kan, na advies van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, voor de categorieën van gerechtigden die Hij bepaalt, hetzij vrijstelling verlenen van de voorwaarden van wachttijd bepaald in artikel 128, hetzij deze voorwaarden aanpassen.

**Art. 116bis.**

De werkneemster, bedoeld in artikel 86, § 1, 1<sup>o</sup>, a), met uitzondering van de werkneemster die een vergoeding ontvangt wegens verbreking van de arbeidsovereenkomst bedoeld in hogervermeld artikel, kan voor de borstvoedingspauzes die haar toegekend worden overeenkomstig de bepalingen van de arbeidsreglementering van toepassing op de betrokken werkneemsters, aanspraak maken op een uitkering waarvan de hoegrootheid en de voorwaarden door de Koning, worden bepaald.

Het gederfd loon dat in aanmerking wordt genomen voor de berekening van deze uitkering, wordt vastgesteld door de Koning; dit loon wordt evenwel niet beperkt tot het bedrag vastgesteld krachtens artikel 87, eerste lid.

De werkneemster bedoeld in eerste lid moet de hoedanigheid van gerechtigde hebben voor de moederschapsverzekering op het ogenblik waarop zij de borstvoedingspauze geniet, zonder dat zij de andere voorwaarden moet vervullen, bedoeld in de artikelen 128 tot 132.

De uren, die overeenstemmen met de borstvoedingspauzes, worden gelijkgesteld met de arbeidsuren en worden in aanmerking genomen voor het vervullen van de verzekeringsvoorwaarden bedoeld in de artikelen 128 tot 132.

## HOOFDSTUK VI ALGEMENE BEPALING

### **Art. 117.**

In zoverre er niet van wordt afgeweken door de bepalingen van deze titel, zijn de bepalingen van de titels I, II, IV, VI tot X en XII die betrekking hebben op de uitkeringsverzekering, ook van toepassing inzake moederschapsverzekering.

Voor de toepassing van de bepalingen inzake financiering, wordt de moederschapsuitkering gelijkgesteld met een primaire ongeschiktheidsuitkering; als die uitkering wordt verleend aan een gerechtigde als bedoeld in artikel 93, wordt ze echter gelijkgesteld met een invaliditeitsuitkering.

## **TITEL VI VOORWAARDEN TOT TOEKENNING VAN DE PRESTATIES**

### **HOOFDSTUK I ALGEMENE BEPALINGEN**

#### **Art. 118.**

De rechthebbenden moeten aangesloten zijn bij een ziekenfonds of ingeschreven zijn bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of bij de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

Onder voorbehoud van de afwijking waarin wordt voorzien door de regels betreffende de inschrijving bij de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, vastgesteld in het statuut van het personeel van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen, wordt de keuze van de verzekeringsinstelling vrijelijk door de in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16°, 19° en 21° en 22°, bedoelde rechthebbenden bepaald.

De keuze van de rechthebbenden bedoeld in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16°, 19° en 21°, bepaalt die van de personen te hunnen laste. De in artikel 32, eerste lid, 15°, bedoelde rechthebbenden moeten zich bij eenzelfde verzekeringsinstelling van hun keuze aansluiten of laten inschrijven.

Aan de rechthebbenden kunnen bij de aansluiting bij een ziekenfonds of bij de inschrijving bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of bij de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische spoorwegen onder geen beding rechtstreeks noch onrechtstreeks materiële voordelen worden toegekend, tenzij met geringe handelswaarde, onder om het even welke vorm.

#### **Art. 119.**

De Koning omschrijft wat onder “bijdragebescheiden” wordt verstaan; het model van die bescheiden wordt door de Minister vastgesteld.

De Koning stelt vast door welke personen en instellingen en onder welke voorwaarden de bijdragebescheiden worden opgemaakt en aan de gerechtigden uitgereikt.

#### **Art. 120.**

De werkgevers moeten de gerechtigden alle bescheiden welke de uitvoeringsinstellingen van deze gecoördineerde wet behoeven, verschaffen om dezen in staat te stellen van hun rechten op de prestaties van de verzekering te doen blijken.

HOOFDSTUK II  
BIJZONDERE BEPALINGEN TER ZAKE VAN DE VERZEKERING VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING

**Art. 121.**

§ 1. De gerechtigden omschreven in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16°, 20° en 21° en 22°, hebben voor henzelf en voor de personen te hunnen laste recht op prestaties bedoeld in titel III.

De Koning bepaalt het of de bijdragebescheid(en) volgens welke de hoedanigheid van gerechtigde wordt vastgesteld, alsook de frekwentie volgens welke dit of deze bijdragebescheid(en) aan de verzekeringsinstelling moet(en) worden overgemaakt.

§ 2. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de gerechtigden omschreven in artikel 32, eerste lid, 1° tot 16°, 20° en 21° en 22°, en die persoonlijke bijdragen betalen, een wachttijd zullen moeten volbrengen alvorens recht te verkrijgen op deze prestaties. Hij bepaalt de refertedatum die in aanmerking moet genomen worden voor het bepalen van het begin van de wachttijd. De duur van deze wachttijd bedraagt maximum 6 maanden.

De Koning kan de gerechtigden, bedoeld in het eerste lid, evenwel vrijstellen van de wachttijd, onder de voorwaarden die Hij bepaalt.

De bijdragen verschuldigd voor de sector geneeskundige verzorging moeten voor de duur van die wachttijd betaald zijn.

Die bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, met persoonlijke bijdragen worden aangevuld.

De Koning bepaalt eveneens de wijze waarop het bewijs van die betalingen moet worden geleverd.

**Art. 122.**

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de gerechtigden wier recht ingaat overeenkomstig de bepalingen van artikel 121, dat recht voor henzelf en voor de personen te hunnen laste behouden tot 31 december van het jaar dat volgt op dat tijdens hetwelk het recht ingaat.

**Art. 123.**

De in artikel 122 bedoelde gerechtigden kunnen voor henzelf en de personen te hunnen laste de in titel III bedoelde prestaties een jaar lang blijven genieten, dit is tussen 1 januari en 31 december van hetzelfde jaar, als zij voor het tweede kalenderjaar dat aan het begin van die periode voorafgaat, refertejaar geheten:

- hetzij aan hun verzekeringsinstelling onder de voorwaarden, bepaald door de Koning, bijdragebescheiden hebben overhandigd waarvan de inhoud wordt bepaald door de Koning of die de onder de voorwaarden, door Hem vastgesteld bij in Ministerraad overlegd besluit, eventueel vervolledigd worden met persoonlijke bijdragen;
- hetzij aan hun verzekeringsinstelling persoonlijke bijdragen hebben betaald die door de Koning bij in Ministerraad overlegd besluit zijn vastgesteld.

De gerechtigden en de personen te hunnen laste die met toepassing van deze gecoördineerde wet vrijgesteld zijn van de betaling van bijdragen, blijven de in titel III bedoelde prestaties genieten gedurende de in het eerste lid bedoelde periode.

De Koning stelt bij in Ministerraad overlegd besluit de tijdvakken en de situaties vast die worden beschouwd als zijnde gedekt door voldoende bijdragen.

**Art. 124.**

De Koning kan afwijkingen op de bepalingen van dit hoofdstuk toestaan aan de gerechtigden en de personen ten laste bedoeld in artikel 32 die niet onderworpen zijn aan de betaling der bijdragen voorzien in toepassing van artikel 32 of 125.

**Art. 125.**

De Koning bepaalt, na advies van het Verzekeringscomité, aan welke voorwaarden de personen ten laste moeten voldoen om geneeskundige verstrekkingen te genieten en stelt bij in Ministerraad overlegd besluit het bedrag vast van de persoonlijke bijdragen die kunnen verschuldigd zijn voor de ascendenten ten laste.

Hij stelt eveneens bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de bijdrage vast die verschuldigd is door de in artikel 32, eerste lid, 12<sup>o</sup>, bedoelde gerechtigden. (in voege vanaf 01/01/2008)

**Art. 126.**

Als er geen keuze werd gemaakt over de vraag bij welke gerechtigde een persoon ten laste moet worden ingeschreven of in geval van betwisting tussen de gerechtigden, wordt de persoon ten laste bij voorrang ingeschreven ten laste van de oudste gerechtigde, of, als het een kind betreft en de gerechtigden niet onder hetzelfde dak wonen, ten laste van de gerechtigde die samenwoont met het kind.

De vraag om de persoon ten laste in te schrijven ten laste van een andere gerechtigde heeft slechts uitwerking op 1 januari van het jaar dat volgt op dat waarin de aanvraag werd ingediend. In geval van wijziging van de situatie van de persoon ten laste tijdens het tijdvak dat zich situeert tussen de indiening van de voormelde aanvraag en 1 januari van het jaar dat volgt op de indiening van de aanvraag, heeft de aanvraag echter onmiddellijk uitwerking met naleving van de toepasselijke reglementaire bepalingen.

De Koning stelt, bij besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de praktische modaliteiten vast voor de inschrijving van de persoon ten laste. Hij bepaalt de termijn binnen dewelke men wordt geacht geen keuze te hebben gemaakt en wat men verstaat onder "betwisting".

Hij bepaalt eveneens de gevallen waarin er een wijziging is van de situatie van de persoon ten laste voor de toepassing van het vorige lid.

**Art. 127.**

§ 1. Om de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen te verkrijgen, wenden de rechthebbenden zich vrijelijk:

- a) tot iedere persoon die wettelijk gemachtigd is een van de takken der geneeskunst te beoefenen;
- b) tot iedere zorgverlener die de in artikel 34, eerste lid, 1°, b), bedoelde verstrekkingen mag verlenen en is ingeschreven op de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut opgemaakte lijst, of die de in artikel 34, eerste lid, 1°, c), 4° en 7°bis, bedoelde verstrekkingen mag verlenen en is ingeschreven op de in artikel 215, § 2, bedoelde lijst;
- c) tot iedere verplegingsinrichting, instelling of dienst, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 110, 12° en 18°, die erkend zijn door de bevoegde overheid.

§ 2. Publiciteit waarin de kosteloosheid van de in artikel 34 bedoelde geneeskundige verstrekkingen wordt vermeld of waarin wordt verwezen naar de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de kosten van die verstrekkingen, is in alle gevallen verboden.



HOOFDSTUK III  
BIJZONDERE BEPALINGEN TER ZAKE VAN DE UITKERINGSVERZEKERING

**Art. 128.**

§ 1. Om het recht op de in titel IV bedoelde prestaties te verkrijgen moeten de in artikel 86, § 1, bedoelde gerechtigden in de volgende voorwaarden een wachttijd volbrengen:

1° over een periode van 6 maanden die de datum van het verkrijgen van het recht voorafgaat, een door de Koning vastgesteld aantal arbeidsdagen totaliseren. De dagen van inactiviteit welke kunnen gelijkgesteld worden met arbeidsdagen worden door de Koning omschreven. Hij stelt eveneens vast wat dient te worden verstaan onder “arbeidsdag”;

2° onder de door de Koning bepaalde voorwaarden het bewijs leveren dat met betrekking tot diezelfde periode de bijdragen voor de sector uitkeringen werkelijk betaald werden; deze bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of moeten, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, met persoonlijke bijdragen worden aangevuld.

§ 2. De Koning bepaalt onder welke voorwaarden de wachttijd wordt afgeschaft of verminderd.

Hij kan ook de voorwaarden wijzigen inzake het volbrengen van de wachttijd voor seizoenarbeiders, arbeiders bij tussenpozen en deeltijds tewerkgestelde werknemers. Hij bepaalt wat onder “seizoenarbeiders”, “arbeiders bij tussenpozen” en “deeltijds tewerkgestelde werknemers” dient verstaan te worden.

**Art. 129.**

Onverminderd de bepalingen van artikel 131, bepaalt de Koning onder welke voorwaarden:

1° de gerechtigden die hun wachttijd hebben volbracht overeenkomstig het artikel 128, het recht op de in titel IV bepaalde prestaties behouden tot het einde van het kwartaal dat volgt op dat tijdens hetwelke zij hun wachttijd hebben beëindigd;

2° de gerechtigden die overeenkomstig de bepalingen van artikel 128, § 2, vrijgesteld zijn van het volbrengen van de wachttijd, recht hebben op diezelfde prestaties tot het einde van het derde kwartaal dat volgt op dat tijdens hetwelk zij de hoedanigheid van gerechtigde hebben bekomen.

**Art. 130.**

De in het vorig artikel bedoelde gerechtigden kunnen de in titel IV bedoelde prestaties blijven genieten, op voorwaarde dat zij voor het tweede en derde kwartaal vóór dat tijdens hetwelk zij er een beroep op doen, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden, het bewijs leveren dat:

1° zij op één of andere wijze gedurende een aantal werkdagen gelijk aan het in artikel 128, § 1, 1°, voorziene aantal werkdagen, de in artikel 86, § 1, omschreven hoedanigheid van gerechtigde hebben behouden;

2° de bijdragen voor de sector uitkeringen en eventueel, de bijdragen van de voortgezette verzekering werden betaald.

Deze bijdragen moeten een door de Koning vastgesteld minimumbedrag bereiken of, onder de door Hem bepaalde voorwaarden, met persoonlijke bijdragen worden aangevuld. Deze voorwaarde wordt niet geëist voor in artikel 86, § 1, 2° bedoelde gerechtigden.

De gerechtigde die op het einde van een kwartaal uitkeringen geniet, blijft deze genieten tot de lopende arbeidsongeschiktheid eindigt.

De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder de seizoenarbeiders, de arbeiders bij tussenpozen en de deeltijds tewerkgestelde werknemers, de in het eerste lid bedoelde prestaties blijven genieten.

**Art. 131.**

De uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid zijn slechts verschuldigd aan de gerechtigden op voorwaarde dat er geen doorlopend tijdvak van meer dan dertig dagen verlopen is tussen de aanvangsdag van hun arbeidsongeschiktheid en de laatste dag van een tijdvak waarover zij de in artikel 86, § 1, bedoelde hoedanigheid van gerechtigde hadden, of als arbeidsongeschikt erkend waren in de zin van deze gecoördineerde wet.

**Art. 132.** Voor de toepassing van de artikelen 128 tot en met 131, wordt de wijze van bewijsvoering vastgesteld door een verordening van het Beheerscomité.

**Art. 133.**

In afwijking van de bepalingen van de artikelen 128 tot 130, wordt de uitkering voor begrafeniskosten betaald voor de in artikel 110 bedoelde gerechtigden, met uitzondering van de gepensioneerden, bedoeld in artikel 32, eerste lid, 7° en 8°, in zoverre zij op de datum van overlijden voldoen aan de in artikel 131 gestelde vereiste.

**Art. 134.**

§ 1. De toekenning van de in titel IV bedoelde prestaties wordt geweigerd ingeval de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van een door de gerechtigde opzettelijk gepleegde fout.

§ 2. De toekenning van de uitkeringen die onder titel IV zijn bepaald, wordt stopgezet zolang de gerechtigde niet voldoet aan de controleverplichtingen welke hem door iedere krachtens de gecoördineerde wet bevoegde persoon worden opgelegd.

HOOFDSTUK IV  
GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN TER ZAKE VAN DE VERZEKERING VOOR  
GENEESKUNDIGE VERZORGING EN VAN DE UITKERINGSVERZEKERING

**Art. 135.**

De Koning omschrijft de in artikel 32, eerste lid, 6°, bedoelde categorieën van werknemers. Hij stelt vast aan welke voorwaarden moet voldaan zijn door de gerechtigden die om aanspraak op voortgezette verzekering verzoeken en, in het bijzonder, het bedrag van de nodige persoonlijke bijdragen.

**Art. 136.**

§ 1. Onverminderd de toepassing van de internationale rechtsorde, worden de in deze gecoördineerde wet bedoelde prestaties geweigerd als de rechthebbende zich niet werkelijk op Belgisch grondgebied bevindt of als de geneeskundige verstrekkingen buiten het Belgisch grondgebied zijn verstrekt.

Ze kunnen evenwel worden toegekend:

- a) onder de door de Koning bepaalde voorwaarden;
- b) onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in de akkoorden, gesloten tussen het Verzekeringscomité en het Beheerscomité van de uitkeringen en de buitenlandse bevoegde instellingen met het oog op de bevordering van het vrij verkeer van de verzekerden in de grensgebieden door de vaststelling van samenwerkingsregels.
- c) onder de voorwaarden die zijn vastgesteld in bijzondere akkoorden, waarvan de inhoud past in het algemeen kader van de regels vastgelegd door de internationale verdragen, gesloten tussen de in artikel 2 i), n), bedoelde personen, Belgen en buitenlanders, om te komen tot een vereenvoudigde toegang tot de verstrekkingen over de grenzen, en die zijn goedgekeurd door het Verzekeringscomité en/of het Beheerscomité van de uitkeringen.

De Koning legt de regels vast waarop de bedragen, die met toepassing van de internationale rechtsorde ten laste vallen van de verzekering, en die betrekking hebben op het in artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 bedoeld budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen, worden vastgelegd, aangerekend, teruggevorderd en geboekt.

§ 2. De bij deze gecoördineerde wet bepaalde prestaties worden geweigerd indien voor de schade voortvloeiend uit ziekte, letsels, functionele stoornissen of overlijden, krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of in het gemeen recht werkelijk schadeloosstelling is verleend. Belopen de bedragen welke krachtens die wetgeving of het gemeen recht worden verleend evenwel minder dan de prestaties van de verzekering, dan heeft de rechthebbende recht op het verschil ten laste van de verzekering.

Voor de toepassing van deze paragraaf is het bedrag van de door de andere wetgeving verleende prestaties gelijk aan het brutobedrag verminderd met het bedrag van de sociale zekerheidsbijdragen welke op die prestaties worden ingehouden.

De prestaties worden, onder door de Koning bepaalde voorwaarden, toegekend in afwachting dat de schade effectief wordt vergoed krachtens een andere Belgische wetgeving, een vreemde wetgeving of het gemeen recht.

De verzekeringsinstelling treedt rechtens in de plaats van de rechthebbende; deze indeplaatsstelling geldt, tot beloop van het bedrag van de verleende prestaties, voor het geheel van de sommen die krachtens een Belgische wetgeving, een buitenlandse wetgeving of het gemeen recht verschuldigd zijn en die de in het eerste lid bedoelde schade geheel of gedeeltelijk vergoeden.

De overeenkomst die tot stand gekomen is tussen de rechthebbende en degene die schadeloosstelling verschuldigd is, kan niet tegen de verzekeringsinstelling worden aangevoerd zonder haar instemming.

Degene die schadeloosstelling verschuldigd is, verwittigt de verzekeringsinstelling van zijn voornemen om de rechthebbende schadeloos te stellen; hij maakt aan de verzekeringsinstelling, indien deze geen partij is, een kopij over van de tot stand gekomen akkoorden of gerechtelijke beslissingen. De verzekeringsmaatschappijen burgerlijke aansprakelijkheid worden gelijkgesteld met degene die schadeloosstelling is verschuldigd.

Indien degene die schadeloosstelling verschuldigd is, nalaat de verzekeringsinstelling in te lichten overeenkomstig het vorige lid, kan hij tegen laatstgenoemde de betalingen die hij verrichtte ten gunste van de rechthebbende niet aanvoeren; ingeval van dubbele betaling blijven deze definitief verworven in hoofde van de rechthebbende.

De verzekeringsinstelling heeft een eigen recht van terugvordering van de verleende prestaties tegenover het Gemeenschappelijk waarborgfonds bedoeld in artikel 49 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, in de gevallen bedoeld bij artikel 50 van diezelfde wet.

De schade, in de zin van deze bepaling, wordt niet geacht volledig vergoed te zijn in de mate dat de prestaties voortvloeiend uit ziekte, letsels of functionele stoornissen het bedrag van de toegekende schadeloosstelling overtreffen.

De bij deze wet bedoelde prestaties zijn in dit geval terugvorderbaar van diegene die de schadevergoeding oorspronkelijk verschuldigd is of diens verzekeraar, ongeacht of er dading is geweest of niet.

Deze paragraaf is niet van toepassing op de vergoedingen toegekend in toepassing van de wet van 15 mei 2007 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van medische verzorging met uitzondering van de gevallen bedoeld in artikel 30 van dezelfde wet.

§ 3. *Opgeheven bij: Wet (I) 24-12-02 – B.S. 31-12 – ed. 1*

§ 4. *geschrapt*

§ 5. De Koning legt de regels vast waarop het gedeelte van de schadeloosstelling of de terugvordering, dat betrekking heeft op het in artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 bedoeld budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen, en dat begrepen is in de bedragen die door de verzekeringsinstellingen in twaalfden worden uitbetaald, wordt vastgelegd, aangerekend, teruggevorderd en geboekt.

**Art. 137.**

De Koning kan het minimumbedrag der persoonlijke bijdragen, bedoeld in de artikelen 121, 123, 128, § 1, en 130, bepalen, alsook de voorwaarden waaronder zij mogen verminderd of afgeschaft worden.

**Art. 137bis.**

Voor de toepassing van deze gecoördineerde wet en de uitvoeringsbesluiten en verordeningen ervan gelden in de relatie tussen de werkgever en de werknemer de definities van de arbeidstijdgegevens zoals vastgesteld bij koninklijk besluit van 10 juni 2001 tot eenvormige definiëring van de begrippen met betrekking tot arbeidstijdgegevens ten behoeve van de sociale zekerheid, met toepassing van artikel 39 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels. Deze definities zijn per analogie van toepassing op de andere categorieën van gerechtigden bedoeld in de artikelen 32 en 86, § 1 van de gecoördineerde wet.

# **TITEL VIBIS. - DE VERGOEDING VAN SCHADE ALS GEVOLG VAN GEZONDHEIDSZORG**

## **HOOFDSTUK 1. - DE ORGANEN**

### **Afdeling 1. - De dienst « Fonds voor de Medische Ongevallen » (FMO)**

#### **Art. 137ter.**

Er wordt binnen het Instituut, onder de naam « Fonds voor de Medische Ongevallen », afgekort als FMO, een dienst opgericht die belast is met het beheer van de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg en met de toepassing van de wet van 31 maart 2010 betreffende de vergoeding van schade als gevolg van gezondheidszorg.

Vanaf de datum van inwerkingtreding van titel Vibis, neemt de dienst alle bij voormelde wet van 31 maart 2010 vastgestelde opdrachten van Fonds voor de Medische Ongevallen over en voert ze verder uit.

Onverminderd de voormelde wet van 31 maart 2010 en deze wet, bepaalt de Koning de regels met betrekking tot de organisatie en de werking van de dienst.

De personeelsformatie van de dienst stelt hem in staat te beschikken over de competenties die met name nodig zijn voor het volbrengen van zijn medische en juridische opdrachten.

De leden van het Beheerscomité, de personeelsleden evenals alle permanente of occasionele medewerkers van de dienst zijn gebonden door het beroepsgeheim.

Geen van de andere diensten of personeelsleden van een andere dienst van het Instituut kunnen toegang of informatie krijgen met betrekking tot de door de dienst behandelde dossiers en individuele zaken of de personen op wie zij betrekking hebben, zelfs niet voor of in het kader van de opdrachten van die andere dienst.

### **Afdeling 2. - Het Beheerscomité van de dienst**

#### **Art. 137quater.**

§ 1. De dienst « Fonds voor de Medische Ongevallen » wordt beheerd door een Beheerscomité.

§ 2. Het Beheerscomité is samengesteld als volgt :

- 1° vier leden die de overheid vertegenwoordigen;
- 2° vier leden die de representatieve organisaties van alle werkgevers en de representatieve organisaties van zelfstandigen vertegenwoordigen;
- 3° vier leden die de representatieve organisaties van alle werknemers vertegenwoordigen;
- 4° vier leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen;
- 5° vijf leden die de beroepsbeoefenaars vertegenwoordigen, waaronder minstens drie artsen;
- 6° drie leden die de verzorgingsinstellingen vertegenwoordigen, waaronder minstens één geneesheer-hygiënist;
- 7° vier leden die de patiënten vertegenwoordigen;
- 8° twee professoren of docenten in de rechten, gespecialiseerd in medisch recht.

Het Beheerscomité en elk van de groepen die erin zijn vertegenwoordigd, tellen evenveel Nederlandstalige als Franstalige leden. Om te oordelen of deze laatste voorwaarde is vervuld, worden de vertegenwoordigers van de beroepsbeoefenaars en van de verzorgingsinstellingen beschouwd als een enkele groep.

De voorzitter en de ondervoorzitter behoren tot een verschillende taalrol.

§ 3. De Koning bepaalt de wijze waarop de leden worden aangewezen. Hij benoemt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorzitter, de ondervoorzitter en de leden voor een hernieuwbaar mandaat van zes jaar. Hij kan, onder de voorwaarden die Hij bepaalt, plaatsvervangende leden benoemen. Hij stelt de bedragen vast van de vergoedingen en het presentiegeld voor de voorzitter, ondervoorzitter en leden van het Beheerscomité.

§ 4. Onverminderd de voormelde wet van 31 maart 2010 en deze wet, bepaalt de Koning de regels met betrekking tot de werking van het Beheerscomité.

§ 5. Een maximumaantal van drie regeringscommissarissen, die de Koning benoemt, op voordracht van respectievelijk de minister bevoegd voor Sociale Zaken, de minister bevoegd voor de Volksgezondheid en de minister bevoegd voor de Begroting, wonen de vergaderingen van het Beheerscomité bij.

#### **Art. 137quinquies.**

Het Beheerscomité van de dienst :

- 1° beheert samen met de dienst en zijn directeur-generaal de in de voormelde wet van 31 maart 2010 bepaalde opdrachten;
- 2° stelt de rekeningen vast en maakt de begroting op met betrekking tot de vergoeding van de schade als gevolg van gezondheidszorg, zoals die is vastgesteld in de voormelde wet van 31 maart 2010;
- 3° stelt het Algemeen Comité de begroting van de administratiekosten van de dienst voor;
- 4° verleent het Algemeen Comité advies over het jaarlijkse voorstel met betrekking tot de personeelsformatie van de dienst;
- 5° wordt door de directeur-generaal van de dienst geïnformeerd over de procedures voor overheidsopdrachten in het kader van de opdrachten van de dienst of van het beheer ervan en met name die opdrachten die de administrateur-generaal van het Instituut aan het Beheerscomité heeft gedelegeerd;
- 6° stelt zijn huishoudelijk reglement op en legt dat ter goedkeuring voor aan de Koning.



## **HOOFDSTUK 2. - De financiering**

### **Art. 137sexies.**

**§ 1.** Voor de uitvoering van zijn opdrachten en voor zijn administratiekosten wordt de dienst gefinancierd door :

- 1° een jaarlijks bedrag, ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op basis van de door het Beheerscomité van de dienst opgestelde begroting en de administratiekosten, die door het Beheerscomité van de dienst aan het Algemeen comité worden voorgesteld;
- 2° de opbrengst van de subrogatievorderingen, die worden uitgeoefend overeenkomstig de artikelen 28, 30, 31 en 32 van de voormelde wet van 31 maart 2010;
- 3° de financiële opbrengsten van de bedragen waarover de dienst beschikt;
- 4° de vergoedingen die aan de dienst verschuldigd zijn krachtens de artikelen 15, zesde lid, en 31, zesde lid, van de voormelde wet van 31 maart 2010.

**§ 2.** De in § 1, 1°, vastgestelde financiering omvat de bedragen die nodig zijn voor de begroting van de opdrachten en voor de begroting van de administratiekosten van de dienst.

## **TITEL VII CONTROLE EN GESCHILLEN**

### **HOOFDSTUK I GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALING TER ZAKE VAN DE DIENST VOOR GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE EN VAN DE DIENST VOOR ADMINISTRATIEVE CONTROLE**

#### **Art. 138**

Onder voorbehoud van de toepassing van de bepalingen van artikel 165, stelt de verzekeringsinstelling of de tarificatiedienst op eigen initiatief of op verzoek van de controlediensten van het Instituut, aan de hand van elektronisch opgeslagen en verwerkte gegevens, lijsten op onder de vorm van geïntegreerde bestanden die de nodige gegevens bevatten voor de volledige identificering van de verstrekkingen, van de zorgverstrekkers die deze hebben voorgeschreven, uitgevoerd of afgeleverd en van de begunstigden. Deze gegevens kunnen zowel verstrekkingen die in rekening werden gebracht betreffen, als deze die door de verzekering voor geneeskundige verzorging werden terugbetaald. Het volgnummer van het geneesmiddelenvoorschrift moet eveneens vermeld worden in deze gegevensbestanden.

Na waarmerking door een gevolmachtigde van de verzekeringsinstelling of de tarificatiedienst erkend door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle, gelden deze lijsten tot bewijs van het tegendeel, ook ten aanzien van derden.

## HOOFDSTUK II GENEESKUNDIGE CONTROLE

### **Afdeling I** **De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en** **het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle**

#### **Art. 139. (IR)**

In het Instituut wordt een Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle ingesteld, bestaande uit een centrale dienst, tien provinciale diensten en een tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. De tien provinciale diensten en de tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest zijn gewestelijke diensten in de zin van artikel 32 van de wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken.

Hij wordt ermee belast:

- 1° Informatie te verstrekken aan de zorgverleners teneinde inbreuken op deze wet en zijn uitvoeringsbesluiten te voorkomen; de informatie betreft in het bijzonder de aanbevelingen en de indicatoren bedoeld in artikel 73;
- 2° De verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te evalueren in het licht van de bepalingen van artikel 73 op basis van:
  - a) de indicatoren van manifeste afwijking in vergelijking met de aanbevelingen van goede medische praktijkvoering, als bedoeld in artikel 73, § 2;
  - b) de indicatoren, bepaald door het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen, bedoeld in artikel 73, § 2, tweede lid;
  - c) de kwantiteit van de voorgeschreven of verleende verstrekking beoordeeld conform artikel 73, § 4;
- 3° de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging te controleren op het vlak van realiteit en conformiteit met de voorschriften van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten;
- 4° de geneeskundige controle van de prestaties van de uitkerings- en moederschapsverzekering te verzekeren;
- 5° uitvoering te geven aan de beslissingen van zijn Leidend ambtenaar, zijn Comité, de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep, bedoeld in artikel 144;

6° de betwistingen met de zorgverleners over de toepassing van artikel 73bis bij de Kamers van eerste aanleg aanhangig te maken, onder voorbehoud van de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar zoals bepaald in artikel 143.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle informeert daarenboven elke maand het Comité van de zaken die hij aanhangig heeft gemaakt bij de Kamers van eerste aanleg, die hij afgesloten heeft met een waarschuwing of een opmerking, evenals de zaken waarin de zorgverlener vrijwillig de waarde van de ten onrechte geattesteerde verstrekkingen heeft terugbetaald;

7° beroep in te stellen tegen de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg of administratief cassatie-beroep in te stellen bij de Raad van State tegen beslissingen van de Kamers van beroep, zonder voorafgaandelijke machtiging van noch latere goedkeuring door het Comité.

**Art. 140. (IR)**

§ 1. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt bestuurd door een Comité dat samengesteld is uit :

1° een voorzitter en twee ondervoorzitters, raadsheren bij het hof van beroep of het arbeidshof of leden van het parket-generaal bij het hof van beroep of het auditoraat-generaal bij het arbeidshof;

2° acht werkende en zes plaatsvervangende leden, artsen , gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen; ter bepaling van de vertegenwoordiging der verzekeringsinstellingen wordt rekening gehouden met hun respectieve getalsterkte, met dien verstande dat iedere verzekeringsinstelling recht heeft op ten minste één mandaat van werkend of plaatsvervangend lid;

3° acht werkende en zes plaatsvervangende leden, artsen, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het geneesherenkorps;

Om de vertegenwoordiging van de representatieve organisaties van het artsenkorps te bepalen, wordt rekening gehouden met eventuele minderheden;

4° twee werkende en vier plaatsvervangende leden, lid van de Raden van de Orde der geneesheren, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de Nationale raad van de Orde der geneesheren. Zij hebben een raadgevende stem;

4°bis twee werkende en twee plaatsvervangende leden, leden van de Raden van de Orde van de apothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de Nationale Raad van de Orde van apothekers; zij hebben een raadgevende stem;

5° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, tandheekkundigen, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van de tandheekkundigen;

6° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, apothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van het apothekerskorps;

6°bis twee werkende en twee plaatsvervangende leden, ziekenhuisapothekers, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve organisaties van de ziekenhuisapothekers;

- 7° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verplegingsinrichtingen;
- 8° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de vroedvrouwen;
- 9° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verpleegkundigen;
- 10° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de kinesitherapeuten;
- 11° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de bandagisten;
- 12° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de orthopedisten;
- 13° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de gehoorprothesisten;
- 14° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de opticiens;
- 15° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de logopedisten;
- 16° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de orthoptisten;
- 17° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de verstrekkers van implantaten;

18° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de licentiaten in de wetenschap, die door de minister bevoegd voor de Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen uit te voeren als bedoeld in deze gecoördineerde wet;

19° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de revalidatiecentra;

20° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de zorgverleners gemachtigd om de in artikel 34, 11°, bedoelde verstrekkingen uit te voeren;

21° twee werkende en twee plaatsvervangende leden, gekozen uit de kandidaten die, in dubbel aantal van dat der toe te kennen mandaten, worden voorgedragen door de representatieve verenigingen van de zorgverleners gemachtigd om de in artikel 34, 12°, bedoelde verstrekkingen uit te voeren.

De leden, bedoeld onder 2° tot en met 21°, bestaan voor de helft uit Nederlandstaligen en voor de helft uit Franstaligen.

De Koning benoemt de voorzitter, de ondervoorzitters en de leden.

Twee regeringscommissarissen van verschillende taalrol, die de Koning benoemt op voordracht van respectievelijk de minister bevoegd voor Sociale Zaken en de minister bevoegd voor de Volksgezondheid, wonen de vergaderingen van het Comité bij.

Ze zijn onder andere belast met het toezien op de eenheid van de administratieve rechtspraak van de twee taalgroepen, wanneer het Comité de bevoegdheden bedoeld in artikel 146bis, uitoefent.

- § 2. Het Comité wordt in vergadering bijeengeroepen door zijn voorzitter, hetzij op diens initiatief, hetzij op verzoek van de minister, hetzij op verzoek van ten minste drie leden.

Het Comité houdt op geldige wijze zitting wanneer naast de voorzitter of een ondervoorzitter, tenminste de helft van de leden per categorie bedoeld onder § 1, 2° en 3°, aanwezig zijn, alsook de helft van de leden per categorie bedoeld onder § 1, 5° tot 21°, bij het onderzoek van de vragen die rechtstreeks de categorie die hen heeft voorgedragen, aanbelangen. Om na te gaan of het quorum bereikt is, wordt ieder regelmatig opgeroepen lid, dat zonder rechtvaardiging aangenomen door de voorzitter van de zitting, afwezig is, bij het aantal deelnemers meegeteld. Hij wordt geacht zich te onthouden bij de stemming over de beslissingen.

De vergaderingen van het Comité zijn niet openbaar. De leden moeten het vertrouwelijk karakter van de debatten en van de uitgedeelde documenten eerbiedigen. De Koning kan de toepasselijke sancties bepalen bij niet-eerbiediging van deze verplichting.

- § 3. Wanneer het Comité de bevoegdheden uitoefent bedoeld in artikel 141, § 1, 1° tot 15°, 17° en 18°, en § 4, worden alle leden bedoeld in § 1, eerste lid, en de twee regeringscommissarissen uitgenodigd voor elke vergadering.

De voorzitter en de leden bedoeld in § 1, eerste lid, 2° en 3°, zijn stemgerechtigd. Zij beschikken elk over één stem.

De beslissingen worden genomen bij gewone meerderheid van de deelnemers aan de stemming, zonder rekening te houden met de onthoudingen.

- § 4. De leden van de taalgroep die betrokken zijn bij de te behandelen zaken, alsook de twee regeringscommissarissen, worden uitgenodigd op de vergaderingen van het Comité gedurende dewelke dit de bevoegdheden bedoeld in artikel 146bis uitoefent.

- § 5. Voor het uitoefenen van de bevoegdheid bedoeld in artikel 146bis, worden de leden bedoeld in § 1, ingedeeld in taalgroepen. Een taalgroep neemt kennis van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, een andere taalgroep neemt kennis van alle zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Voor de zaken die in het Duits moeten worden behandeld kan, indien nodig, een beroep worden gedaan op tolken of vertalers.

De taalaanhorigheid van de leden wordt bepaald overeenkomstig de criteria bedoeld in de wet van 15 juni 1935 op het gebruik der talen in gerechtszaken of in de gecoördineerde wetten van 18 juli 1966 op het gebruik van de talen in bestuurszaken.

De taal waarin de zaak moet worden onderzocht, wordt gekozen door de zorgverlener op de eerste hoorzitting door de ambtenaren bedoeld in artikel 146, eerste lid, van deze wet. Deze keuze is definitief.



Zijn in alle zaken stemgerechtigd op basis van de volgende modaliteiten :

- de Voorzitter, of bij diens ontstentenis, de ondervoorzitter die het Comité voorziet :  
hij beschikt over één stem;
  
- alle leden voorgedragen door de verzekeringsinstellingen :  
zij beschikken elk over één stem, uitgezonderd wanneer zaken onderzocht worden betreffende zorgverstrekkers behorend tot één van de categorieën opgesomd in § 1, 5° tot 21°. In die gevallen beschikt de categorie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, over één stem.

De leden bedoeld in § 1, 3° en 5° tot 21°, beslissen slechts in de zaken die rechtstreeks de categorie aanbelangen die hen heeft voorgedragen. Zij zijn stemgerechtigd op basis van de volgende modaliteiten :

- elk lid bedoeld in § 1, 3° en 5°, beschikt over één stem;
  
- de leden bedoeld in § 1, 5° tot 21°, beschikken per categorie over één stem.

De beslissingen worden genomen bij gewone meerderheid van de deelnemers aan de stemming, zonder rekening te houden met de onthoudingen. Na kennisgeving ervan aan de betrokken zorgverstrekker, worden de beslissingen overgemaakt aan de andere taalgroep..

**Art. 141.** (IR)

§ 1 Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle is er mede belast:

1° met de medewerking van het personeel van die Dienst in te staan voor de geneeskundige evaluatie en controle van de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en van de uitkerings- en moederschapsverzekering.

2° de normen en richtlijnen vast te stellen met het oog op de organisatie van de geneeskundige controle;

2°bis na te gaan dat de kinesitherapeuten, verpleegkundigen en paramedische medewerkers waarop de adviserend geneesheren beroep doen ingevolge artikel 153, vierde lid, hun taken uitoefenen onder het toezicht en de verantwoordelijkheid van de adviserend geneesheren. Hiertoe delen de adviserend geneesheren aan het Comité de namen van de gemandateerden en de inhoud van het mandaat mede;

3° de procedure te bepalen volgens welke de onderzoeken, bedoeld in artikel 146, vierde lid, worden ingesteld en uitgevoerd en hierop tevens toezicht uit te oefenen, zonder dat evenwel afbreuk kan worden gedaan aan het initiatiefrecht van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en aan het geheim van het onderzoek zolang dit onderzoek niet is voltooid;

4° het reglement voor de erkenning van de adviserend geneesheren op te maken;

5° de Koning het statuut, de bezoldiging en de accrediteringsvoorwaarden van de adviserend geneesheren voor te stellen;

6° vast te stellen voor welk aantal rechthebbenden de verzekeringsinstellingen verplicht zijn een adviserend geneesheer in dienst te nemen;

7° alle passende maatregelen te treffen ter uitoefening van de geneeskundige controle ingeval de verzekeringsinstellingen niet het vereiste aantal adviserend geneesheren in dienst nemen binnen de in artikel 154 bedoelde termijnen;

8° de werkingsregelen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle vast te stellen;

9° *Opgeheven bij: Wet (II) 24-12-02 – B.S. 31-12 – ed. 1*

10° in hoger beroep de geschillen van geneeskundige aard tussen adviserend geneesheren en geneesheren-inspecteurs te beslechten, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen;

11° het tuchtrecht uit te oefenen ten aanzien;

12° de regelen voor te stellen tot het vergoeden van de kosten, door de Dienst gedragen voor het uitvoeren van andere taken die hem door de Koning worden opgedragen;

13° binnen de door de Koning vastgestelde termijnen verslagen op te maken, met name met betrekking tot de frequentie van de arbeidsongeschiktheid.

14° de in 13° bedoelde verslagen, samen met de aanbevelingen ingegeven door zijn bevindingen te bezorgen, het eerste aan de Minister, aan het Algemeen comité en aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het tweede aan de Minister, aan het Algemeen comité en aan de Algemene raad;

15° het Algemeen comité de begroting van de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle voor te stellen;

16° aan de Koning de wijzigingen voor te stellen van de voorwaarden bedoeld in artikel 143, § 1, die de zaken verdelen tussen de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de Kamers van eerste aanleg bedoeld in artikel 144

17° te beslissen over de rechtsvorderingen binnen zijn bevoegdheid.

In geval van dringende noodzaak kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle beslissen over de rechtsvordering. Die vordering wordt ter goedkeuring aan het Comité voorgelegd op zijn eerstvolgende vergadering. Indien die goedkeuring wordt geweigerd, dient van de ingestelde vordering afstand te worden gedaan;

18° zijn huishoudelijk reglement op te stellen.

Wanneer het Comité de hem bij het eerste lid, 2°, 8° en 18°, opgedragen taken niet vervult, wordt het daarom verzocht door de Minister.

Wordt aan dat verzoek geen gevolg gegeven binnen een termijn van dertig dagen, dan treft de Minister maatregelen in de plaats van het in gebreke blijvende Comité.

De Koning kan, na advies van het Comité, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle andere geneeskundige taken opdragen; Hij stelt eveneens de wijze van vergoeding van de met deze taken gepaard gaande kosten vast.

**§ 2.** Het Comité informeert regelmatig de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie en het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen over de vaststellingen met betrekking tot de toepassing van de indicatoren bedoeld in artikel 73, § 2.

### **§ 3**

*(opgegeven Wet 13/02/2006 – BS 22/12/2006)*

### **§ 4**

*(opgegeven Wet 13/02/2006 – BS 22/12/2006)*

### **§ 5**

*(opgegeven Wet 13/02/2006 – BS 22/12/2006)*

### **§ 6**

*(opgegeven Wet 13/02/2006 – BS 22/12/2006)*

### **§ 7**

*(opgegeven Wet 13/02/2006 – BS 22/12/2006)*

**Afdeling Ibis - De betwistingen tussen de zorgverleners en  
de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.**

**Art. 142.**

**§ 1.** Onverminderd eventuele strafrechtelijke- en/of tuchtrechtelijke sancties, worden de zorgverleners en gelijkgestelden die zich niet schikken naar de bepalingen van artikel 73bis de hiernavolgende maatregelen opgelegd :

- 1° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en een administratieve geldboete van 50 % tot 200 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 1°;
- 2° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en/of een administratieve geldboete van 5 % tot 150 % van de waarde van dezelfde verstrekkingen, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 2°;
- 3° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd en een administratieve geldboete van 5 % tot 100 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 3°;
- 4° de terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangerekend gelegd en een administratieve geldboete van 5 % tot 100 % van de waarde van de terugbetaling, bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 4°;
- 5° een administratieve geldboete van 500 euro tot 50.000 euro bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 5°;
- 6° een administratieve geldboete van 500 euro tot 20.000 euro bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 6°;
- 7° een administratieve geldboete van 50 euro tot 500 euro bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 7°;
- 8° een administratieve geldboete van 1.000 euro tot 250.000 euro bij een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 8°.

Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73bis, 1° en 3°, slaat de terugbetaling op de volledige waarde van de verstrekkingen die ten onrechte aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging werden ten laste gelegd. In de gevallen voorzien in 2° en 4° van artikel 73bis komt de waarde van de terugbetaling overeen met de door de verzekering voor geneeskundige verzorging geleden financiële schade, zoals geraamd door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, op voorwaarde dat de schade nog niet werd vergoed op basis van een andere bepaling van deze wet.

Bij een inbreuk op de bepaling van artikel 73bis, 8°, kan de administratieve geldboete slechts worden opgelegd nadat de beslissing op grond van 4°, 5° en 6°, tegen de zorgverlener die werd aangezet tot het voorschrijven of uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen, definitief is geworden.

**§ 2.** De materiële bestanddelen van de inbreuk bedoeld in artikel 73bis worden door de beëdigde ambtenaren bedoeld in artikel 146 vastgesteld in een proces-verbaal.

Op straffe van verval moeten deze processen-verbaal zijn opgesteld binnen twee jaar vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de strafbare feiten hebben ontvangen.

De hoger bedoelde ambtenaren voegen bij het proces-verbaal van vaststelling een uitnodiging om vrijwillig over te gaan tot de gehele terugbetaling van de waarde van de verstrekkingen die ten onrechte ten laste werden gelegd van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De gehele terugbetaling gebeurt door overschrijving op rekening van het Instituut, uiterlijk binnen twee maanden die volgen op de dag nadat het proces-verbaal van vaststelling ter kennisgeving werd aangeboden.

Indien het terug te betalen bedrag lager of gelijk is aan 3.000 euro, dooft de gehele terugbetaling de administratiefrechtelijke vervolging uit en wordt het dossier afgesloten.

Indien het terug te betalen bedrag hoger is dan 3.000 euro dooft de gehele terugbetaling de administratiefrechtelijke vervolging niet uit, en staat dat het opleggen van de in paragraaf 1 bedoelde maatregelen niet in de weg. Hetzelfde geldt, ongeacht het totale bedrag dat moet terugbetaald worden, wanneer een nieuw proces-verbaal van vaststelling ter kennisgeving is aangeboden binnen drie jaar volgend op de uitnodiging om over te gaan tot vrijwillige terugbetaling.

Elke uitgevoerde terugbetaling wordt geboekt als inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

De uitnodiging om over te gaan tot vrijwillige terugbetaling schorst de in paragraaf 3 bepaalde termijnen voorgeschreven op straffe van verval.

**§ 3. Op straffe van verval moeten :**

1° de betwistingen vermeld in artikel 73bis, 8°, beslecht worden door de Leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, binnen twee jaar volgend op de definitieve beslissing zoals bedoeld in artikel 142, § 1, 4°, 5° en 6°;

2° de betwistingen bedoeld in artikel 73bis, 1°, 2°, 3° en 7°, die tot zijn bevoegdheid behoren, beslecht worden door de Leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar, binnen twee jaar volgend op de datum van het proces-verbaal;

3° de betwistingen bedoeld in artikel 73bis, die overeenkomstig artikel 144, § 2, 1°, tot de bevoegdheid van de Kamers van eerste aanleg behoren, bij deze Kamers worden ingeleid binnen drie jaar volgend op de datum van het proces-verbaal.

De voornoemde termijnen zijn geschorst tijdens de burgerlijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedures waarin de zorgverlener partij is, en waarvan de uitspraak doorslaggevend kan zijn bij het onderzoek van de zaak door de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg.<sup>6</sup>

De beslechting van de betwistingen met de zorgverleners zoals bepaald in artikel 73bis, behoort tot de uitsluitende bevoegdheid van de organen bedoeld in de artikelen 143 en 144.

---

<sup>6</sup> Dit lid wordt als volgt geïnterpreteerd : De voornoemde termijnen zijn slechts van toepassing op inbreuken gepleegd vanaf 15 mei 2007 en worden opgeschort gedurende elke burgerlijke, strafrechtelijke of tuchtrechtelijke procedure waar de zorgverlener bij betrokken is, wanneer de afloop van deze procedure bepalend kan zijn voor het onderzoek van de zaak door de Leidend ambtenaar of de Kamer van eerste aanleg.

### **Art. 143.**

**§ 1.** De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, of de door hem aangewezen ambtenaar, neemt kennis van de betwistingen betreffende :

1° de inbreuken bedoeld in artikel 73bis, 1°, 2° en 3° van de wet :

a) indien binnen vijf jaar die voorafgaat aan de vaststelling van de inbreuk, de zorgverlener niet het voorwerp is geweest van een maatregel opgelegd door de Beperkte Kamers of hun Commissies van beroep, door de Controlecommissie of haar Commissie van beroep, door het Comité of de Kamers van beroep bedoeld in artikel 155, de Leidend ambtenaar en de Kamers van eerste aanleg en van beroep bedoeld in artikel 144

b) bij afwezigheid van aanwijzingen van bedrieglijke handelingen;

c) wanneer de waarde van de betwiste verstrekkingen lager is dan 35.000 euro.

Dit zijn cumulatieve voorwaarden;

2° de inbreuken bedoeld in artikel 73bis, 7° en 8°.

De verdeling van de zaken tussen de Leidend ambtenaar van die Dienst en de Kamers van eerste aanleg bedoeld in artikel 144, zal voor de eerste maal geëvalueerd worden drie jaar na de inwerkingtreding van deze bepaling.

**§ 2.** De leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar brengt bij een ter post aangetekende brief de overtreder op de hoogte van de vastgestelde inbreuken die hem ten laste worden gelegd. Wanneer nodig, wordt dezelfde mededeling gedaan aan de fysieke of rechtspersonen, bedoeld in artikel 164, tweede lid.

De voornoemde mededelingen gebeuren bij een ter post aangetekende brief en worden geacht te zijn ontvangen de tweede werkdag na de datum van de verzending.

Hij nodigt de overtreder, of waar nodig, de natuurlijke of rechtspersoon bedoeld onder artikel 164, tweede lid, uit hem binnen de twee maanden bij een per post aangetekende brief zijn verweermiddelen te bezorgen.

**§ 3.** In geval van een inbreuk op de bepalingen van artikel 73bis, 1°, 2°, 3°, 7° en 8°, legt de Leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar binnen de drie maanden die volgen op de ontvangst van de verweermiddelen, of bij gebreke daaraan, binnen de drie maanden na afloop van de termijn bepaald in artikel 143, § 2, tweede lid, de maatregelen op, opgesomd in artikel 142.

**§ 4.** De Leidend ambtenaar stelt jaarlijks een verslag op waarin de genomen beslissingen vermeld worden, opdat het Comité de éénvormigheid van de administratieve rechtspraak zou kunnen nagaan..



**Art. 144**

§ 1. Bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle worden Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep ingesteld, administratieve rechtscolleges bedoeld in artikel 161 van de Grondwet.

§ 2. De Kamers van eerste aanleg nemen kennis van :

1° de inbreuken op de bepalingen van artikel 73bis, behoudens de inbreuken die tot de bevoegdheid van de Leidend ambtenaar behoren zoals bepaald in artikel 143;

2° de beroepen tegen de beslissingen van de Leidend ambtenaar of van de door hem aangewezen ambtenaar genomen overeenkomstig artikel 143, § 3;

3° de beroepen door de Leidend ambtenaar tegen de beslissingen van het Comité om de zaken bedoeld in artikel 146bis af te sluiten zonder gevolg of met een waarschuwing.

§ 3. De Kamers van beroep nemen met volle rechtsmacht kennis van :

1° de beroepen tegen de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg;

2° de beroepen tegen de beslissingen van het Comité zoals bedoeld in artikel 155, § 2.

## **TITEL V. –Oprichting van kamers van eerste aanleg en kamers van beroep bij de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV**

### **Art. 145**

**§ 1.** De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep bestaan uit een Kamer die kennis neemt van alle zaken die in het Nederlands moeten worden behandeld, de andere Kamer neemt kennis van de zaken die in het Frans en in het Duits moeten worden behandeld. Voor de zaken die in het Duits moeten worden behandeld kan, indien nodig, een beroep gedaan worden op tolken of vertalers. De taal van de rechtspleging is de taal die de zorgverlener heeft gekozen bij zijn eerste verhoor door de ambtenaar bedoeld in artikel 146, § 1, eerste lid.

Elke Kamer van eerste aanleg bestaat uit :

- 1° een door de Koning benoemde stemgerechtigde voorzitter, rechter in functie of emeritus, plaatsvervangend of toegevoegd, bij de in artikel 40 van de Grondwet bedoelde rechtbank van eerste aanleg of arbeidsrechtbank, of magistraat van het Openbaar ministerie bij deze gerechten, als werkend lid;
- 2° twee stemgerechtigde leden, artsen, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen voorgedragen op dubbele lijsten, als werkende leden;
- 3° twee stemgerechtigde leden benoemd door de Koning uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de groepen die respectievelijk zijn bedoeld in artikel 140, eerste lid, 3°, 5° tot 21°, als werkende leden. Deze leden hebben slechts zitting voor de zaken welke de groep die hen heeft voorgedragen, rechtstreeks aanbelangen.

Elke Kamer van beroep bestaat uit :

- 1° een door de Koning benoemde voorzitter, raadsheer, in functie of emeritus, plaatsvervangend of toegevoegd, van de in artikel 40 van de Grondwet bedoelde hoven van beroep of arbeidshoven, of een magistraat van het Openbaar ministerie bij deze hoven, als werkend lid;
- 2° twee leden, artsen, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten door de verzekeringsinstellingen voorgedragen op dubbele lijsten, als werkende leden;
- 3° twee leden, met raadgevende stem, benoemd door de Koning uit de kandidaten die op dubbele lijsten worden voorgedragen door de groepen die respectievelijk zijn bedoeld in artikel 140, eerste lid, 3°, 5° tot 21°, als werkende leden. Deze leden hebben slechts zitting voor de zaken welke de groep die hen heeft voorgedragen, rechtstreeks aanbelangen.

Wanneer een zorgverlener behoort tot verschillende beroepscategorieën zoals bedoeld in artikel 140, beslist de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep over de samenstelling van zijn Kamer. Bij zijn verklaring van verschijning en voor ieder ander rechtsmiddel, moet de zorgverlener, op straffe van verval, de beroepscategorie aanwijzen waartoe hij behoort. Desgevallend hoort de Voorzitter in raadkamer de zorgverlener en de andere in het geding betrokken partijen, waarna in een beschikking omtrent de samenstelling van de Kamer wordt beslist. Tegen deze beschikking staat geen rechtsmiddel open. De beschikking wordt binnen zeven dagen ter kennis gegeven aan de partijen.

Wanneer feiten toerekenbaar zijn aan meerdere zorgverleners die tot verschillende beroepscategorieën behoren zoals bedoeld in artikel 140, en zij onderling zo nauw verbonden zijn dat het wenselijk is ze samen te behandelen en te berechten, teneinde oplossingen te vermijden die onverenigbaar zijn wanneer de feiten afzonderlijk worden berecht, beslist de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep over de samenstelling van de Kamer.

Hij waakt erover dat :

1° van elke beroepscategorie waartoe de zorgverleners behoren, minstens één vertegenwoordiger deel uitmaakt van de Kamer;

2° er een gelijke vertegenwoordiging is van de beroepscategorieën waartoe de zorgverleners behoren en van de verzekeringsinstellingen.

**§ 2.** Voor elke voorzitter benoemt de Koning twee plaatsvervangers en voor elk lid in de Kamers van eerste aanleg en in de Kamers van beroep benoemt Hij drie plaatsvervangers. Het mandaat van de werkende en plaatsvervangende leden in deze Kamers is onverenigbaar met dat van lid van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Het mandaat van de voorzitters en de leden in de Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep duurt vier jaar; het mandaat is hernieuwbaar. Het mandaat van de overleden of ontslagnemende leden wordt beëindigd door hun opvolgers.

De leeftijdsgrens van de leden en de voorzitters is 70 jaar.

**§ 3.** De Kamers van eerste aanleg en de Kamers van beroep zetelen te Brussel in de lokalen van het Instituut.

De Kamers van eerste aanleg en van beroep worden bijgestaan door een griffie. De leden ervan worden aangewezen door de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit de personeelsleden van deze dienst. Zij voeren de taken uit die zijn bepaald in de gecoördineerde wet, de uitvoeringsbesluiten en de taken voorgeschreven door de voorzitter van de Kamers.

**§ 4.** De zorgverlener of de adviserend geneesheer in de tuchtzaken bedoeld in artikel 155, § 1, 2°, mag zich laten bijstaan of laten vertegenwoordigen door een persoon van zijn keuze. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt vertegenwoordigd door een advocaat of een ambtenaar die door de Leidend ambtenaar van die dienst is aangewezen.

**§ 5.** De Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle maakt, zonder voorafgaandelijke machtiging of zonder goedkeuring achteraf van het Comité, de zaken aanhangig bij de Kamers van eerste aanleg, stelt beroep in tegen de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg, en stelt cassatieberoep in bij de Raad van State.

**§ 6.** De Koning bepaalt de werkingsregels en maakt het Procedurereglement van de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep op.

**§ 7.** De Koning bepaalt de verdeling van de mandaten van de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen. Hierbij houdt Hij rekening met de respectieve getalsterkte, met dien verstande dat iedere verzekeringsinstelling recht heeft op ten minste één mandaat.

**§ 8.** De magistraat-voorzitter van de Kamer van eerste aanleg of van de Kamer van beroep behandelt alléénzetelend de beroepen die zijn aangetekend tegen de tuchtmaatregelen die in artikel 155, § 1, 2°, zijn vermeld en tegen de beslissingen ingeval van een inbreuk tegen artikel 73bis, 8°.

**§ 9.** De in § 1, tweede lid, 2° en 3°, bedoelde leden van de Kamer van eerste aanleg leggen in handen van de Voorzitter van de Kamer van eerste aanleg, in persoon of schriftelijk, de eed af die voorgeschreven is door artikel 2 van het decreet van 20 juli 1831 betreffende de eedaflegging bij de aanvang der grondwettelijke vertegenwoordigende monarchie.

De in § 1, derde lid, 2° en 3°, bedoelde leden van de Kamer van beroep leggen in handen van de Voorzitter van de Kamer van beroep, in persoon of schriftelijk, de eed af die voorgeschreven is door artikel 2 van het decreet van 20 juli 1831 betreffende de eedaflegging bij de aanvang der grondwettelijke vertegenwoordigende monarchie.

**§ 10.** Wanneer een werkend lid, opgeroepen voor een zitting, verhinderd is om die zitting bij te wonen, meldt hij dat onverwijld aan de griffie, waarna een plaatsvervangend lid ter vervanging wordt uitgenodigd.

Wanneer die procedure wordt gevolgd, blijft de zetel geldig samengesteld op de zittingsdag wanneer naast de Voorzitter minstens ook aanwezig zijn :

- een van de in § 1, tweede lid, 2°, bedoelde leden en een van de in § 1, tweede lid, 3°, bedoelde leden voor wat de Kamer van eerste aanleg betreft;
- een van de in § 1, derde lid, 2°, bedoelde leden en een van de in § 1, derde lid, 3°, bedoelde leden voor wat de Kamer van beroep betreft.

Wanneer de voorzitter vaststelt dat de leden van een groep talrijker zijn dan die van een andere groep, wijst hij ter herstelling van het evenwicht, het jongste lid aan dat niet zal zetelen. Dat zal worden vermeld op het proces-verbaal van de terechtzitting.

**Art. 146. (IR)**

§ 1. Om de in artikel 139, tweede lid, 2<sup>o</sup> tot 4<sup>o</sup>, bedoelde opdracht te vervullen, beschikt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle over geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, verpleegkundigen-controleurs bekleed met verschillende graden, alsook over administratief personeel. De sociaal controleurs hebben als opdracht de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikarbeid op te sporen en vast te stellen.

Zij controleren eveneens op administratief vlak al de bescheiden die in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering worden uitgereikt.

Het aantal geneesheren-inspecteurs wordt vastgesteld op één geneesheer per schijf van 80 000 rechthebbenden, dat van de apothekers-inspecteurs bedraagt één apotheker per volledige schijf van 1 miljoen rechthebbenden.

De Koning bepaalt de regels en de procedure met betrekking tot de toekenning van de accreditering van de geneesheren ambtenaren van het Instituut, na het advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle te hebben ingewonnen. Hij stelt eveneens het financieel voordeel vast dat aan de accreditering is gekoppeld. De uitgaven die voortvloeien uit de accreditering van de geneesheren-inspecteurs vallen ten laste van de begroting voor de administratiekosten van het Instituut.

§ 2. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gaat over tot iedere onderzoek of vaststelling, hetzij ambtshalve, hetzij op verzoek van zijn comité of op behoorlijk gemotiveerd verzoek van de minister, één van de bijzondere diensten van het Instituut, de verzekeringsinstellingen of een in het comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle vertegenwoordigde beroepsorganisatie. In het raam van de controle op de verzekering voor geneeskundige verzorging, maakt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de opmerkingen en waarschuwingen die hij nuttig acht ten aanzien van de personen en inrichtingen die gemachtigd zijn om geneeskundige verstrekkingen te verlenen.

§ 3. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan bij de betrokken tuchtrechtelijke instanties eveneens de feiten, verzameld tijdens zijn onderzoeken, aanklagen, in zoverre die inlichtingen deze laatsten kunnen aanbelangen bij de uitoefening van het toezicht waarmee ze belast zijn.

De genoemde instanties brengen de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle eveneens op de hoogte van de definitieve beslissingen die zij hebben uitgesproken betreffende feiten die de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen schade hebben toegebracht.

De provinciale raden en de raden van beroep van de Orde der geneesheren delen in het bijzonder aan de voormelde dienst de straffen mee, die werden uitgesproken wegens misbruiken van de diagnostische en therapeutische vrijheid.

Deze mededelingen vermelden de motivering en het beschikkend gedeelte van die beslissingen tot sanctie.

### **Art. 146bis.**

**§ 1.** Na melding door de verzekeringsinstellingen, de profielencommissies of op eigen initiatief verzamelt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de gegevens over de verstrekkingen bedoeld door de indicatoren, vermeld in artikel 73, § 2.

De door de profielencommissies overgezonden vaststellingen gelden tot bewijs van het tegendeel. Zij worden als dusdanig door de inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gebruikt om de inbreuken zoals beschreven in artikel 73bis, 4°, 5° en 6°, vast te stellen.

Na analyse van de ingewonnen gegevens informeert de Dienst desgevallend de zorgverlener van het overschrijden van de indicatoren van manifeste afwijking en nodigt hem uit binnen de maand zijn schriftelijke verweermiddelen te bezorgen.

Na onderzoek van deze verweermiddelen kan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle hetzij het dossier afsluiten zonder gevolg, hetzij de praktijk van de zorgverlener onder monitoring plaatsen voor de betrokken verstrekkingen.

De plaatsing onder monitoring bestaat uit een evaluatie van het voorschrijfgedrag en de uitvoeringswijze van een zorgverlener op basis van de indicatoren bedoeld in artikel 73, § 2.

Voor de toepassing van leden 8 en 9 alsook van de artikelen 73bis, 6°, en 142, § 1, 6°, betreft de controle van de elementen, bedoeld in artikel 73, § 3, derde lid, enkel de voorschriften afgeleverd vanaf de begindatum van de monitoring.

De plaatsing onder monitoring duurt minimum zes maanden. Deze onderzoeksmaatregel moet ter kennis gebracht worden van de zorgverlener, waarbij de begindatum van de maatregel, de aanbevelingen die van toepassing zijn op zijn praktijkgedrag, alsook de maatregelen die genomen kunnen worden in geval van inbreuken op artikel 73bis, 4°, 5° en 6°, worden meegedeeld. Tegen deze maatregel staat geen beroep open.

De profielencommissies hebben de bevoegdheid om de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit te nodigen zorgverleners onder monitoring te zetten op basis van een gemotiveerd dossier. De Leidend ambtenaar brengt verslag uit van het gevolg gegeven aan de aanvragen van de profielencommissies.

Wanneer na afloop van de monitoring blijkt dat de zorgverlener zich niet of onvoldoende heeft aangepast in de zin van een goede medische praktijkvoering, verzoekt de Dienst de betrokken zorgverlener zijn verklaringen binnen de termijn van één maand na de datum van het verzoek schriftelijk te bezorgen.

De verklaringen worden voorgelegd aan het Comité dat :

1° het dossier kan afsluiten zonder gevolg;

2° het dossier kan afsluiten met een waarschuwing;

3° de leidend ambtenaar kan opdragen de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

Bevat het dossier echter een inbreuk op artikel 73bis, 6°, moet het Comité, wanneer niet onmiddellijk maatregelen kunnen genomen worden als bedoeld onder 1° en 2°, het Nationaal college van adviserend geneesheren de opdracht geven, op basis van een steekproef, de navolging van de aanbevelingen, bedoeld onder artikel 73, § 2, tweede lid, te evalueren. Wanneer het College, op basis van deze evaluatie, vaststelt dat de aanbevelingen in minstens 20 % van de gevallen onvoldoende nagevolgd worden, wordt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle hiervan verwittigd, die vervolgens het dossier aan het Comité voorlegt. De vaststellingen, meegedeeld door het Nationaal college van adviserend geneesheren, zijn bewijskrachtig tot bewijs van het tegendeel. Zij worden als dusdanig gehanteerd door de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, om inbreuken vast te stellen als bedoeld onder artikel 73bis, 6°. Het Comité neemt vervolgens één van de maatregelen, vermeld onder 1° tot 3°.

De gebruikte methodologie bij het samenstellen van de steekproef en de analyse ervan, wordt door het Nationaal college van adviserend geneesheren bepaald en voorafgaandelijk ter kennis gesteld van de betrokken zorgverlener.

Tegen de beslissingen bedoeld in 1° en 2° kan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een beroep instellen bij de Kamer van eerste aanleg.



§ 2. Na melding door de verzekeringsinstellingen, een profielencommissie of op eigen initiatief, verzamelt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de gegevens over de verstrekkingen bedoeld in artikel 73, § 4. De door de profielencommissies overgezonden vaststellingen gelden tot bewijs van het tegendeel. Zij worden alsdusdanig door de geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs en verpleegkundigen-controleurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gebruikt om de inbreuken zoals beschreven in artikel 73bis vast te stellen.

De plaatsing onder monitoring duurt minimum zes maanden. Deze onderzoeksmaatregel moet ter kennis gebracht worden van de zorgverlener, waarbij de begindatum van de maatregel, de aanbevelingen die van toepassing zijn op zijn praktijkgedrag, alsook de maatregelen die genomen kunnen worden in geval van inbreuken op artikel 73bis, worden meegedeeld. Tegen deze maatregel staat geen beroep open.

De profielencommissies hebben de bevoegdheid om de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit te nodigen zorgverleners onder monitoring te zetten op basis van een gemotiveerd dossier. De Leidend ambtenaar brengt verslag uit van het gevolg gegeven aan de aanvragen van de profielencommissies.

Na analyse van de door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle verzamelde gegevens maken de ambtenaren bedoeld in het eerste lid proces-verbaal van vaststelling op dat overeenkomstig artikel 142, § 2, aan de zorgverlener ter kennis wordt gegeven waarbij hij uitgenodigd wordt binnen de maand zijn schriftelijke verweermiddelen te bezorgen.

Deze verweermiddelen worden meegedeeld aan het Comité dat, na ze onderzocht te hebben, kan beslissen :

1° het dossier zonder gevolg te klasseren;

2° het dossier af te sluiten met een waarschuwing;

3° de leidend ambtenaar kan opdragen de zaak aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg en wanneer nodig, de natuurlijke of rechtspersoon, bedoeld onder artikel 164, tweede lid, hier tegelijkertijd van verwittigen met een aangetekend schrijven

Tegen de beslissingen bedoeld in 1° en 2° van het vorige lid kan de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle een beroep instellen bij de Kamer van eerste aanleg.

## **Afdeling II**

### **Geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, verpleegkundigen-controleurs en sociaal controleurs**

#### **Art. 147.**

De geneesheren-inspecteurs hebben tot opdracht de uitvoering van de aan de adviserend geneesheren opgedragen taken te controleren. Te dien einde doen zij alle nodige onderzoeken en, gebeurlijk, het lichamelijk onderzoek van de rechthebbenden.

Overeenkomstig de bepalingen van de artikelen 90 en 94 mogen de geneesheren-inspecteurs de gerechtigden onderzoeken en een beslissing nemen over de staat van arbeidsongeschiktheid.

De apothekers-inspecteurs hebben eveneens als taak de correcte uitvoering na te gaan van de controles toevertrouwd aan de adviserend geneesheren met betrekking tot de terugbetaling van farmaceutische specialiteiten en van magistrale bereidingen.

#### **Art. 148**

Onverminderd de opdracht die aan de adviserend geneesheren is toevertrouwd, staan de geneesheren-inspecteurs in individuele gevallen in voor de geneeskundige controle op de arbeidsongeschiktheid, hetzij op verzoek van de werkgevers of van de Rijksdienst voor arbeidsvoorziening, hetzij op grond van de verslagen betreffende de enquêtes die door de met de controle belaste ambtenaren van de diensten voor geneeskundige evaluatie en controle en voor administratieve controle zijn verricht binnen het bestek van hun opdrachten zoals deze zijn omschreven in de artikelen 146 en 162.

In dat geval doen de geneesheren-inspecteurs uitspraak over de staat van arbeidsongeschiktheid en geven van hun beslissing kennis onder de in artikel 149 bepaalde voorwaarden.

#### **Art. 149.**

Van de beslissingen van de geneesheren-inspecteurs over de staat van arbeidsongeschiktheid wordt, de dag zelf, kennis gegeven aan de gerechtigde en aan de adviserend geneesheer onder de door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle te bepalen voorwaarden. Die beslissingen zijn dadelijk uitvoerbaar.

**Art. 150. (IR)**

Onverminderd de bepalingen van de wet van 16 november 1972 betreffende de arbeidsinspectie zijn de werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinrichtingen, de tarifieringsdiensten, alsmede hun aangestelden of gevolmachtigden, de personen die de bij deze gecoördineerde wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, en de rechthebbenden ertoe gehouden de geneesheren-inspecteurs, de apothekers-inspecteurs en de verpleegkundigen-controleurs alle inlichtingen en bescheiden te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven. Alle natuurlijke en rechtspersonen, alsmede hun aangestelden of gevolmachtigden, en in het bijzonder de producenten of leveranciers van medische apparatuur en toestellen, van terugbetaalde geneesmiddelen en farmaceutische specialiteiten, en andere terugbetaalde producten, die inlichtingen of documenten onder zich hebben die de hierboven bedoelde inspecteurs behoeven voor de uitoefening van hun controleopdracht, zijn eveneens gehouden tot die verplichting. De mededeling en het gebruik van die inlichtingen en bescheiden zijn afhankelijk gesteld van eerbiediging van het geneeskundig geheim.

Wat de verzekeringsinstellingen en de tarificatiediensten betreft, moet die mededeling van inlichtingen en stukken geschieden binnen een maximumtermijn van dertig dagen te rekenen vanaf de datum van aanvraag.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft toegang tot alle gegevens en documenten die door verzekeringsinstellingen, tarifieringsdiensten, zorgverleners, verplegingsinrichtingen en andere inrichtingen of diensten voor geneeskundige verzorging dienen meegedeeld te worden in het kader van deze gecoördineerde wet.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft rechtstreekse toegang tot de profielgegevens en de verwerking ervan bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en de Dienst voor uitkeringen.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft op aanvraag toegang tot de gegevens bedoeld in artikel 165, achtste lid bij de Dienst voor geneeskundige verzorging.

*Vijfde lid opgeheven bij: Wet 20-12-95 - B.S. 23-12.*

**Art. 151.**

De geneesheren-inspecteurs, de apothekers-inspecteurs, de verpleegkundigen-controleurs-en het administratief personeel, staan in iedere provincie en in de tweetalige dienst voor het Brussels Hoofdstedelijk Gewest onder de leiding van een geneesheer-inspecteur directeur.

**Art. 152.**

De geschillen van geneeskundige aard tussen de adviserend geneesheren en de geneesheren-inspecteurs, behoudens die waarbij de rechten van de rechthebbenden in het geding komen, worden de geneesheer-inspecteur-directeur ter beslissing voorgelegd.

De betrokkenen kunnen tegen de beslissingen van de geneesheer-inspecteur-directeur hoger beroep instellen bij het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De Koning stelt vast in welke vormen en binnen welke termijnen de geneesheer-inspecteur-directeur en het Comité uitspraak behoren te doen.

Het beroep bij de geneesheer-inspecteur-directeur en het hoger beroep bij het Comité hebben schorsende werking.

### **Afdeling III** **Adviserend geneesheren**

#### **Art. 153.**

§ 1. De adviserend geneesheren hebben als opdrachten :

- 1) de sociaal verzekerden advies, informatie en sociale begeleiding te verlenen, teneinde ervoor te zorgen dat hen de meest geschikte verzorging en behandeling tegen de beste prijs wordt verleend, rekening houdende met de globale middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- 2) de zorgverleners te informeren, teneinde de correcte toepassing van de reglementering betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging voor hen te verduidelijken, door toe te zien op het optimale gebruik van de middelen van deze verzekering;
- 3) de arbeidsongeschiktheid te controleren, overeenkomstig de bepalingen van titel IV, hoofdstuk III, afdelingen I en II en de regels uitgevaardigd bij toepassing van artikel 86, § 3 van deze wet;
- 4) de geneeskundige verstrekkingen te controleren, overeenkomstig de bepalingen van deze wet en haar uitvoeringsbesluiten en -reglementen.

Bij de vervulling van hun opdrachten, moeten de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen de richtlijnen van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle naleven en de therapeutische vrijheid van de zorgverleners in acht nemen.

De beslissingen van de adviserend geneesheren zijn bindend voor de verzekeringsinstellingen.

§ 2. In het kader van de controle van de arbeidsongeschiktheid, zenden de adviserend geneesheren, onder de voorwaarden en binnen de termijnen die door de Koning zijn vastgesteld, de in artikel 94, eerste lid, bedoelde verslagen naar de Geneeskundige raad voor invaliditeit, en oefenen zij de bevoegdheden uit die hun zijn toegewezen krachtens de artikelen 23, § 1 en 94, tweede lid.

De adviserend geneesheren zien eveneens toe op de socio-professionele reïntegratie van de arbeidsongeschikte gerechtigden. Daartoe nemen zij alle nuttige maatregelen en contacteren zij, met het akkoord van de gerechtigde, elke natuurlijke persoon of rechtspersoon die kan bijdragen tot zijn beroepsherinschakeling. De adviserend geneesheer neemt deel aan het in artikel 109bis bedoelde traject van beroepsherscholing, onder de door de Koning bepaalde voorwaarden.

De adviserend geneesheren bezorgen de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle verslagen betreffende de controle van de arbeidsongeschiktheid, binnen de termijnen en in de vorm bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

§ 3. Binnen het kader van de controle op de verstrekkingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gaan de adviserend geneesheren na of de medische terugbetalingsvoorwaarden van de geneeskundige verstrekkingen zijn nageleefd en verlenen zij de vastgestelde machtigingen. Zij kunnen meewerken aan de evaluatie van het optimaal gebruik van de middelen van de verzekering geneeskundige verzorging onder de voorwaarden

bepaald door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en met naleving van het beginsel van de therapeutische vrijheid vastgesteld in artikel 11 van het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Voor de uitvoering van deze evaluatie-opdracht mogen de adviserend geneesheren slechts die gegevens gebruiken waartoe zij bij toepassing van deze wet toegang hebben, met eerbiediging van de wet op de bescherming van de privacy en het beroepsgeheim.

De adviserend geneesheren stellen verslagen op betreffende de controle op de geneeskundige verstrekkingen, binnen de termijnen en in de vorm bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Zij gaan eveneens na of alle in de artikelen 35, vierde lid, en 37, §§ 12 en 13, bedoelde voorwaarden zijn vervuld en brengen van de vastgestelde inbreuken verslag uit aan de betrokken instanties, namelijk :

1° de Dienst voor administratieve controle voor de aanwezigheid en de bezoldigingsvoorwaarden van het personeel;

2° de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle voor het daadwerkelijk verlenen van de verzorging die is gedekt door de in artikel 37, §§ 12 en 13, bedoelde tegemoetkomingen;

3° de Dienst voor geneeskundige verzorging voor de andere vastgestelde onregelmatigheden.

De hogervermelde verslagen worden aan de voornoemde instanties meegedeeld door de geneesheren-directeurs, als bedoeld in § 4.

De Koning kan, op voorstel van het Verzekeringscomité, voor de uitvoering van controletaken voor de in artikel 34, 1e lid, 1°, b), bedoelde verstrekkingen en de in artikel 34, 1e lid, 11° en 12° bedoelde instellingen die zijn opgedragen aan de adviserend geneesheren, een Nationaal College van adviserend geneesheren instellen, alsook lokale colleges die onder het toezicht van hogervermeld nationaal college worden geplaatst en die naast ten minste één verantwoordelijke adviserend geneesheer, ook door adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen gemandateerde verpleegkundigen kunnen omvatten. De Koning bepaalt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de samenstelling, de werking en de opdrachten van dat nationaal college en die lokale colleges.

§ 4. De organisatie en de coördinatie van de activiteit van de adviserend geneesheren in elke verzekeringsinstelling worden toevertrouwd aan een geneesheer-directeur. De geneesheren-directeurs zien erop toe dat de adviserend geneesheren over een paramedische en administratieve ondersteuning beschikken, die naargelang van hun behoeften bestaat uit kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedische en administratieve medewerkers, personeelsleden van de verzekeringsinstellingen, aan wie zij enkel de opdrachten die zijn bepaald door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kunnen delegeren.

De adviserend geneesheren zijn verantwoordelijk voor de correcte uitvoering van de taken die zijn toevertrouwd aan de medewerkers die hen bijstaan.

§ 5. Bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt een Hoge raad van geneesheren-directeurs ingesteld die bestaat uit de geneesheren-directeurs van de verzekeringsinstellingen, de geneesheer-directeur-generaal en de geneesheren-inspecteurs-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

De Hoge raad van geneesheren-directeurs is belast met het zoeken naar en bevorderen van een georganiseerde aanpak in de medische controle- of evaluatieopdrachten, zowel tussen

verzekeringsinstellingen, als ter aanvulling van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en dit bij de uitoefening van hun respectievelijke opdrachten in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Daartoe informeren de geneesheren-directeurs de Hoge raad over de genomen initiatieven binnen het kader van hun opdrachten, onder andere binnen het domein van de evaluatie, bedoeld in artikel 153, § 2, tweede lid en binnen het domein van de informatieverlening aan de zorgverleners over de juiste toepassing van de reglementering van de verzekering voor geneeskundige verzorging. De geneesheren-directeurs delen tevens aan de Hoge Raad de in § 2, derde lid en § 3, tweede lid, bedoelde verslagen mee.

Op basis van die verslagen en de mededelingen met betrekking tot de initiatieven die door de geneesheren-directeurs van de verzekeringsinstellingen zijn genomen, kan de hoge raad aan het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle voorstellen voorleggen ter aanpassing van de richtlijnen en de normen die door het comité in toepassing van artikel 141, § 1, 2°, zijn gedefinieerd.

De Koning kan aanvullende regels vaststellen met betrekking tot de samenstelling en de werking van de Hoge Raad van Geneesheren-directeurs.

#### **Art. 154.**

De adviserend geneesheren worden door de verzekeringsinstellingen in dienst genomen en bezoldigd.

Het ambt van adviserend geneesheer mag evenwel slechts aan door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle beëdigde geneesheren opgedragen worden. De adviserend geneesheren leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van het Comité van die Dienst. Om tot de eedaflegging als adviserend geneesheer toegelaten te worden, dient hij vooraf door een verzekeringsinstelling voorgedragen en door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle erkend te zijn.

Vooraleer een adviserend geneesheer te erkennen, verzoekt het Comité de bevoegde Provinciale raad van de Orde der geneesheren om advies; verstrekt de Provinciale raad van de Orde van geneesheren het advies niet binnen de door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle bepaalde termijn, dan wordt deze formaliteit geacht te zijn vervuld.

De adviserend geneesheren mogen door de verzekeringsinstellingen slechts worden afgezet of ontslagen als het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle de intrekking van hun erkenning heeft uitgesproken of, in geval van ambtsopheffing, met de instemming van dat Comité en onder de in het statuut van de adviserend geneesheren bepaalde voorwaarden.

Het statuut en de bezoldiging van de adviserend geneesheren worden door de Koning bepaald op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, na raadpleging van de verzekeringsinstellingen en het Algemeen beheerscomité.

De Koning bepaalt de regels en de procedure met betrekking tot de toekenning van de accreditering van de adviserend geneesheren, na het advies van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle te hebben ingewonnen. Hij stelt eveneens het financieel voordeel vast dat aan de accreditering is gekoppeld. De uitgaven die voortvloeien uit de accreditering vallen ten laste van de begroting voor de administratiekosten van het Instituut.

Doen de verzekeringsinstellingen binnen de door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle bepaalde termijnen, geen voordracht of nemen zij het vereiste aantal adviserend geneesheren niet in dienst, dan kan het Comité alle maatregelen treffen om de geneeskundige controle te verzekeren.

Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan, hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van het Beheerscomité bij de Dienst voor uitkeringen of van een verzekeringsinstelling, één of meer geneesheren-inspecteurs belasten met de tijdelijke waarneming van de taken van adviserend geneesheer, ingeval er ernstige tekorten in de organisatie of de werking van de geneeskundige controle worden vastgesteld, of ingeval van schorsing of preventieve schorsing van de adviserend geneesheer zoals bedoeld in artikel 155.



## **Afdeling IV**

### **Tuchtmaatregelen**

#### **Art. 155. (IR)**

§ 1. Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan:

*1° Opgeheven door de Wet 19-12-08 – B.S. 31-12-08*

2° de in artikel 154 bedoelde adviserend geneesheren die zich niet schikken naar de verzekeringsregelen, naar de richtlijnen van het Comité of naar de voorwaarden en de regelen vastgesteld met toepassing van artikel 127, § 3, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, de volgende tuchtstraffen opleggen: de waarschuwing, de afkeuring, de berisping, de schorsing van het recht tot uitoefening van hun ambt over een termijn van niet langer dan twee jaar en het definitief verbod tot uitoefening van dat ambt.

Het statuut van de adviserend geneesheren bepaalt volgens welke regelen de krachtens het eerste lid uitgesproken tuchtstraffen ter kennis worden gebracht van de verzekeringsinstellingen.

Het Comité kan ook de accreditering van de adviserend geneesheer die zich niet schikt naar de hoger vermelde normen en richtlijnen tijdelijk of definitief intrekken.

In het statuut van de adviserend geneesheren worden de modaliteiten bepaald op basis waarvan de krachtens het eerste lid uitgesproken tuchtstraffen ter kennis van de verzekeringsinstellingen worden gebracht.

§ 2. Tegen de tuchtrechtelijke beslissingen van het Comité bedoeld in § 1, 2°, kan beroep aangetekend worden bij daartoe ingestelde Kamers van beroep; het beroep schorst de uitvoering van de tuchtstraf.

§ 3. Bovendien kan het Comité, telkens als het belang van de dienst of het algemeen belang zulks vereist, die adviserend geneesheren preventief schorsen over een tijdvak van ten hoogste twee maanden.

*§ 4. Opgeheven door de Wet 19-12-08 – B.S. 31-12-08*

§ 5. Zowel voor het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle als voor de Kamers van beroep, moet de adviserend geneesheer vooraf worden gehoord en mag hij zich laten bijstaan door een persoon die hij kiest.

**Afdeling V**  
**De beslissingen van de Leidend ambtenaar van**  
**de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en de beslissingen van**  
**de administratieve rechtscolleges**  
**ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.**

**Art. 156.**

§ 1. De beslissingen van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of van de door hem aangewezen ambtenaar, zoals bedoeld in artikel 143, de beslissingen van de Kamers van eerste aanleg zoals bedoeld in artikel 142, en de beslissingen van de Kamers van beroep, zoals bedoeld in artikelen 142 en 155, zijn van rechtswege uitvoerbaar bij voorraad niettegenstaande beroep. Betalingstermijnen kunnen worden toegestaan.

De sommen brengen van rechtswege verwijlinteressen op aan de wettelijke rentevoet vanaf de dag volgend op de datum van de beslissing.

Ingeval de schuldenaar in gebreke blijft, kan de administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen worden belast met de invordering van de verschuldigde bedragen overeenkomstig de bepalingen van artikel 206bis van de wet.

§ 2. In de kennisgeving van de beslissing van de Kamers van eerste aanleg wordt vermeld dat op straffe van niet ontvankelijkheid binnen de maand, te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing, beroep kan worden ingesteld bij de Kamers van beroep. Die termijn gaat in op de dag van verzending van de ter post aangetekende brief; de postdatum heeft bewijskracht. Het beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op. De kennisgeving herneemt de dienstige bepalingen van het Procedurereglement.

In de kennisgeving van de beslissing van de Kamers van beroep wordt vermeld dat op straffe van niet ontvankelijkheid, een administratief cassatieberoep kan worden ingesteld bij de Raad van State, afdeling bestuursrechtspraak, binnen de termijn bepaald in artikel 3, § 1, van het koninklijk besluit van 30 november 2006 tot vaststelling van de cassatie-procedure bij de Raad van State. Het beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op. De kennisgeving meldt eveneens dat het administratief kortgeding bij de Raad van State, zoals bedoeld in de artikelen 17 en volgende van de gecoördineerde wetten van 12 januari 1973 op de Raad van State, niet ontvankelijk is tegen beslissingen in betwiste zaken zoals bedoeld in artikel 14, § 2, van diezelfde wetten.

§ 3. In de beslissing van de Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of van de door hem aangewezen ambtenaar, wordt vermeld dat op straffe van niet ontvankelijkheid, binnen de maand, te rekenen vanaf de kennisgeving van de beslissing, beroep kan worden ingesteld bij de Kamers van eerste aanleg. Die termijn gaat in met de dag van verzending van de ter post aangetekende brief; de postdatum heeft bewijskracht. Het beroep schort de uitvoering van de beslissing niet op. De kennisgeving herneemt de dienstige bepalingen van het Procedurereglement.

## **Art. 157.**

**§ 1.** De uitvoering van de beslissingen die administratieve geldboetes opleggen bedoeld in artikel 142, kan geheel of gedeeltelijk worden opgeschort gedurende een periode van één tot drie jaar wanneer blijkt dat noch een administratieve geldboete, noch enige andere maatregel opgelegd door een administratieve of juridictionele instantie ingesteld bij het Instituut, de Leidend ambtenaar of door de door hem aangewezen ambtenaar, de Beperkte Kamers of hun Commissies van beroep, de Controlecommissie of haar Commissie van beroep, het Comité of de Kamer van beroep werd uitgesproken binnen de drie jaar voorafgaand aan de uitspraak.

Wanneer een zelfde feit meerdere overtredingen inhoudt, wordt alleen de hoogste geldboete uitgesproken.

Wanneer de zorgverlener binnen de drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de beslissing die een maatregel oplegt als bedoeld in artikel 142, definitief werd, een nieuwe inbreuk pleegt, kan de geldboete worden verhoogd tot het dubbele van het voorziene maximum.

Een geldboete uitgesproken wegens inbreuk op artikel 73bis, 7°, of op artikel 141, § 5, vierde lid, c, opgeheven, brengt geen toepassing van voorgaand lid met zich mee, noch het verlies, noch de opheffing van het uitstel bepaald in het eerste lid.

**§ 2.** De stagemeeester is verantwoordelijk voor de inbreuken die door de stagiair in het kader van zijn stageplan zijn gepleegd, in die mate dat deze inbreuken hem kunnen ten laste gelegd worden. De zorgverlener die aan de oorsprong ligt van overbodige of onnodig dure verstrekkingen in de zin van artikel 73, § 2, of § 4, is hiervoor verantwoordelijk, net zoals de zorgverlener die het voorschrijven of het uitvoeren heeft voortgezet. Hij kan eveneens, al naargelang het geval, de sancties oplopen voorzien in artikel 142.

**§ 3.** De beslissingen van de Leidend ambtenaar of van de door hem aangewezen ambtenaar, de Kamers van eerste aanleg en van de Kamers van beroep, behalve in tuchtmaatregelen zoals bedoeld in artikel 155, worden anoniem gepubliceerd op het internetadres van het RIZIV.

**§ 4.** Het totaal van de geldboetes en de terug te betalen bedragen wordt op de rekening van het Instituut gestort en zijn inkomsten van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Afdeling VI**  
**Bepalingen betreffende de adviserend geneesheren van de Kas der geneeskundige  
verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen**

**Art. 158.**

De Koning stelt alle regelen vast die van toepassing zijn op de adviserend geneesheren van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen en Hij bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden waaronder de bepalingen die betrekking hebben op de adviserend geneesheren, bedoeld in de afdelingen I, II, III en IV, tot hen kunnen worden verruimd.

HOOFDSTUK III  
ADMINISTRATIEVE CONTROLE

**Afdeling I**  
**Dienst voor administratieve controle**

**Art. 159.**

In de schoot van het Instituut wordt een Dienst voor administratieve controle ingesteld die er mede belast is in te staan voor de administratieve controle op de prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van de uitkeringsverzekering en van de moederschapsverzekering, alsmede voor de administratieve controle op het inacht nemen van de bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten; de materies, bedoeld in de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, worden evenwel uitgesloten van die controle.

**Art. 160.**

De Dienst voor administratieve controle ontvangt zijn richtlijnen van het Algemeen beheerscomité.

## **Art. 161.**

**§ 1.** Bij de Dienst voor administratieve controle wordt een Technische commissie opgericht.

Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de Dienst voor administratieve controle van het Instituut.

De verzekeringsinstellingen wijzen hun vertegenwoordigers in deze Commissie aan, waarbij iedere verzekeringsinstelling recht heeft op minstens één werkend en één plaatsvervangend lid.

De leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle wijst de vertegenwoordigers van de Dienst in deze commissie aan.

De Commissie kan op elk ogenblik, wanneer zij dit nodig acht, elke persoon, dienst of instelling op de vergadering van de commissie uitnodigen.

De Technische commissie wordt voorgezeten door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle of een door hem aangewezen ambtenaar.

De commissie wordt in vergadering bijeengeroepen, hetzij op initiatief van de voorzitter, hetzij op verzoek van één van haar leden.

De Koning kan nader de regels inzake samenstelling en werking van deze Commissie bepalen.

**§ 2.** De Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle heeft als opdracht :

- 1° advies uitbrengen en voorstellen doen betreffende de reglementering die tot de bevoegdheid behoort van de Dienst voor administratieve controle, met betrekking tot de administratieve regels inzake inschrijving, mutatie, bewijzen en systematische controle inzake de administratieve en financiële toegankelijkheid van de verzekering, het beheer van de ledentallen van de sociaal verzekerden, de bewaring van bescheiden en gegevens door de verzekeringsinstellingen en de bewijskracht van de gegevens voorzien bij de artikelen 9bis en 163bis ;
- 2° advies uitbrengen en voorstellen doen op de regels voor de toepassing van de reglementering die worden overgemaakt aan de verzekeringsinstellingen door middel van omzendbrieven en onderrichtingen;
- 3° het analyseren van verslagen met betrekking tot de gedane vaststellingen van de Dienst voor administratieve controle, voor de toepassing, door de verzekeringsinstellingen, van de wets- en verordeningsbepalingen betreffende :
  - a) de verzekering voor geneeskundige verzorging;
  - b) de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering.De voorzitter van de Technische commissie bezorgt deze verslagen, samen met eventuele opmerkingen, het eerste aan de Algemene raad, het tweede aan het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, het eerste en het tweede aan het Algemeen beheerscomité;
- 4° aan het Algemeen beheerscomité de administratieve en statistische regelen voor te stellen,

welke de verzekeringsinstellingen moeten in acht nemen om de Dienst voor administratieve controle in staat te stellen zijn opdracht uit te oefenen;

5° haar huishoudelijk reglement op te stellen dat aan het Algemeen beheerscomité ter goedkeuring wordt voorgelegd.

#### **Art. 162.**

Om de in artikel 159 bedoelde opdracht te vervullen beschikt de Dienst voor administratieve controle over sociaal inspecteurs, sociaal controleurs bekleed met verschillende graden en administratief personeel. De sociaal inspecteurs en de sociaal controleurs hebben als opdracht de onrechtmatige samenloop van het genot van uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverlof met het uitoefenen van een beroepsactiviteit of sluikearbeid op te sporen en vast te stellen. Zij controleren eveneens op administratief vlak al de bescheiden die in het kader van de verzekering voor geneeskundige verzorging, de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering worden uitgereikt. De sociale inspecteurs en de sociale controleurs zijn belast met het toezicht op :

- 1° het bijhouden van sociale documenten, zoals bedoeld in het koninklijk besluit nr. 5 van 23 oktober 1978 betreffende het bijhouden van sociale documenten;
- 2° de onmiddellijke aangifte van tewerkstelling, in toepassing van artikel 38 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels;
- 3° de toepassing van het uniform begrip « gemiddeld dagloon bepaald in toepassing van artikel 39 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels.

Hij doet iedere onderzoeking of bevinding, hetzij uit eigen beweging, hetzij op verzoek van de Minister, de Dienst voor geneeskundige verzorging, de Dienst voor uitkeringen, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (°) of een verzekeringsinstelling.

De Dienst voor administratieve controle geeft, binnen dertig dagen, aan de verzekeringsinstellingen kennis van zijn bevindingen gedaan bij het vervullen van zijn opdracht.

---

(°) officieuze aanpassing, niet vermeld in de wet (II) 24-12-02 – B.S. 31-12 – ed. 1

**Art. 162bis.**

De Dienst voor administratieve controle voert met behulp van zijn administratief personeel met name tevens de taken van opmaak, algemeen beheer, toezicht en controle uit van de gegevens en bescheiden op basis waarvan de toegang tot de prestaties van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, krachtens deze gecoördineerde wet aan de sociaal verzekerden wordt verleend, behouden of ingetrokken, of op basis waarvan de maatregelen van financiële toegankelijkheid in het raam van deze gecoördineerde wet worden toegekend, behouden of ingetrokken.



**Art. 163.**

Onverminderd de bepalingen van de wet van 16 november 1972 betreffende de arbeidsinspectie zijn de werkgevers, de verzekeringsinstellingen, de verzorgingsinrichtingen, de tarifieringsdiensten, alsmede hun aangestelden of gevolmachtigden, de personen die de bij deze gecoördineerde wet omschreven geneeskundige verstrekkingen mogen verlenen, en de rechthebbenden ertoe gehouden de in artikel 162 bedoelde sociaal inspecteurs en sociaal controleurs alle inlichtingen en bescheiden te verstrekken welke zij ter uitoefening van hun controleopdracht behoeven.

De bepalingen van het vorige lid zijn niet van toepassing op de geneesheren, op de tandheelkundigen en op de apothekers.

De administratieve bescheiden en bewijsstukken van uitgaven en ontvangsten worden verzameld:

- in het ziekenfonds als het gaat om landsbonden ;
- in de gewestelijke dienst als het gaat om de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;
- in de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

**Art. 163bis**

De Koning bepaalt welke procedure dient gevolgd te worden om te bepalen welke bescheiden en gegevens door de verzekeringsinstellingen moeten worden opgesteld, bewaard, voorgelegd of verzameld overeenkomstig de krachtens deze wet voorgeschreven vormen, termijnen of voorwaarden. De Koning kan tevens voorzien in dat bescheiden of gegevens desgevallend op een andere dan papieren drager worden opgesteld, bewaard, voorgelegd of verzameld door de verzekeringsinstellingen.

De Koning kan hierbij bepalen op welke wijze deze bescheiden of gegevens ter beschikking moeten gesteld worden van de dienst voor administratieve controle of van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

Voor de in het raam van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten vereiste gegevens, die door de verzekeringsinstellingen in toepassing van de voorgaande leden opgeslagen of bewaard worden op een andere dan papieren drager, alsmede aan hun weergave op een leesbare drager, wordt in afwijking van artikel 9bis, bewijskracht tot bewijs van het tegendeel verleend, door toepassing van de bepalingen, genomen in uitvoering van artikel 18 van de wet van 4 april 1991 tot regeling van het gebruik van de informatiegegevens van het Rijksregister van de natuurlijke personen door ministeriële diensten en door de instellingen van sociale zekerheid die onder het Ministerie van Sociale Voorzorg ressorteren.

## **Afdeling II**

### **Terugvordering van de ten onrechte betaalde prestaties**

#### **Art. 164. (IR)**

Onder voorbehoud van de toepassing van de artikelen 142, §1 en 146, is hij die, ten gevolge van een vergissing of bedrog, ten onrechte prestaties heeft ontvangen van de verzekering voor geneeskundige verzorging, van de uitkeringsverzekering of van de moederschapsverzekering, verplicht de waarde ervan te vergoeden aan de verzekeringsinstelling die ze heeft verleend. De waarde van de aan een rechthebbende ten onrechte uitgekeerde prestaties wordt terugbetaald door de zorgverlener, die niet over de vereiste kwalificatie beschikt of zich niet aan de wets- of verordeningsbepalingen heeft gehouden. Indien evenwel de erelonen met betrekking tot de ten onrechte uitgekeerde prestaties niet werden betaald, zijn de zorgverlener en de rechthebbende aan wie de verzorging werd verstrekt hoofdzakelijk aansprakelijk voor de terugbetaling van de ten onrechte uitgekeerde prestaties. De prestaties vermeld op getuigschriften, facturen of magnetische dragers, die niet werden ingediend of verbeterd overeenkomstig de in de terzake door de Koning of bij verordening vastgestelde modaliteiten, worden beschouwd als ten onrechte uitgekeerde prestaties en dienen derhalve te worden terugbetaald door de betrokken zorgverlener, dienst of inrichting.

De ten onrechte uitbetaalde prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging die langs de derdebetalersregeling zijn betaald, moeten terugbetaald worden door de zorgverlener die de wets- of verordeningsbepalingen niet heeft nageleefd. Indien een natuurlijke persoon of een rechtspersoon de prestaties voor eigen rekening heeft geïnd, is deze samen met de zorgverlener hoofdelijk aansprakelijk voor de terugbetaling ervan. De Koning legt de regels vast waarop de ten onrechte uitbetaalde prestaties, die betrekking hebben op het in artikel 95 van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008 bedoeld budget van financiële middelen voor de ziekenhuizen, en die begrepen zijn in de bedragen die door de verzekeringsinstellingen in twaalfden worden uitbetaald, worden vastgelegd, aangerekend, teruggevorderd en geboekt.

Alle terugvorderingen van onverschuldigde betalingen, voortvloeiend uit dit artikel, kunnen ingeleid worden volgens de procedure voorzien bij artikel 704, eerste lid, van het Gerechtelijk Wetboek. Zij genieten het voorrecht bedoeld in artikel 19, 4<sup>o</sup>, eerste lid, van de hypotheekwet van 16 december 1851.

Onder voorbehoud van de toepassing van artikelen 142, § 1 en 146, worden alle ten onrechte betaalde prestaties op een bijzondere rekening geboekt. Die prestaties worden teruggevorderd door de verzekeringsinstelling die ze heeft toegekend binnen de door de Koning bepaalde termijnen en met alle middelen, de gerechtelijke inbegrepen.

De administratie van de BTW, Registratie en Domeinen kan overeenkomstig de bepalingen van artikel 206bis van de wet, belast worden met de invordering van de ten onrechte betaalde prestaties waarvan het niet terugvorderen als gewettigd is beschouwd zoals bedoeld in artikel 194, § 1, b).

De Koning kan echter de verzekeringsinstelling ervan vrijstellen bepaalde zeer geringe bedragen terug te vorderen, overeenkomstig de modaliteiten en binnen de perken die Hij vaststelt.

De Koning bepaalt ook de regels volgens welke de verzekeringsinstellingen in behartenswaardige gevallen de toestemming krijgen om op voorstel van de geneesheer-directeur, af te zien van de terugvordering van de ten onrechte aangerekende verstrekkingen. Die gevallen moeten door de betrokken geneesheren-directeurs aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle worden meegedeeld.

Indien door de Dienst voor administratieve controle wordt vastgesteld, hetzij dat een onrechtmatige betaling werd verricht, hetzij dat een prestatie moet worden betaald of aangevuld, kan de verzekeringsinstelling binnen twee maanden na de in artikel 162 bepaalde kennisgeving, het eventuele geschil aanbrengen voor de arbeidsrechtbank.

De Koning kan, in sommige gevallen van aansluiting of inschrijving in een verkeerde hoedanigheid, de rechthebbende die ten onrechte prestaties heeft ontvangen, vrijstellen de waarde ervan terug te betalen. In dit geval, kan Hij eveneens voorzien in de niet terugbetaling van de ten onrechte ontvangen bijdragen.

Deze bepaling is niet toepasselijk indien de aansluiting of de inschrijving in een verkeerde hoedanigheid het gevolg is van bedrieglijke handelingen.

**Art. 164bis.** (IR)

Onverminderd andere verplichtingen die voortvloeien uit deze gecoördineerde wet, is elke verantwoordelijke voor de facturering van geneeskundige verstrekkingen verplicht:

1° procedures te volgen die de facturering van onrechtmatige verstrekkingen voorkomen;

2° daaraan, in geval ze in gebreke blijven, de nodige correcties aan te brengen na verwittiging van de controlediensten van het Instituut.

Indien die verantwoordelijke na een gemotiveerde verwittiging gegeven door een verzekeringsinstelling of door één van de controlediensten van het RIZIV, de voormelde procedure niet aanpast, kan de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle hem veroordelen tot de betaling, bovenop de terugvordering, van een vergoeding die forfaitair is vastgesteld op 10 pct. van het bedrag van de verstrekkingen die voor een eerste bevinding zijn teruggevorderd en op 25 pct. van het bedrag van de verstrekkingen die bij een herhaling in de loop van een periode van twee jaar zijn teruggevorderd.

De Koning bepaalt de bestemming en de boekingswijze van de geïnde vergoedingen.

**Art. 164ter.**

Indien een verzekeringsinstelling vaststelt dat een persoon ondanks schriftelijke aanmaning bij herhaling onverschuldigde bedragen aanrekenent is de verzekeringsinstelling gemachtigd, om onder de door de Koning vastgestelde voorwaarden, het teruggevorderde bedrag te vermeerderen met een vergoeding waarvan de omvang wordt vastgesteld door de Koning in functie van de forfaitair geraamde kosten voor het regulariseren van de verkeerde aanrekeningen.

De betrokken vergoeding wordt ten belope van het door de Koning vastgestelde aandeel geboekt als verzekeringsinkomst.

### **Afdeling III** **Tarifieringsdiensten**

#### **Art. 165.**

Wordt de tegemoetkoming van de verzekeringsinstellingen in de kosten van verstrekkingen gedaan door apothekers niet rechtstreeks door die instellingen aan de gerechtigden gestort, dan worden alle tarifieringsverrichtingen en alle betalingen van de verzekeringsinstellingen voor farmaceutische verstrekkingen verplicht gedaan via door de Minister erkende tarifieringsdiensten.

De Koning stelt de maatstaven tot erkenning van die tarifieringsdiensten vast, na advies van de in artikel 26 bedoelde commissie waar deze de apothekers beoogt.

Die diensten zijn gemachtigd om onder de door de Koning te bepalen voorwaarden van de apothekers een tegemoetkoming in de tarifieringskosten te vorderen.

De apothekers en de geneesheren voor wie de tegemoetkoming gebeurt zoals vermeld in het eerste lid, zijn verplicht aangesloten bij een door hun gekozen tarifieringsdienst.

De Koning kan regels vaststellen betreffende:

1° die aansluiting, onder meer in verband met de opzegging van de aansluiting door de tarifieringsdienst en met de intrekking van de aansluiting door de aangeslotene;

2° de uitbesteding van de tarifiering.

De tarifieringsdiensten zijn verplicht de verzekeringsinstellingen, volgens de door de Koning te bepalen regels, gegevens te verstrekken aangaande de leveringen waarvoor ze tarifieringsverrichtingen uitvoeren.

Deze gegevens die door de Koning nader worden omschreven, hebben betrekking op de aard, de hoeveelheid van de uitgereikte geneesmiddelen[, van de middelen bepaald in artikel 34, 19° en 20°, en de datum van deze uitreiking, de gefactureerde bedragen alsmede op de identificatie van de apotheek, de voorschrijver en de rechthebbende.

De Koning kan bepalen dat de voormelde gegevens door de tarifieringsdiensten via een geïntegreerd gegevensbestand aan de verzekeringsinstellingen worden overgemaakt. De verzekeringsinstellingen maken de betrokken gegevens de gegevens die bekomen worden na tarifiering van de documenten “contante betaling” en de gegevens van de andere leveringen waarvoor zij in het kader van specifieke reglementeringen zelf tarifieringsverrichtingen uitvoeren aan het Instituut over na ze wat de identiteit van de rechthebbende betreft te hebben gecodeerd op een manier die heridentificatie door het Instituut onmogelijk maakt. De Koning stelt de nadere regels vast van deze gegevensoverdrachten.

De mededeling van deze gegevens heeft tot doel de terugbetaling van voorgeschreven geneesmiddelen, moedermelk, dieetvoeding voor medisch gebruik, parenterale voeding en medische hulpmiddelen met uitzondering van die bedoeld in artikel 34, 4°, de mededeling, in het kader van hun wettelijke opdrachten, door de verzekeringsinstellingen van gepersonaliseerde informatie aan hun verzekerden over de financiële gevolgen van de keuze voor een specialiteit alsook aan de betrokken voorschrijvers en zorgverstrekkers om hun aandacht te vestigen op de financiële gevolgen van deze consumptie voor de patiënt en de verzekering geneeskundige verzorging mogelijk te maken alsook enerzijds het toezicht op de voorgeschreven en gefactureerde verstrekkingen te organiseren en anderzijds beleidsinformatie ten behoeve van de bevoegde overheid ter beschikking te stellen, onder meer om de evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen mogelijk te maken. Onder evaluatie van de medische praktijk wordt onder meer verstaan: het opstellen van profielen van voorschrijvers, desgevallend in relatie tot hun patiënten, de studie van het verbruik van geneesmiddelen onder vorm van prevalentiegegevens, de omvang van de co-medicatie; de analyse van de interactie tussen zorgverleners ingeval voorschriften worden afgeleverd door verschillende zorgverleners, het opsporen van indicaties van therapietrouw en het nagaan van de effecten van informatiecampagne en/of medische richtlijnen welke in consensus werden opgesteld. De Koning kan de toepassingsvoorwaarden voor de mededeling van gegevens aan patiënten, voorschrijvers en verstrekkers vastleggen.

De Koning omschrijft de veiligheidsmaatregelen die alle betrokken partijen moeten nemen bij de inzameling, de overdracht en de verwerking van de gegevens overeenkomstig de voormelde doeleinden.

De Koning omschrijft de voorwaarden waaronder gegevens over de voorgeschreven en afgeleverde niet-vergoedbare vergunde geneesmiddelen in een apotheek open voor het publiek ingezameld en overgemaakt worden aan de tarifieringsdiensten. Hij legt de voorwaarden vast waaronder voornoemde gegevens via de tarifieringsdiensten overgemaakt worden aan de verzekeringsinstellingen en aan het Instituut. De Koning stelt de nadere regels vast van deze gegevensoverdrachten. De mededeling van voornoemde gegevens heeft tot doel inzage te krijgen in de kosten gedragen door rechthebbenden voor de voorgeschreven en afgeleverde niet-vergoedbare vergunde geneesmiddelen en in het bijzonder voor rechthebbenden die lijden aan een chronische ziekte, met het oog op de opname van de kosten voor bepaalde van deze geneesmiddelen in de maximumfactuur.

De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit dat uitwerking heeft vanaf het jaar 2001 in welke gevallen en onder welke voorwaarden de kosten die uit de hiervoor bedoelde verplichting voortvloeien kunnen worden aangerekend op de begroting van de administratiekosten van het Instituut en volledig ten laste kunnen worden genomen van de sector geneeskundige verzorging.

Voor de toepassing van de bepalingen van onderhavig artikel worden de geneesheren en de verplegingsinrichtingen die een geneesmiddelendepot houden, met de apothekers gelijkgesteld.

Bij een in Ministerraad overlegd besluit, stelt de Koning de voorwaarden vast waarin de tarifieringsdiensten aan de verzekeringsinstellingen de farmaceutische verstrekkingen afgeleverd door officina's toegankelijk voor het publiek, factureren die werden bezorgd aan begunstigten die gehuisvest zijn in rusthuizen, rust- en verzorgingstehuizen of instellingen waarin jongeren, herstellenden of minder-validen verblijven. Het tarief van de farmaceutische

verstrekkingen waarop dit lid van toepassing is, wordt bepaald door de Koning. De toepassing van deze bepaling mag geen verhoging van de persoonlijke tussenkomst van de rechthebbenden tot gevolg hebben.

De Koning bepaalt de voorwaarden volgens welke de tarifieringsdiensten de door de overheid toegekende vergoeding van bepaalde kosten, verbonden aan de invoering van de sociale identiteitskaart, ingesteld bij het koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de wettelijke pensioenstelsels, onder de bij hen aangesloten apothekers verdelen.

De Koning kan bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepalen dat voor de in artikel 34, 5°, bedoelde verstrekkingen en de farmaceutische specialiteiten die zijn opgenomen in het eerste deel van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 24 maart 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de jaren 2004, 2005 en 2006 de verzekeringstegemoetkoming die de verzekeringsinstellingen verschuldigd zijn aan de apothekers met een voor het publiek toegankelijke officina en aan de geneesheren die een vergunning hebben om een geneesmiddelen depot te houden, verminderd wordt met maximaal 15 pct. van het bedrag van het persoonlijk aandeel dat voor rekening van de rechthebbende wordt gelaten, zoals bedoeld in artikel 37, § 2 en § 4.

## **Afdeling IV**

### **Sancties van toepassing op de verzekeringsinstellingen<sup>7</sup>**

#### **Art. 166**

§ 1. De volgende administratieve sancties worden opgelegd voor de inbreuken bepaald in onderhavige paragraaf :

- a) een geldboete van 1.250 EUR indien de verzekeringsinstelling, ondanks een schriftelijke waarschuwing, binnen een termijn van één maand, de verplichting bedoeld in de artikelen 150 en 163, om documenten en informatie aan de inspectiediensten van het RIZIV te bezorgen, niet vervult of de controle van deze diensten belemmert;
- b) een geldboete van 1.250 euro indien de verzekeringsinstelling, ondanks een schriftelijke waarschuwing, de vastgestelde terugkerende tekortkomingen van dezelfde aard in de organisatie of in het dossierbeheer niet oplost binnen een termijn van twaalf maanden. Deze regularisatietermijn van twaalf maanden kan door het algemeen beheerscomité worden verlengd op vraag van de verzekeringsinstelling voor zover uitzonderlijke omstandigheden dit rechtvaardigen »;
- c) een geldboete van 62,50 EUR indien de verzekeringsinstelling de verjaring niet heeft gestuit voor de terugvordering van onverschuldigde betalingen van 151 EUR of meer.

Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 EUR indien de onverschuldigde betaling hoger is dan 1.250 EUR;

- d) een geldboete van 125 EUR indien de verzekeringsinstelling het onverschuldigde bedrag niet binnen een termijn van twee maanden te rekenen vanaf de kennisgeving van een vaststelling door de Dienst voor administratieve controle waartegen de verzekeringsinstelling geen beroep heeft ingesteld, heeft ingeschreven op de bijzondere rekening en in mindering heeft gebracht van de uitgaven van de verplichte verzekering;
- e) een geldboete van 125 EUR indien de verzekeringsinstelling niet binnen een termijn van twee maanden, te rekenen vanaf de kennisgeving van een schriftelijke waarschuwing, het onverschuldigd bedrag dat door haar zelf vastgesteld werd, heeft ingeschreven op de bijzondere rekening en in mindering heeft gebracht van de uitgaven van de verplichte verzekering;
- f) een geldboete van 125 EUR per verzekerde of per zorgverlener, indien de verzekeringsinstelling, ten gevolge van een fout, vergissing of nalatigheid, onverschuldigde prestaties, evenals te hoge prestaties heeft betaald aan een verzekerde of een zorgverlener, dan wel onvoldoende bijdragen of onvoldoende aanvullende bijdragen heeft geïnd;
- g) een geldboete van 125 EUR per verzekerde of per geval van verkeerde toekenning of ten onrechte behoud indien de verzekeringsinstelling binnen een termijn van één tot zes

---

<sup>7</sup> Deze bepalingen [...] zijn enkel van toepassing op inbreuken begaan na hun inwerkingtreding.

Indien evenwel de sanctie voorzien door bovenbedoelde bepalingen, zoals van toepassing op het ogenblik van de beslissing, minder hoog is dan de sanctie die van toepassing was op het ogenblik waarop de inbreuk werd gepleegd, dan zal de leidende ambtenaar de sanctie voorzien door de nieuwe bepalingen toepassen. (art. 15. Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) BS 02/06/2010)



maanden te rekenen vanaf de kennisgeving van een schriftelijke waarschuwing, niet het bewijs heeft geleverd dat de aansluiting of inschrijving van een verzekerde in een verkeerde hoedanigheid werd geregulariseerd of dat de verhoogde tegemoetkoming of de maximumfactuur gelinkt aan het inkomen is opgeheven;

- h) een geldboete van 250 EUR per geval van niet-inschrijving, indien de verzekeringsinstelling na afloop van een termijn van twee maanden te rekenen vanaf de kennisgeving van een schriftelijke waarschuwing, niet heeft bewezen dat het onverschuldigde bedrag of het bedrag van de geldboete ten laste van de administratiekosten is genomen;
- i) een geldboete van 50 EUR per bedrag, indien de verzekeringsinstelling bedragen heeft ingeschreven, op de lijsten van effectief teruggevorderde bedragen in toepassing van artikel 195, terwijl het bedrag er niet op mocht voorkomen of het ten onrechte vermeld bedrag van een vorig jaar niet werd geregulariseerd.

Het bedrag van de geldboete wordt verhoogd tot 125 EUR voor een ten onrechte vermeld bedrag tussen 300 EUR en 1.250 EUR en tot 250 EUR indien het ten onrechte vermelde bedrag hoger is dan 1.250 EUR.

- § 2. Indien er verzachtende omstandigheden zijn, kan de leidend ambtenaar, of de door hem aangewezen ambtenaar, een administratieve geldboete opleggen die lager is dan die bedoeld in § 1, maar die niet lager kan zijn dan 50 % van het in § 1 bedoelde bedrag. Hij kan overigens volledig of gedeeltelijk uitstel van betaling van de geldboete toekennen indien er tijdens de twee vorige jaren geen enkele straf voor soortgelijke overtredingen werd uitgesproken.

§ 3. De inbreuken bedoeld in artikel 166, § 1, van de gecoördineerde wet worden opgenomen in een verslag dat door de sociaal inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle wordt opgesteld. Hun vaststellingen zijn bewijskrachtig behoudens tegenbewijs.

Het verslag met de vaststelling van de inbreuk wordt met een aangetekende brief ter kennis gebracht aan de betrokken verzekeringsinstelling binnen de termijn voorzien in artikel 162. Een exemplaar wordt overgemaakt aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle.

De kennisgeving van het verslag met de vaststelling van de inbreuk stuit de verjaring bedoeld in artikel 174, eerste lid, 8°.

De betrokken verzekeringsinstelling beschikt over een termijn van twee maanden te rekenen vanaf de ontvangst van het verslag, om verweermiddelen te laten gelden bij aangetekende brief gericht aan de leidend ambtenaar.

De leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar beslist of een administratieve geldboete moet worden opgelegd nadat hij de verzekeringsinstelling uitgenodigd heeft verweermiddelen te laten gelden.

De beslissing van de leidend ambtenaar, of de door hem aangewezen ambtenaar, bepaalt het bedrag van de geldboete en is vergezeld van een uitnodiging om de geldboete te vereffenen binnen een termijn van drie maanden te rekenen vanaf de dag van de kennisgeving van de beslissing. De opbrengst van de geldboetes wordt aan het Instituut gestort.

- § 4. Indien de verzekeringsinstelling de geldboete niet betaalt, wordt de beslissing van de leidend ambtenaar die niet is betwist of de gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is getreden aan de FOD Financiën, Administratie van het kadaster, de registratie en de domeinen overgemaakt met het oog op de invordering van het bedrag van de geldboete.
- § 5. Wanneer eenzelfde feit meerdere inbreuken uitmaakt, wordt enkel de zwaarste sanctie toegepast.

In geval van samenloop van verscheidene overtredingen voorzien in § 1, worden de sancties voorzien bij deze bepaling samengevoegd.

## HOOFDSTUK IV RECHTSCOLLEGES EN SANCTIES

### **Afdeling I** **Rechtscolleges**

#### **Art. 167.**

Zonder afbreuk te doen aan de bepalingen van artikel 52, § 3, behoren de betwistingen in verband met de rechten en voortvloeiend uit de wetgeving en reglementering betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tot de bevoegdheid van de arbeidsrechtbank.

De bestreden administratieve rechtshandelingen moeten, op straffe van verval, binnen een maand na de kennisgeving ervan aan de bevoegde arbeidsrechtbank voorgelegd worden.

De vordering ingeleid voor de arbeidsrechtbank werkt niet schorsend.

In de zaken waarin een medisch expert wordt aangewezen, worden de voorschotten, de erelonen en de kosten van deze expert die vervat zijn in de nota die hij opstelt overeenkomstig de bepalingen van het Gerechtelijk Wetboek, aangeduid met toepassing van het door de Koning vastgestelde tarief.

## **Afdeling II**

### **Administratieve en strafsancties**

#### **Art. 168.**

Op voorstel of na advies van de Dienst voor administratieve controle stelt de Koning de administratieve sancties vast die toepasselijk zijn in geval van overtreding van de bepalingen van deze gecoördineerde wet of van haar uitvoeringsbesluiten en -verordeningen.

De Koning bepaalt tevens de nadere regelen tot toepassing van die sancties.

Onverminderd de bepalingen van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, worden administratieve geldboetes, opgelegd aan de geneesheren en tandheekundigen die de honoraria en de andere bedragen niet naleven die voortvloeien uit de bepalingen van artikel 50, § 11, en aan de vroedvrouwen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, paramedische medewerkers en de beheerders van verzorgingsinstellingen die de honoraria en prijzen niet naleven die voortvloeien uit de bepalingen van artikel 49, § 5.

Dezelfde administratieve geldboete wordt opgelegd aan de zorgverlener die is toetreden tot het akkoord of de overeenkomst en die de daarin bepaalde honoraria en prijzen niet naleeft.

Het bedrag van de administratieve geldboete is gelijk aan driemaal het bedrag van de overschrijding met een minimum van 125 EUR. Aan de zorgverlener die de informatieplicht bedoeld in artikel 73, § 1, vierde lid en volgende leden niet naleeft wordt eveneens een administratieve geldboete van 125 euro opgelegd.

De verantwoordelijke personen van de erkende rustoorden voor bejaarden en de erkende rust- en verzorgingstehuizen die de aanvragen om tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging hebben ondertekend en de aanwezigheidsnormen voor het personeel en/of de normen voor de bezoldigingsvoorwaarden van dat personeel niet naleven, welke normen zijn vastgesteld krachtens de bepalingen van artikel 37, § 12, worden gestraft met een administratieve geldboete.

*Zesde lid opgeheven bij: Wet 24-12-99 - B.S. 31-12 - ed. 3.*

De personen die overeenkomstig artikel 1384 van het Burgerlijk Wetboek ter zake burgerrechtelijk aansprakelijk is, is er echter toe gehouden de geldboete te betalen die aan zijn aangestelde is opgelegd.

De Koning bepaalt het bedrag van de geldboeten waarvan het maximum niet hoger mag liggen dan 50 pct. van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de litigieuze periode.

De definitieve beslissingen die met toepassing van de in de vorige leden bedoelde bepalingen worden uitgesproken, zijn van rechtswege uitvoerbaar. In geval de schuldenaar in gebreke blijft, kan de Administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen ermee belast worden de administratieve geldboete in te vorderen overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

De sociaal inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle zijn bevoegd om vast te stellen dat een getuigschrift voor verstrekte zorg of een factuur niet overeenkomstig de geldende reglementering is opgesteld.

Deze vaststellingen gelden tot bewijs van het tegendeel.

De Dienst voor administratieve controle spreekt - ten laste van de zorgverlener en onder de door de Koning te bepalen voorwaarden - een sanctie van 125 EUR uit per verkeerdelijk opgesteld getuigschrift of opgestelde factuur.

**Art. 168bis.**

In geval van overtreding van de bepalingen van artikel 72bis, §§ 1 en 2, wordt een administratieve geldboete opgelegd door de Dienst voor administratieve controle aan de onderneming die de betrokken farmaceutische specialiteit of verpakking(en) in de handel brengt en ten laste van wie de overtreding is vastgesteld.

De Koning bepaalt het bedrag van de geldboeten waarvan het minimum niet lager mag zijn dan 5.000 EUR en waarvan het maximum niet hoger mag zijn dan 100 pct. van de omzet die verwezenlijkt is op de Belgische markt voor de betreffende specialiteit of verpakking(en) gedurende het jaar voorafgaand aan dat waarin de overtreding werd begaan. Hij bepaalt tevens de nadere regels tot toepassing van die sanctie.

In geval de schuldenaar in gebreke blijft, kunnen de definitieve beslissingen, die met toepassing van het vorig lid worden uitgesproken aan de administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen worden toevertrouwd ter invordering van de geldboete, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

*Art. 168ter. (opgeheven)*

**Art. 168quater.**

Elke zorgverlener die niet de minimale verhouding prestaties bereikt waarop de verplichting rust om het remgeld van de rechthebbende te innen, zoals voorzien in artikel 37, § 17, kan een administratieve boete opgelegd krijgen.

De sociaal inspecteurs van de Dienst voor administratieve controle zijn bevoegd overtredingen bedoeld in het eerste lid, bij proces-verbaal vast te stellen, op basis van gegevens die door de verzekeringsinstellingen worden verstrekt aan het Instituut.

Een afschrift van het proces-verbaal moet op straffe van nietigheid bij ter post aangetekende brief aan de betrokken zorgverlener worden betekend binnen de veertien dagen volgend op de vaststelling.

Voor er enige administratieve geldboete wordt opgelegd, wordt de betrokken zorgverlener uitgenodigd zijn verweer te laten gelden bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle.

Het bedrag van de geldboete wordt vastgelegd door de Koning; het mag niet minder zijn dan 125 euro en mag 12.500 euro niet overschrijden.

De administratieve boete wordt berekend op basis van het totale bedrag van de tussenkomst van de verzekering in de verstrekkingen waarop de in het eerste lid bedoelde verplichting rust en op basis van de hoeveelheid daadwerkelijke inningen van het persoonlijk aandeel in de loop van een door de Koning vastgestelde referentieperiode. Ingeval van herhaling, kan het bedrag van de boete worden verdubbeld.

De geldboete wordt opgelegd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle en de beslissing wordt bij een ter post aangetekende brief aan de zorgverlener gezonden. De aldus verzonden brief wordt geacht ontvangen te zijn op de eerste werkdag volgend op de afgifte van het schrijven aan De Post. De betekening bevat meer bepaald de motivering van de uitspraak, het bedrag van de administratieve geldboete en de modaliteiten van betaling aan het Instituut. De betekening vermeldt tevens dat tegen de uitspraak beroep kan worden aangetekend bij de arbeidsrechtbank en bepaalt nader de vorm en de termijnen van dat beroep.

De Koning stelt de gegevens, bedoeld in het tweede lid, vast die door de verzekeringsinstellingen moeten worden verstrekt aan het Instituut alsmede de modaliteiten van de berekening van de geldboete.

Wanneer de schuldenaar in gebreke blijft, worden de definitieve boetes met het oog op inning overgezonden aan de administratie van de Belasting op de toegevoegde waarde, registratie en domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

De opbrengst van de boeten wordt aan het Instituut gestort.

**Art. 168quinquies.** <sup>8</sup>

§ 1. Een administratieve geldboete van minimum 50 EUR en maximaal 500 EUR wordt opgelegd aan de sociaal verzekerde die op basis van een valse verklaring of een vals bescheid ten onrechte prestaties genoten heeft zoals voorzien in titel III.

§ 2. Wordt uitgesloten van het recht op uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid, moederschaps-, vaderschaps- en adoptieverlof voor ten minste 1 en ten hoogste 200 daguitkeringen :

1° de sociaal verzekerde die, op basis van een valse verklaring of een vals bescheid, ten onrechte uitkeringen genoten heeft;

2° de sociaal verzekerde die aan de verzekeringsinstelling niet elke wijziging van het inlichtingsblad in te vullen door de gerechtigde meedeelt voor zover deze wijziging een weerslag heeft op de uitkeringen;

3° de sociaal verzekerde die tijdens een uitkeringsgerechtigde periode :

a) ofwel een activiteit heeft hervat zonder voorafgaande toestemming van de adviserend geneesheer;

b) ofwel de verzekeringsinstelling niet op de hoogte gebracht heeft van de hervatting van een activiteit;

c) ofwel zijn inkomsten niet heeft aangegeven aan zijn verzekeringsinstelling.

§ 3. De duur van de uitsluiting voorzien in § 2, 2° en 3° wordt vastgesteld in functie van de duur van de inbreuk :

1° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste één dag en ten hoogste 36 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste één en ten hoogste 30 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend;

2° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 37 dagen en ten hoogste 102 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 31 en ten hoogste 140 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend;

3° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 103 dagen en ten hoogste 144 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 141 en ten hoogste 185 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend;

4° kan van de uitkeringen uitgesloten worden gedurende ten minste 145 dagen en ten hoogste 180 dagen, de verzekerde die gedurende ten minste 186 dagen een niet toegelaten activiteit heeft uitgeoefend.

Indien er verzachtende omstandigheden aanwezig zijn kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar een administratieve sanctie opleggen die lager is dan de administratieve sanctie voorzien in §§ 1 en 4.

---

<sup>8</sup> Deze bepalingen [...] zijn enkel van toepassing op inbreuken begaan na hun inwerkingtreding.

Indien evenwel de sanctie voorzien door bovenbedoelde bepalingen, zoals van toepassing op het ogenblik van de beslissing, minder hoog is dan de sanctie die van toepassing was op het ogenblik waarop de inbreuk werd gepleegd, dan zal de leidend ambtenaar de sanctie voorzien door de nieuwe bepalingen toepassen. (art. 15. Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) BS 02/06/2010)



Wanneer bij het uitspreken van een administratieve geldboete of uitsluiting is vastgesteld dat de sociaal verzekerde generlei administratieve geldboete of uitsluiting is opgelegd in het voorgaande jaar kan de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar bovendien geheel of gedeeltelijk de geldboete of uitsluiting met uitstel opleggen gedurende een termijn van twee jaar vanaf de datum van de uitspraak.

Indien er gedurende deze termijn van twee jaar ten laste van betrokkene een nieuwe inbreuk wordt vastgesteld, dan worden de uitgestelde en de nieuwe sanctie samengevoegd.

De leidend ambtenaar kan een administratieve sanctie opleggen die tot een vierde hoger is wanneer het werk niet werd aangegeven bij de sociale zekerheid.

In dat geval kan de duur van de uitsluiting het maximum voorzien in paragraaf 2 overschrijden.

- § 4.** In geval van samenloop van verscheidene inbreuken worden de sancties samengevoegd. Wanneer éénzelfde feit meerdere inbreuken uitmaakt zoals bedoeld in § 2, wordt alleen de zwaarste straf opgelegd.

Indien een nieuw inbreuk plaatsvindt binnen twee jaar volgend op de kennisgeving van de beslissing die een administratieve boete of uitsluiting oplegt, kan het bedrag van de boete of de duur van de uitsluiting worden verdubbeld.

- § 5.** De kennisgeving aan de sociaal verzekerde van het proces-verbaal van vaststelling van de inbreuken gebeurt middels een aangetekende brief, binnen een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de dag volgend op de vaststelling van de inbreuk.
- § 6.** De sancties worden uitgesproken, hetzij door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle, hetzij de door hem aangewezen ambtenaar.

De beslissing wordt genomen nadat de sociaal verzekerde via een aangetekende brief uitgenodigd werd om binnen de 14 dagen zijn verweer te doen gelden.

De beslissing van de leidend ambtenaar of de door hem aangewezen ambtenaar bepaalt het bedrag van de geldboete of de periode van uitsluiting.

De beslissing wordt ter kennis gebracht aan de sociaal verzekerde met een aangetekende brief en wordt geacht te zijn ontvangen de eerste werkdag die volgt op het overhandigen van de briefomslag bij de post. Zij heeft uitwerking de dag van de kennisgeving.

De opbrengst van de administratieve geldboeten wordt aan het Instituut overgemaakt.

De administratieve geldboete moet worden betaald binnen de drie maanden te rekenen vanaf de datum van de kennisgeving van de beslissing.

§ 7. De definitieve beslissing tot betaling van de geldboete is van rechtswege uitvoerbaar.

Wanneer de verzekerde in gebreke blijft om de boete te betalen wordt de beslissing van de leidend ambtenaar of de gerechtelijke beslissing die in kracht van gewijsde is getreden aan de FOD Financiën, Administratie van de Belasting op de toegevoegde waarde, registratie en domeinen met het oog op inning van het bedrag van de geldboete overgezonden.

Een kopie van de beslissing van de leidend ambtenaar wordt medegedeeld aan de verzekeringsinstelling.

§ 8. Een uitsluiting of een geldboete kan niet meer worden uitgesproken vanaf de dag dat er drie jaar verlopen zijn sinds het vergrijp is begaan.

De kennisgeving van het proces-verbaal van vaststelling stuit de verjaring van de inbreuk.

De uitgesproken administratieve sancties verjaren na drie jaar. De verjaringstermijn neemt een aanvang de dag volgend op de kennisgeving aan de betrokkene.

Nochtans, indien deze beroep heeft ingesteld bij de arbeidsrechtbank, dan wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde getreden beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding.

De verjaring word eveneens geschorst tijdens periodes van werkloosheidsuitkeringen of tijdens periodes waarin het uitkeringsbedrag herleid is tot nul overeenkomstig artikel 136, § 2.

Wanneer de inbreuk heeft aanleiding gegeven tot strafrechtelijke vervolgingen, wordt de verjaring geschorst totdat een in kracht van gewijsde getreden beslissing een einde heeft gemaakt aan het geding.

Wanneer een administratieve sanctie, welke de uitsluiting van prestaties van dezelfde aard voorziet, op een sociaal verzekerde word toegepast die reeds onder de toepassing van een vorige sanctie valt, gaat de uitwerking van de nieuwe sanctie enkel in bij het verstrijken van de uitwerking van de vorige sanctie.

### **Art. 168sexies.<sup>9</sup>**

De administratieve sancties vermeld in de artikelen 166, 168, 168bis, 168ter, 168quater en 168quinquies kunnen enkel worden opgelegd, voor zover het openbaar ministerie oordeelt dat er geen strafvervolging moet worden ingesteld of geen toepassing maakt van de artikelen 216bis en 261ter van het Wetboek van strafvordering.

---

<sup>9</sup> Deze bepalingen [...] zijn enkel van toepassing op inbreuken begaan na hun inwerkingtreding.

Indien evenwel de sanctie voorzien door bovenbedoelde bepalingen, zoals van toepassing op het ogenblik van de beslissing, minder hoog is dan de sanctie die van toepassing was op het ogenblik waarop de inbreuk werd gepleegd, dan zal de leidend ambtenaar de sanctie voorzien door de nieuwe bepalingen toepassen. (art. 15. Wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid (I) BS 02/06/2010)

**Art. 169.**

De inbreuken op de bepalingen van deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten en verordeningen en de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet en de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet, worden opgespoord en vastgesteld overeenkomstig het Sociaal Strafwetboek.

De sociaal inspecteurs, bedoeld in artikel 16, 1<sup>o</sup>, van het Sociaal Strafwetboek, beschikken over de in de artikelen 23 tot 39 van het Sociaal Strafwetboek bedoelde bevoegdheden wanneer zij, ambtshalve of op verzoek, optreden in het kader van hun opdracht tot informatie, bemiddeling en toezicht inzake de naleving van de bepalingen van deze wet, zijn uitvoeringsbesluiten en verordeningen en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet en van de overeenkomsten en akkoorden afgesloten krachtens dezelfde wet.

De inbreuken worden bestraft overeenkomstig het Sociaal Strafwetboek, met uitzondering van de inbreuken lastens de in artikel 2, n), gedefinieerde zorgverleners en gelijkgestelde personen, bedoeld in en vervolgd overeenkomstig de artikelen 73, 73bis, 138 tot 140, 142 tot 146bis, 150, 156, 157, 164 en 174.

*Art. 170. (opgeheven)*

*Art. 171. (opgeheven)*

*Art. 172. (opgeheven)*

*Art. 173. (opgeheven)*

*Art. 173bis. (opgeheven)*

## HOOFDSTUK V VERJARING

### **Art. 174.** *(IR)*

- 1° De vordering tot betaling van prestaties der uitkeringsverzekering verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop die uitkeringen betrekking hebben;
- 2° de vordering van degene die prestaties van de uitkeringsverzekering genoten heeft, tot betaling van de sommen welke die prestaties tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de prestaties zijn uitbetaald;
- 3° de vordering tot betaling van geneeskundige verstrekkingen verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin de verzorging is verstrekt of deze prestaties al dan niet betaald werden via de derdebetalersregeling;
- 4° de vordering tot betaling van sommen welke de betaling voor de geneeskundige verstrekkingen, die verleend is, tot een hoger bedrag zouden opvoeren, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die betaling is gedaan;
- 5° de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de uitkeringsverzekering ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn uitbetaald;
- 6° de vordering tot terugvordering van de waarde der ten laste van de verzekering voor geneeskundige verzorging ten onrechte verleende prestaties, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarin die prestaties zijn vergoed;
- 7° na een termijn van twee jaar, met ingang van het einde van de maand waarin een prestatie op onrechtmatige wijze door een verzekeringsinstelling betaald is, moet deze niet worden geboekt op de in artikel 164 bedoelde bijzondere rekening;
- 8° de in artikel 166 bedoelde overtredingen zijn verjaard na verloop van twee jaar, te rekenen vanaf het einde van de maand waarin zij zijn begaan;

9° de vordering tot terugbetaling van de ten onrechte betaalde persoonlijke bijdragen gesteund op de uitvoeringsmaatregelen van de artikelen 123 en 125, verjaart twee jaar na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben evenwel, voor de bijdrage verschuldigd door de in artikel 32, eerste lid, 15°, bedoelde gerechtigden, verjaart de vordering tot terugbetaling van ten onrechte betaalde persoonlijke bijdragen vijf jaar na het einde van de maand waarop ze betrekking hebben;

10° voor de toepassing van artikel 142, § 1, moeten de vaststellingen, op straffe van nietigheid, binnen de twee jaar plaatsvinden :

a) te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de strafbare feiten hebben ontvangen;

b) te rekenen vanaf de datum waarop de door de profielencommissies of door het Nationaal College van adviserend geneesheren overgezonden vaststellingen worden ontvangen door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. ;

Van de in 1°, 2°, 3° en 4°, bedoelde verjaringen mag niet worden afgezien.

De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen worden vastgesteld op een jaar ingeval van een onverschuldigde betaling die voortvloeit uit een juridische of materiële vergissing van de verzekeringsinstelling en wanneer de per vergissing gecrediteerde verzekerde niet wist of niet moest weten dat hij geen recht had of niet langer recht had op de betaalde prestatie, geheel of gedeeltelijk.

De in 5°, 6° en 7° bedoelde verjaringen gelden niet als het ten onrechte verlenen van prestaties het gevolg zou zijn van bedrieglijke handelingen waarvoor hij wie ze tot baat strekten, verantwoordelijk is. In dat geval bedraagt de verjaringstermijn 5 jaar. Voor de feiten die aan het in artikel de in artikel 143 bedoelde Leidend ambtenaar en de in artikel 144 bedoelde Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep zijn voorgelegd, gaat de in 6° bepaalde verjaring pas in op de datum waarop een definitieve beslissing de Leidend ambtenaar, Kamer van eerste aanleg of de Kamer van beroep is genomen.

Een ter post aangetekend schrijven volstaat om een in dit artikel bedoelde verjaring te stuiten. De stuiting kan worden vernieuwd.

De in 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verjaringen worden geschorst door overmacht.

De Koning bepaalt de wijze waarop en de voorwaarden waaronder de overmacht kan worden ingeroepen.

## **Hoofdstuk Vbis. Betalingsvoorwaarden**

### **Art. 174bis.**

Ingeval van wijziging van de verzekeraarheidsgegevens waardoor het persoonlijk aandeel voor farmaceutische verstrekkingen zoals bedoeld in artikel 165 wordt verminderd, kan de verzekeringsinstelling de aan de rechthebbende verschuldigde terugbetalingen globaliseren tot een bedrag van 5 euro bereikt is. .

## **HOOFDSTUK VI BEËDIGING**

### **Art. 175.**

De Voorzitter van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, legt de eed af ten overstaan van de minister.

De in artikel 146 bedoelde geneesheren-inspecteurs, apothekers-inspecteurs, verpleegkundigencontroleurs en de sociaal controleurs en de in artikel 162 bedoelde sociaal inspecteurs en de sociaal controleurs, leggen de eed af ten overstaan van de voorzitter van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, respectief de voorzitter van het Comité van de Dienst voor administratieve controle.

De Koning bepaalt de eedformules.



**TITEL VIII**  
**GEMEENSCHAPPELIJKE BEPALINGEN TER ZAKE VAN HET INSTITUUT, VAN**  
**DE HULPKAS VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING EN VAN DE**  
**KAS DER GENEESKUNDIGE VERZORGING VAN DE NATIONALE**  
**MAATSCHAPPIJ DER BELGISCHE SPOORWEGEN**

**HOOFDSTUK I**  
**PERSONEEL**

**Art. 176.**

Het Instituut en de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering beschikken ieder over hun eigen personeel.

**Art.176bis.**

In het kader van een wettelijke opdracht kan het Instituut voor functies van medisch-wetenschappelijke aard personeelsleden bij arbeidsovereenkomst aanwerven en binnen de perken van de personeelsenveloppe bezoldigen in een hogere weddenschaal dan die welke aan de Rijksambtenaren bij zijn aanwerving wordt toegekend.

De Koning bepaalt het statuut en de aanwervingsprocedure van de in het eerste lid bedoelde personeelsleden.

**Art. 177.**

Het personeel van het Instituut staat onder de leiding van de Administrateur-generaal, bijgestaan door de Adjunct-administrateur-generaal.

Zij worden in hun opdrachten terzijde gestaan door een directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige verzorging, een directeur-generaal van de Dienst voor uitkeringen en een directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen alsmede door een geneesheer-directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en een directeur-generaal van de Dienst voor administratieve controle. Deze ambtenaren voeren de titel van leidend ambtenaar. Onder het gezag van de Administrateur-generaal alsmede van de Adjunct-administrateur-generaal oefenen zij de leiding uit van de betrokken diensten.

[De Koning stelt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de houders van de managementfuncties aan die belast zijn met de leiding van het Instituut.]

[De Koning stelt de houders van de managementfuncties aan die de leiding uitoefenen van de in het tweede lid bedoelde diensten en desgevallend den andere houders van de managementfuncties, op voorstel van de minister en van het Algemeen Comité, na voordracht van de administrateur-generaal.]

[De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het statuut en de procedure van aanstelling van de houders van de managementfuncties.]

**Art. 178.**

*Opgeheven bij: Wet 29-4-96 - B.S. 30-4 (°°°)*

**Art. 179.**

*Opgeheven bij: Wet 29-4-96 - B.S. 30-4 (°°°°)*

---

(°°) van toepassing vanaf 1-3-1997 (K.B. 18-3-97 - B.S. 5-4)

(°°°°) van toepassing vanaf 1-3-1997 (K.B. 18-3-97 - B.S. 5-4)

**Art. 180.**

Het personeel van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering staat onder de leiding van de houder van de managementfunctie belast met het dagelijks beheer van de instelling, bijgestaan door een adjunct.

De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het statuut en de procedure van aanstelling van de in dit artikel vermelde ambtenaren.

**Art. 181.**

De Administrateur-generaal, bijgestaan door de Adjunct-administrateur-generaal, oefent de bevoegdheden inzake dagelijks beheer uit die hem door het Algemeen Comité en de beheersorganen van de bijzondere diensten in hun huishoudelijk reglement werden toevertrouwd.

De Administrateur-generaal en de Adjunct-administrateur-generaal wonen ambtshalve de vergaderingen bij van de beheersorganen van het Instituut en van de raden, colleges, commissies en comités die werkzaam zijn in de schoot van het Instituut.

De Administrateur-generaal van het Instituut is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Algemeen comité en van de andere beheersorganen van de bijzondere diensten.

Hij staat in voor het secretariaat van het Algemeen comité.

De administrateur-generaal vertegenwoordigt het Instituut in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen, en treedt rechtsgeldig in haar naam en voor haar rekening op, zonder dat hij zulks door een beslissing van een comité of een raad moet staven.

Ingeval de Administrateur-generaal verhinderd is worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door de Adjunct-administrateur-generaal en ingeval deze verhinderd is door een door het Algemeen comité aangewezen ambtenaar van het Instituut.

Voor een vlotte afhandeling van de zaken kunnen de beheersorganen, van de bijzondere diensten onder de voorwaarden die zij vaststellen, de Administrateur-generaal machtigen een gedeelte van zijn bevoegdheden over te dragen aan de ambtenaren bedoeld in artikel 177, tweede lid.

*Achtste lid opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

**Art. 181bis.**

*Opgeheven bij: Wet 14-1-02 - B.S. 22-2 - ed. 1*

## **Art. 182.**

§ 1. De directeur-generaal van de Dienst voor uitkeringen bedoeld in artikel 177, tweede lid, is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen en van het Beheerscomité voor de mijnwerkers, waartoe hij overeenkomstig artikel 181, zevende lid, werd gemachtigd.

Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen en van het Beheerscomité voor de mijnwerkers bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont ambtshalve de vergaderingen bij van de raden en commissies die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Ingeval bovenvermelde directeur-generaal van de Dienst voor uitkeringen verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door een door het Algemeen comité aangewezen ambtenaar van genoemde dienst.

§ 2. De directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige verzorging bedoeld in artikel 177, tweede lid, is belast met de uitvoering van de beslissingen van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging waartoe hij overeenkomstig artikel 181, zevende lid, werd gemachtigd.

Hij woont de vergaderingen van de Algemene raad en van het Verzekeringscomité bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij woont ambtshalve de vergaderingen bij van de raden, de colleges, commissies en comités die werkzaam zijn in de schoot van de Dienst of kan zich daarop doen vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

Ingeval bovenvermelde directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige verzorging verhinderd is, worden zijn bevoegdheden uitgeoefend door een door het Algemeen comité aangewezen ambtenaar van genoemde dienst.

§ 3. De directeur-generaal van de Dienst voor uitkeringen en die van de Dienst voor geneeskundige verzorging, vermeld in § 1 en § 2 alsmede de in § 4 vermelde directeur-generaal van het Fonds voor de Medische Ongevallen wonen de vergaderingen van het Algemeen comité bij.

§ 4. De directeur-generaal van het in artikel 177, tweede lid, bedoelde Fonds, wordt belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen, waartoe hij overeenkomstig artikel 181, zevende lid, is gemachtigd.

Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de dienst van het Fonds voor de Medische Ongevallen bij en neemt het secretariaat ervan waar.

Hij woont ambtshalve de vergaderingen bij van de raden en commissies die in de dienst werkzaam zijn of kan zich daarop laten vertegenwoordigen door de ambtenaar die hij aanwijst.

**Art. 183.**

De geneesheer directeur-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle is belast met de uitvoering van de beslissingen van zijn Comité overeenkomstig de bevoegdheid die hem werd toegekend krachtens het artikel 181, zevende lid. Hij woont de zittingen van dit Comité bij en verzekert het secretariaat.

De directeur-generaal van de Dienst voor administratieve controle is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Algemeen beheerscomité, genomen ter uitvoering van het artikel 12, 8° en 9°, overeenkomstig de bevoegdheid die hem werd toegekend krachtens het artikel 181, zevende lid.

Ingeval bovenvermelde geneesheer-directeur-generaal en de directeur-generaal verhinderd zijn, worden hun bevoegdheden uitgeoefend door een door het Algemeen comité aangewezen ambtenaar van de betrokken dienst.

De in de voorgaande leden vermelde geneesheer-directeur-generaal van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle en de directeur-generaal van de Dienst voor Administratieve Controle wonen de vergaderingen van het Algemeen comité bij.

**Art. 184.**

De houder van een managementfunctie van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is belast met de uitvoering van de beslissingen van het Beheerscomité van de Hulpkas.

Hij woont de vergaderingen van het Beheerscomité van de Hulpkas bij en staat in voor het secretariaat ervan.

Hij oefent de machten uit inzake dagelijks beheer welke door het Beheerscomité van de Hulpkas zijn omschreven in zijn huishoudelijk reglement.

De houder van een managementfunctie van de Hulpkas vertegenwoordigt die Hulpkas in de gerechtelijke en buitengerechtelijke handelingen. Hij gaat geen persoonlijke verbintenissen aan en is enkel verantwoordelijk voor de uitvoering van zijn opdracht.

Ingeval de houder van een managementfunctie verhinderd is, worden zijn machten uitgeoefend door de adjunct en, ingeval deze verhinderd is, door een door het Beheerscomité aangewezen personeelslid van de Hulpkas.

Voor een vlottere afhandeling van de zaken, kan het Beheerscomité, onder de voorwaarden welke het vaststelt, de houder van een managementfunctie machtigen een gedeelte van zijn machten op te dragen aan personeelsleden van de Hulpkas.

**Art. 185.**

§ 1. De personeelsleden van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering worden aangeworven, benoemd, voor de dienst aangewezen, bevorderd, ontslagen en afgezet door het Beheerscomité van de Hulpkas.

Niettegenstaande de bepalingen van het personeelsstatuut van de Hulpkas, mag het Beheerscomité de adviserend-geneesheren van die instelling ontslaan of afzetten zonder andere voorwaarde dan de intrekking van hun erkenning door het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (°).

§ 2. In afwijking van artikel 12, 3°, worden de geneesheren-inspecteurs, de apothekers-inspecteurs, de verpleegkundigen-controleurs en de sociaal controleurs bedoeld in artikel 146 en de sociaal inspecteurs en controleurs bedoeld in artikel 162 benoemd door de Koning op voorstel van de Directieraad van het Instituut. Zij worden teruggezet in graad, van ambtswege ontslagen of afgezet door de Koning.

**Art. 186.**

De personeelsleden van het Instituut, aangewezen voor de algemene diensten en voor de bijzondere diensten van dat Instituut, mogen mededingen voor benoemingen, dienstaanwijzingen en bevorderingen in één of andere van die diensten.

In geval van overdrachten naar het Instituut die aanleiding geven tot de opstelling van afzonderlijke personeelsformaties en taalkaders, kan de Koning evenwel voor een duur die Hij bepaalt, tussen die formaties en kaders als overgangsmaatregel een afsluiting instellen in verband met overplaatsing, graadverandering en bevordering.

In het organiek kader van het Instituut worden de betrekkingen van het administratief personeel van de niveaus 2 en 3 tot 31 december 2002 als evenwaardig beschouwd voor de vaststelling van de wervingsmachtigingen van niveau 2.

**Art. 187.**

De Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen stelt voor de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen het personeel beschikbaar dat nodig is om haar opdracht uit te voeren.

Het personeelsstatuut van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen blijft van toepassing op dat personeel.

## HOOFDSTUK II DE CONTROLEORGANEN

### **Art. 188.**

De in de artikelen 5, 6, 11, 79, 86 en 140 bedoelde regeringscommissarissen beschikken over de macht welke hun is toegekend bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.

Op hun verzoek worden zij gehoord en zij hebben een onbeperkt recht van toezicht en controle op alle activiteiten van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen en van het Instituut.

Te dien einde mogen zij, te allen tijde, ter plaatse inzage nemen van alle stukken en geschriften die in het bezit zijn van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, van de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen en van het Instituut.

Ook mogen ze de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, de Kas der geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen en het Instituut verzoeken onderzoeken te doen instellen telkens als zij zulks nodig achten.

Ter benoeming van de regeringscommissarissen kunnen de in de artikelen 5, 6, 11, 79, 86 en 140 bedoelde Ministers dezelfde personen voordragen voor de verschillende in deze wet bedoelde instellingen en diensten.

Dit artikel is eveneens van toepassing op de regeringscommissarissen die bij het Instituut rechtstreeks krachtens de voornoemde wet van 16 maart 1954, worden aangewezen.

### **Art. 189.**

De Minister die de Sociale voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft, wijzen, in onderlinge overeenstemming, bij het Instituut en bij de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering revisoren aan die over de bevoegdheid beschikken welke hun is toegekend bij de wet van 16 maart 1954 betreffende de controle op sommige instellingen van openbaar nut.



**Art. 190.**

Zonder dat wordt afgeweken van de bevoegdheid van de bestaande controleorganen, kunnen de Minister die de Sociale voorzorg onder zijn bevoegdheid heeft en de Minister die de Begroting onder zijn bevoegdheid heeft bij het Instituut een afgevaardigde aanwijzen die voltijds met de functies van begrotings- en financieel adviseur is belast.

Deze adviseur brengt aan deze Ministers verslag uit over het beheer van de instelling, alsook over de ontvangsten en uitgaven, in het bijzonder over de vooruitzichten ter zake en over de verschillende aspecten van hun evolutie.

Te dien einde onderzoekt hij ter plaatse, zonder zich in te laten met het beheer, alle verrichtingen die een financiële of begrotingsweerslag hebben. Hij beschikt over de meest uitgebreide onderzoeksbevoegdheden, heeft inzage van alle dossiers en alle archieven, ontvangt van de diensten alle inlichtingen welke hij vraagt en woont de vergaderingen bij van de beheersorganen van het in artikel 140 bedoelde comité, de in het artikel 161 bedoelde Technische commissie alsook van de bij titel III, hoofdstuk I, afdeling VIII, bedoelde commissies.

Het statuut en de duur van het mandaat van die adviseur worden door de Koning vastgesteld.

Indien periodes gedurende welke betrokkene de functie van begrotings- en financieel adviseur heeft uitgeoefend, in de periode vallen die in aanmerking komt voor het vaststellen van het gemiddelde der wedde, op grond waarvan een pensioen ten laste van de Schatkist wordt berekend, wordt voor die periodes rekening gehouden met de als wedde geldende toelage verbonden aan voormelde functie.

**Art. 190bis .**

Zonder dat wordt afgeweken van de bevoegdheid van de bestaande organen inzake evaluatie, controle en kwaliteitspromotie kunnen de ministers die respectievelijk Sociale Zaken en Volksgezondheid onder hun bevoegdheid hebben bij het Instituut een afgevaardigde aanwijzen die voltijds belast is met de organisatie van de coördinatie van de aansturing van de verschillende initiatieven en hun evaluatie, die ontwikkeld worden inzake bevordering van de zorgkwaliteit, promotie van goede medische praktijk en het goed gebruik van de middelen. Deze afgevaardigde brengt regelmatig aan de ministers verslag uit over de initiatieven die op het vlak van de bevordering van de kwaliteit in de uitoefening van de medische praktijk worden genomen, alsook over hun resultaten, inzonderheid om de variabiliteit in de uitoefening van de medische praktijken te verminderen.

De ministers kunnen deze afgevaardigde belasten met iedere opdracht die tot doel heeft de coördinatie te verzekeren tussen de initiatieven genomen door het Instituut, de bevoegde Federale Overheidsdiensten, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, de Multipartite-structuur betreffende het ziekenhuisbeleid en het Intermutualistisch Agentschap. De afgevaardigde wordt benoemd door de Koning voor een hernieuwbare termijn van 6 jaar. Het statuut van die afgevaardigde wordt door de Koning vastgesteld. Zijn wedde en de functioneringskosten inherent aan zijn opdracht zijn ten laste van de begroting van het Instituut.

Deze afgevaardigde wordt in de uitoefening van zijn opdracht bijgestaan door een stuurcomité waarvan de samenstelling en de werkwijze wordt vastgesteld door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

**TITEL IX  
FINANCIERING**

**HOOFDSTUK I  
VERZEKERINGSINKOMSTEN EN HUN VERDELING**

**Afdeling I  
Verzekeringsinkomsten**

**Art. 191.**

De verzekeringsinkomsten bestaan uit:

- 1° een aandeel in de jaarlijkse verdeling van de inkomsten, bedoeld in artikel 5, eerste lid, 2°, d) van de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders;
  
- 1°bis de opbrengst van de voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bestemde bijdragen betrekking hebbende op:
  - a) de werknemers die gedeeltelijk onderworpen zijn aan de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders;
  
  - b) *opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3;*
  
- 2° de persoonlijke bijdragen, gestort door de gerechtigden bij toepassing van onder meer de artikelen 121, § 2, 123, eerste lid, 125, 128, § 1, 2°, 129, 2°, 130, tweede lid, en 135;
  
- 3° het bedrag bedoeld in artikel 67bis van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale en budgettaire bepalingen.

Dit bedrag wordt aangewend voor de betaling van de schadeloosstelling bedoeld in artikel 65, tweede lid, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, evenals voor de betaling van het gedeelte van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen dat ten laste genomen wordt door de Staat, zoals bedoeld in de artikelen 110 en 112 van dezelfde wet en die betrekking hebben op de facturaties vanaf 1 juli 2003.

Dit bedrag wordt vanaf 2006 ook aangewend voor de betaling van de tegemoetkoming van de Staat in de opnemingsprijs van beschut wonen, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 10 juli 1990 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de initiatieven van beschut wonen en op de samenwerkingsverbanden van psychiatrische instellingen en diensten.

Dit bedrag wordt vanaf 2005 ook aangewend voor de betaling van de tegemoetkoming van de Staat in de opnemingsprijs van psychiatrische verzorgingstehuizen, zoals bedoeld in artikel 170, § 5, van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

De in het tweede lid bedoelde betaling geschiedt overeenkomstig de betalingsopdrachten en de betalingskalender die de minister bedoeld in artikel 87 van voornoemde gecoördineerde wet, of de ambtenaar die hij daarvoor aanwijst, aan het Instituut bezorgt.

- 4° Het bedrag bedoeld in artikel 67ter van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale en budgettaire bepalingen.

De Koning bepaalt de modaliteiten volgens dewelke de betrokken financiële middelen door de Schatkist aan het Instituut worden overgemaakt.

5° Het bedrag bedoeld in artikel 67quater van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale en budgettaire bepalingen.

Dit bedrag wordt binnen de door de Koning vastgestelde voorwaarden aangewend voor het jaar 2004 voor de financiering van projecten tot bestrijding van tabaksverslaving georganiseerd op initiatief van de overheden die Hij aanduidt.

Voor het jaar 2004 wordt een bedrag van 1 000 duizend EUR ten laste van de administratiekosten van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gelegd voor de financiering van een fonds tot bestrijding van het tabaksgebruik.

Voor het jaar 2005 zal het bedrag bedoeld in het vorige lid 2 000 duizend EUR bedragen, onverminderd de financieringswijze.

Deze in het eerste en tweede lid bedoelde bedragen worden binnen de door de Koning vastgestelde voorwaarden aangewend voor de financiering van projecten tot bestrijding van tabaksverslaving georganiseerd op initiatief van de overheden die Hij aanduidt.

5°bis het bedrag bedoeld in artikel 67quinquies van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale en budgettaire bepalingen\*.

5°ter het bedrag vastgesteld in toepassing van artikel 59, tweede lid, 8°, van de wet van 2 januari 2001 houdende sociale en budgettaire bepalingen wordt vanaf 2006 aangewend voor de financiering van de fondsen bedoeld in artikel 35, § 5, van de wet van 29 juni 1981 houdende algemene beginselen van de sociale zekerheid voor werknemers en van artikel 1, § 6, van de wet van 1 augustus 1985 houdende sociale bepalingen, met het oog op de betaling van de vergoedingen voorzien in de sociale akkoorden die betrekking hebben op de gezondheidssector en die door de Federale regering in 2000 en 2005 werden gesloten met de betrokken representatieve organisaties van de werkgevers en werknemers en voor zover deze betrekking hebben op werknemers tewerkgesteld in de thuisverpleging, in wijkgezondheidscentra en door het Rode Kruis.

---

\* prog wet 27/12/2005 – BS 30/12/2005 art 70 in voege 01/01/2005

6° de giften en legaten, bestemd voor de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, welke worden aanvaard door het Algemeen comité van het Instituut of door de Minister;

7°<sup>10</sup> de opbrengst van een inhouding van 3,55 pct., verricht op de wettelijke ouderdoms-, rust-, anciënniteits- en overlevingspensioenen of op elk ander als zodanig geldend voordeel, alsmede op elk voordeel, bedoeld als aanvulling van een pensioen, zelfs als dit laatste niet is verworven, en toegekend hetzij bij toepassing van wettelijke, reglementaire of statutaire bepalingen, hetzij bij toepassing van bepalingen die voortvloeien uit een arbeidscontract, een ondernemingsreglement, een collectieve ondernemings- of sectoriele overeenkomst. Deze inhouding wordt eveneens verricht op het voordeel dat het pensioen vervangt of aanvult en dat wordt toegekend aan een zelfstandige krachtens een collectieve overeenkomst of een individuele toezegging van een pensioen afgesloten door de onderneming.

Deze inhouding mag niet tot gevolg hebben dat het totaal van de hierboven vermelde pensioenen of voordelen vanaf 1 januari 2002 wordt verminderd tot een bedrag, lager dan 535,77 EUR per maand verhoogd met 99,20 EUR voor de rechthebbenden met gezinslast en, vanaf 1 januari 2003, tot een bedrag, lager dan 546,49 EUR per maand, verhoogd met 101,18 EUR voor de rechthebbenden met gezinslast. Dit bedrag wordt gekoppeld aan de spilindex 132,13. Het wordt aangepast overeenkomstig de bepalingen van de wet van 2 augustus 1971 houdende inrichting van een stelsel waarbij de wedden, lonen, pensioenen, toelagen en tegemoetkomingen ten laste van de Openbare Schatkist, sommige sociale uitkeringen, de bezoldigingsgrenzen waarmee rekening dient te worden gehouden bij de berekening van sommige bijdragen van de sociale zekerheid der arbeiders, alsmede de verplichtingen op sociaal gebied, opgelegd aan de zelfstandigen, aan het indexcijfer van de consumptieprijzen worden gekoppeld. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, voornoemd bedrag vaststellen overeenkomstig de bepalingen waarmee het maandbedrag van sommige wettelijke pensioenen na 1 januari 2003 wordt geherwaardeerd.]

De inhouding wordt verricht bij elke betaling van het pensioen of van het voordeel door het uitbetalingsorganisme dat er burgerlijk verantwoordelijk voor is. De Koning bepaalt de voorwaarden waaronder hetzij van de invordering van achterstallige met niet verrichte inhoudingen overeenkomende bedragen kan worden afgezien, hetzij door het Instituut opdracht kan worden gegeven aan de uitbetalingsorganismen tijdelijk een hogere inhouding toe te passen tot invordering van de achterstallige met niet verrichte inhoudingen overeenkomende bedragen.

---

<sup>10</sup> De inhouding bedoeld in artikel 191, eerste lid, 7°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, mag niet tot gevolg hebben dat het totaal van de aan de inhouding onderworpen pensioenen of voordelen vanaf 1 juni 2009 wordt verminderd tot een bedrag, lager dan 568,57 EUR per maand, verhoogd met 105,26 EUR voor de rechthebbenden met gezinslast. Dit bedrag wordt gekoppeld aan de spilindex 132,13. (Art. 1, KB 17/07/2009 – BS 11/08/2009)

Met uitzondering van de overheidsdiensten die krachtens artikel 32 van de samengeordende wetten betreffende de kinderbijslag voor loonarbeiders, van rechtswege aangesloten zijn bij het Rijksinstituut voor sociale zekerheid van de provinciale en plaatselijke overheidsdiensten, storten de uitbetalingsorganismen de opbrengst van de inhouding aan het Instituut tijdens de maand, volgend op die gedurende welke ze werd uitgevoerd. Elk uitbetalingsorganisme dat de inhouding niet tijdig stort is tevens een opslag en een verwijlinterest verschuldigd waarvan het bedrag en de toepassingsvoorwaarden door de Koning worden vastgesteld. De opslag mag evenwel niet meer bedragen dan 10 pct. van de verschuldigde inhouding.

De Koning bepaalt alle nodige modaliteiten ter uitvoering van deze maatregel, alsmede de verdeling van de opbrengst en het gedeelte ervan dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen van geneeskundige verzorging. De Koning stelt eveneens de forfaitaire vergoeding vast die verschuldigd is bij niet naleving van de aan het uitbetalingsorganisme opgelegde mededelingsplicht.

De Koning kan de toepassing van de in het eerste lid bepaalde inhouding uitbreiden tot andere aan de gepensioneerden toegekende voordelen, alsmede tot de beroepsinkomsten die zij genieten en die niet onderworpen zijn aan inhoudingen van sociale zekerheid.

De door de Koning aangewezen ambtenaren waken over de uitvoering van deze bepalingen.

Wanneer de invordering van de hem verschuldigde sommen al te onzeker of te bezwarend blijkt te zijn in verhouding tot het bedrag van de in te vorderen sommen, kan het Instituut van de invordering van die bedragen door een gedwongen tenuitvoerlegging afzien binnen de perken van een reglement dat door zijn Algemeen comité is vastgesteld en door de Minister is goedgekeurd.

Ieder uitbetalingsorganisme is verplicht zich bij het Instituut te laten inschrijven en alle inlichtingen te verstrekken waarom in het kader van de uitvoering van deze maatregel en van artikel 9bis van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid wordt verzocht;

8° de opbrengst van een aanvullende bijdrage of premie inzake verzekering tegen burgerlijke aansprakelijkheid waarin wordt voorzien door de wet van 21 november 1989 betreffende de verplichte aansprakelijkheidsverzekering inzake motorrijtuigen, geïnd door de ter zake bevoegde verzekeraars en door het Gemeenschappelijk Waarborgfonds, bedoeld in artikel 49 van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, en de opbrengst van een aanvullende bijdrage of premie inzake de verzekering motorrijtuigencasco.

Deze bijslag wordt vastgesteld op 10 pct. van de bijdrage of premie. Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden wordt dit percentage herleid tot 5 pct. voor de door Hem te bepalen categorieën van motorrijtuigen die voor het professioneel vervoer van goederen of personen worden gebruikt.

De Koning bepaalt eveneens de wijze van berekening, inning en overdracht van die bijslagen, de verdeling ervan, alsook het gedeelte dat voor de financiering van de uitkeringsverzekering van de regeling voor zelfstandigen en voor de financiering van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen van de regeling voor zeelieden is bestemd.

De door de Koning aangewezen ambtenaren houden toezicht op de uitvoering van deze bepalingen;

9° de ontvangsten als bedoeld in artikel 24, § 1, 1°, 2°, 3°, 4° en 5°, van de wet van 16 april 1963 betreffende de sociale reclassering van de minder-validen. De Koning stelt het gedeelte van die inkomsten vast dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;

10° onverminderd de bepalingen van artikel 197, de renteopbrengst van iedere belegging van financiële middelen die de verzekeringsinstellingen, bedoeld in artikel 2, ter beschikking worden gesteld in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Enkel kortstondige beleggingen op zichtrekeningen kunnen, onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden, worden toegestaan. De Koning bepaalt eveneens onder welke voorwaarden de interesten van deze beleggingen verminderd kunnen worden met eventuele debetinteresten.

De Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit de regelen voor overboeking en verdeling van deze renteopbrengsten en bepaalt welk deel bestemd is voor de financiering van de verzekering voor uitkeringen van de regeling voor de zelfstandigen.

Het tweede lid heeft uitwerking vanaf 1 januari 1982;



10°bis. vanaf 1 januari 1997 100 pct. van de financiële interesten op het afzonderlijke deel, bonifonds genoemd, van het in artikel 199, § 1, bedoelde reservefonds, dat wordt gestijfd door het in artikel 198, § 2, bedoeld gedeelte van het boni;

10°ter. vanaf 1 januari 1997 100 pct. van de financiële interesten op het afzonderlijke deel, bijdragenfonds genoemd, van het in artikel 199, § 1, bedoelde reservefonds dat wordt gestijfd door een bijdrage van de gerechtigden en/of door een storting uit de eigen middelen van de verzekeringsinstelling, bedoeld in artikel 199, § 2, tweede en derde lid;

*11° opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3;*

12° de opbrengst van de administratieve geldboeten die het Instituut int in toepassing van deze gecoördineerde wet;

13° de opbrengst van een bijdrage op de premies of van een inhouding, verricht op de extra-legale verstrekkingen inzake hospitalisatieverzekering ten behoeve van de rechthebbenden van deze gecoördineerde wet. De delen van premies of prestaties die betrekking hebben op bijkomende risico's en die gedekt zijn door de hospitalisatieverzekering, zijn eveneens aan de bijdrage of inhouding onderworpen.

De Koning bepaalt, bij een in de Ministerraad overlegd besluit, de toepassingsmodaliteiten van deze bepaling inzonderheid de verdeling van de opbrengst en het gedeelte ervan dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen van verzekering voor geneeskundige verzorging;

14° de opbrengst van een jaarlijkse vergoeding per publiekverpakking en/of per stukverpakking van geneesmiddelen, bedoeld in artikel 34, 5°, b) en c), en ingeschreven op de lijsten van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.

Die vergoeding is ten laste van de aanvragers die de aanneming voor vergoeding van de verzekering voor geneeskundige verzorging verkrijgen of hebben verkregen. Deze vergoeding wordt uiterlijk op de laatste dag van het eerste kwartaal van het kalenderjaar aan het Instituut gestort.

Er is geen vergoeding verschuldigd voor de verpakkingen van de farmaceutische produkten waarvan de jaarlijkse omzet op de Belgische markt, berekend op de prijs af fabriek, in het jaar voor dat waarvoor de vergoeding verschuldigd is, niet hoger lag dan 61.973,38 euro.

Het bedrag van deze vergoeding wordt vastgesteld op 1.487,36 euro per publiek- of stukverpakking, bedoeld in het eerste lid.

De Koning bepaalt de toepassingsmodaliteiten van deze bepaling, meer bepaald met betrekking tot de aangifte, de controle en de inning alsook met betrekking tot de verdeling van de opbrengst en het gedeelte ervan dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen van verzekering voor geneeskundige verzorging.

De schuldenaar die de verschuldigde vergoeding niet binnen de door de Koning vastgestelde termijn stort, is aan het Instituut een opslag en een verwijlinterest verschuldigd, waarvan het bedrag en de toepassingsvoorwaarden worden vastgesteld door de Koning.

De opslag mag evenwel niet meer bedragen dan 10 pct. van de verschuldigde vergoeding en de op deze vergoeding berekende verwijlinterest mag niet hoger zijn dan de wettelijke rentevoet.

De Koning bepaalt tevens de voorwaarden waaronder het Instituut de schuldenaar vrijstelling of vermindering mag verlenen van de opslag van de vergoeding of van de verwijlinterest;

15° de opbrengst van een heffing op het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Die heffing is ten laste van de aanvragers welke die omzet hebben verwezenlijkt gedurende het jaar voorafgaand aan dat waarvoor de heffing is verschuldigd.

Voor 1995, 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 en 2005 worden de bedragen van die heffingen respectievelijk vastgesteld op 2 pct., 3 pct., 4 pct., 4 pct., 4 pct., 3 pct., 2 pct., 2 pct. en 2 pct. van de omzet die respectievelijk in 1994, 1995, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003 en 2004 is verwezenlijkt.

Voor de berekening van deze heffing zijn de volgende farmaceutische specialiteiten uitgesloten uit het omzetcijfer op grond waarvan de heffing berekend wordt :

1° de weesgeneesmiddelen zoals bedoeld in artikel 35bis, § 9;

2° de farmaceutische specialiteiten die uitsluitend ingedeeld werden in vergoedingscategorie Cx, zoals omschreven in artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen;

3° de farmaceutische specialiteiten op basis van stabiele bloedderivaten die werden afgenomen, bereid, ingevoerd, bewaard, verdeeld, ter hand gesteld, afgeleverd en gebruikt overeenkomstig de bepalingen van de wet van 5 juli 1994 betreffende bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong.

Voor de toepassing van deze uitsluitingen moet het statuut van het geneesmiddel op 1 januari van het jaar waarvoor de omzetheffing verschuldigd is, in aanmerking genomen worden. De uitsluiting bedoeld in het vierde lid, 3°, heeft betrekking op de heffingen en bijdragen die verschuldigd zijn vanaf het jaar 2005.

Deze uitsluitingen gelden tevens voor de berekening van de heffing verschuldigd op grond van 15°quater, 15°quinquies, 15°sexies, 15°septies, 15°novies, 15°decies, 15undecies, 15duodecies en 16°bis en van de bijdrage verschuldigd op grond van 15°octies. De uitsluitingen bedoeld in het vierde lid, 1° en 2°, hebben betrekking op de heffingen en bijdragen die verschuldigd zijn vanaf het jaar 2006.

Van de aangegeven totale jaarlijkse omzet van het voorafgaand jaar, berekend op basis van de prijs buiten-bedrijf of buiten-invoerder, moet elk jaar een aangifte worden gedaan die is opgesplitst per publiekverpakking en/of per stukverpakking van de in het eerste lid beoogde geneesmiddelen. Voor de specialiteiten die worden terugbetaald krachtens artikel 35bis, § 7, en de daartoe door de Koning vastgestelde voorwaarden, wordt een regularisatie van de heffing uitgevoerd en worden de aan het Instituut gestorte compensaties voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vrijgesteld. De aanvrager moet aanvullend op de voormelde aangifte de waarde van de compensatie uitgevoerd onder de vorm van een storting meedelen alsook het bewijs van betaling van deze laatste. Dit bedrag is onderworpen aan dezelfde berekeningen als deze voorzien in het derde lid en in de artikelen 15° novies, 15° undecies en 15° duodecies. Het bedrag dat voortvloeit uit deze berekeningen wordt afgetrokken van de verschuldigde heffingen en, in voorkomend geval, terugbetaald aan de aanvrager.

De voornoemde verklaringen dienen gedagtekend, ondertekend en waar en echt verklaard te worden en bij een ter post aangetekende brief te worden ingediend bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel. Voor de jaren 1995, 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 en 2005, dienen ze respectievelijk te worden ingediend voor 1 februari 1996, 1 november 1996, 1 maart 1999, 1 april 1999, 1 mei 2000, 1 mei 2001, 1 mei 2002, 1 mei 2003, 1 mei 2004 en 1 mei 2005. Voor het jaar 2006 dienen ze te worden ingediend voor 1 mei 2006.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan de totale omzet ambtshalve vaststellen op basis van de gegevens van de gegevensinzameling bedoeld in artikel 165, in geval een aanvrager nagelaten heeft een aangifte te doen overeenkomstig de bepalingen van het achtste lid. De betrokken aanvrager wordt bij ter post aangetekende brief in kennis gesteld van de ambtshalve vaststelling van de omzet.

Voor de jaren 1995, 1996, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 en 2005, dient de heffing respectievelijk gestort te worden voor

1 maart 1996, 1 december 1996, 1 april 1999, 1 mei 1999, 1 juni 2000, 1 juni 2001, 1 juni 2002, 1 juni 2003, 1 juni 2004 en 1 juni 2005 op rekening nr 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding, volgens het betrokken jaar :

“heffing omzet 1994”, “heffing omzet 1995”, “heffing omzet 1997”, “heffing omzet 1998”, “heffing omzet 1999”, “heffing omzet 2000”, “heffing omzet 2001”, “heffing omzet 2002”, “heffing omzet 2003” of “heffing omzet 2004”.

De voornoemde Dienst zorgt voor het innen van de bovengenoemde heffing alsook voor het toezicht.

De schuldenaar die de bovengenoemde heffing niet binnen de in het tiende lid vastgestelde termijnen stort, is een opslag ten belope van 10 pct. van die heffing verschuldigd, alsmede een op die heffing verrekende verwijlinterest die gelijk is aan de wettelijke rentevoet.

De Algemene raad kan aan de in het tweede lid bedoelde schuldenaar vrijstelling of vermindering van de opslag van de vergoeding of van de verwijlinterest toestaan op voorwaarde dat:

- alle vroegere betalingen door de betrokken schuldenaar zijn verricht binnen de vastgestelde termijn;
- de in derde lid bedoelde omzet binnen de vastgestelde termijn is meegedeeld op een wijze die het mogelijk maakt dat de verschuldigde bedragen worden gecontroleerd;
- de schuldenaar deugdelijk kan verantwoorden dat het hem onmogelijk is geweest de verschuldigde som binnen de vastgestelde termijn te storten.

De door de Algemene raad toegekende vrijstelling kan slechts volledig zijn indien de schuldenaar:

- ofwel het bewijs van een geval van overmacht levert, dit wil zeggen van een gebeurtenis die hem volledig vreemd en onafhankelijk van zijn wil is, redelijkerwijze niet te voorzien en menselijk onoverkomelijk is en die het hem volstrekt onmogelijk heeft gemaakt zijn verplichting binnen de vastgestelde termijn na te komen; bovendien mag de schuldenaar zich geen enkele fout te verwijten hebben in de gebeurtenissen, die aan het overkomen van die vreemde oorzaak zijn voorafgegaan, het hebben voorbereid of het hebben vergezeld;
- ofwel bewijst dat hij op het ogenblik dat de storting eisbaar was, een vaste en eisbare schuldvordering bezat die hem niet toeliet zijn verplichting binnen de vastgestelde termijn na te komen en hij de Algemene Raad daarover heeft geïnformeerd;
- ofwel behoorlijk aangetoonde dwingende redenen kan aanvoeren.

De verwijlinterest tegen de wettelijke rentevoet wordt toegepast op het bedrag dat niet binnen de vastgestelde termijn is betaald en wordt berekend naar rata van het aantal dagen dat is verstreken tussen de datum waarop de betaling had moeten verricht worden en de dag waarop ze effectief is uitgevoerd.

Iedere aanvraag ingeleid volgens de regels bepaald in het artikel 35bis, § 6, eerste lid, door een schuldenaar die niet in orde is met de betalingen, moet worden beschouwd als onontvankelijk vanaf de vervaldag van de betaling bedoeld in het tiende lid en tot op het ogenblik van de betaling van al de verschuldigde sommen op basis van dit artikel. De aanvragen ingeleid door de schuldenaar voor deze datum en die nog niet het voorwerp hebben uitgemaakt van een definitief voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kunnen eveneens worden afgesloten. Deze sanctie wordt nochtans niet toegepast in de twee volgende gevallen : ofwel wanneer een vrijstelling aan de Algemene Raad wordt gevraagd op basis van het dertiende lid, en dit tot op het ogenblik dat er uitspraak wordt gedaan over de aanvraag tot vrijstelling; ofwel wanneer een dergelijke vrijstelling door de Algemene Raad wordt verleend.

De ontvangsten die voortvloeien uit de voornoemde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 1995 voor de heffing omzet 1994, 1996 voor de heffing omzet 1995, 1998 voor de heffing omzet 1997, 2000 voor de heffing omzet 1999, 2001 voor de heffing omzet 2000, 2002 voor de heffing omzet 2001, 2003 voor de heffing omzet 2002, 2004 voor de heffing omzet 2003 en 2005 voor de heffing omzet 2004.

15°bis. De opbrengst van een bijkomende heffing op de omzet die is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen, bedoeld in artikel 34, 5°, b) en c), ingeschreven op de lijsten van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen en afgeleverd door een ziekenhuisapotheek of een geneesmiddelendepot aan ter verpleging opgenomen rechthebbenden of aan niet ter verpleging opgenomen rechthebbenden.

Die heffing is ten laste van de farmaceutische firma's welke die omzet hebben verwezenlijkt gedurende het jaar dat voorafgaat aan dat waarvoor de heffing is verschuldigd.

Voor het jaar 2000 wordt het bedrag van de heffing vastgesteld op 2 pct. van de omzet verwezenlijkt in het jaar 1999.

De Koning bepaalt de toepassingsmodaliteiten van deze bepaling, meer bepaald met betrekking tot de aangifte, de controle en de inning, alsook met betrekking tot de verdeling van de opbrengst en het gedeelte ervan dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen van verzekering voor geneeskundige verzorging.

De schuldenaar die de verschuldigde heffing niet binnen de door de Koning vastgestelde termijn stort, in (lees is) aan het Instituut een opslag en een verwijlinterest verschuldigd waarvan het bedrag en de toepassingsvoorwaarden worden vastgesteld door de Koning. De opslag mag evenwel niet meer bedragen dan 10 pct. van de verschuldigde heffing en de op deze heffing berekende verwijlinterest mag niet hoger zijn dan de wettelijke rentevoet.

De Koning bepaalt tevens de voorwaarden waaronder het Instituut de schuldenaar bedoeld in het vorige lid, vrijstelling of vermindering mag verlenen van de opslag van de heffing en van de verwijlinterest;

15<sup>o</sup>ter. Voor 2000 wordt een aanvullende heffing van 2 pct. van de omzet die in 1999 is verwezenlijkt, ingesteld onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten bepaald in 15<sup>o</sup> en de voorwaarden bepaald in het voorlaatste lid van 15<sup>o</sup>ter.

Onder de bijkomende voorwaarden bepaald in het laatste lid van 15<sup>o</sup>ter, wordt de in het eerste lid van 15<sup>o</sup>ter bedoelde aanvullende heffing voor 2000 verhoogd tot 5 pct. van de omzet die in 1999 is verwezenlijkt.

De aangifte bedoeld in het vierde lid van het 15<sup>o</sup> dient te worden ingediend vóór 1 november 2000.

De heffing dient te worden gestort vóór 1 december 2000 op rekening nr. 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding “aanvullende heffing omzet 1999”.

De ontvangsten die volgen uit deze aanvullende heffing zullen in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen worden in het boekjaar 2000.

De heffing bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>ter, is verschuldigd als op basis van een rapport van de Algemene raad, na advies van de Commissie voor begrotingscontrole, wordt vastgesteld dat het partieel begrotingsobjectief inzake farmaceutische specialiteiten en gelijkgestelde producten wordt overschreden of dreigt overschreden te worden door het bestaan van een beduidend risico op overschrijding van de partiële begrotingsdoelstelling inzake farmaceutische specialiteiten en gelijkgestelde producten. De Koning stelt vast, op basis van het voornoemde rapport dat uiterlijk op 15 juli 2000 aan de minister van Sociale Zaken wordt overgemaakt, of aan deze voorwaarden is voldaan;

De verhoging bedoeld in artikel 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>ter, tweede lid, is verschuldigd als bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit wordt vastgesteld dat er op 1 oktober 2000 geen akkoord is bereikt tussen de minister van Sociale zaken en de farmaceutische industrie over de ontwikkeling en de beheersing van het budget voor geneesmiddelen.

15<sup>o</sup>quater.

§ 1. Voor het jaar 2002, 2003, 2004, 2005 en 2006, wordt een aanvullende heffing ingesteld ten laste van de aanvragers op het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar voorafgaand aan dat waarvoor de heffing is verschuldigd volgens de nadere regels bepaald in 15<sup>o</sup> en de voorwaarden gesteld in deze bepaling. (°°)

Deze heffing is verschuldigd indien in het voorafgaande jaar de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven hoger liggen dan het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5.

De in het vorige lid bedoelde overschrijding kan door de Algemene raad na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole worden aangepast teneinde rekening te houden met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad. Bovendien wordt de aldus gecorrigeerde overschrijding, verminderd met 25 pct. van de eventuele onderschrijding van de in artikel 40 bedoelde globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling.

Het globaal bedrag van de heffing is gelijk aan 65 pct. van deze overschrijding, onverminderd de toepassing van het derde lid. Wat de heffing verschuldigd vanaf 2006 betreft, is het globale bedrag van de heffing gelijk aan 72 pct. van die overschrijding.

Voor het jaar 2002 bedraagt de aanvullende heffing ingesteld ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2001 2,98 pct.. Dit percentage is het aandeel van de overschrijding van het globaal budget 2001, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, beperkt tot 65 pct., zijnde 66.857.451,70 EUR, van de omzet die de aanvragers hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2001, zijnde 2.243.567.638,14 EUR. Hogervermelde overschrijding is het verschil tussen de geboekte uitgaven van het jaar 2001, zijnde 2.453.929.385,65 EUR en hogervermeld globaal budget zijnde 2.351.071.767,65 EUR en bedraagt 102.857.618,00 EUR. Hogervermelde heffing dient te worden gestort vóór 1 november 2002 op rekening nr. 001-1950023-1 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding “aanvullende heffing 2001 van 2,98 pct.” De ontvangsten die voortvloeien uit de hogervermelde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2002.

---

(°°) artikel 18, 1<sup>o</sup> van de wet van 22-8-2002 - B.S. 10-9-2002, verwijst per vergissing naar artikel 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>quater, eerste lid voor een wijziging die artikel 191, eerste lid, 15<sup>o</sup>, eerste lid betreft.



Voor het jaar 2003 bedraagt de aanvullende heffing ingesteld ten laste van de farmaceutische firma's op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2002 0,17 pct. Dit percentage is het aandeel van de overschrijding van het globaal budget 2002, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, beperkt tot 65 pct., zijnde 4 021 duizend euro van de omzet die de aanvragers hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2002, zijnde 2 433 884 duizend euro.

Hogervermelde overschrijding is het verschil tussen de geboekte uitgaven van het jaar 2002, zijnde 2 586 475 duizend euro en hoger vermeld globaal budget 2002, zijnde 2 435 300 duizend euro en bedraagt 151 175 duizend euro, verminderd met 25 pct. van de onderschrijding van de in artikel 40 bedoelde globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, zijnde 63 646 duizend euro, en verminderd met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad, zijnde 81 343 duizend euro. Aan de betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 1,35 pct. op de omzet die in 2001 verwezenlijkt is, groter is dan het bedrag van 0,17 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is, wordt het saldo teruggestort vóór 1 april 2004. De betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 1,35 pct. op de omzet die in 2001 verwezenlijkt is, kleiner is dan het bedrag van 0,17 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is, storten het verschil vóór 1 april 2004 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding "bijbetaling aanvullende heffing 2003". De betrokken aanvragers die het voorschot van 1,35 pct. op de omzet die in 2001 verwezenlijkt is niet hebben gestort, storten vóór 1 april 2004 0,17 pct. van de omzet die in 2002 is verwezenlijkt, verhoogd met de wettelijke interestvoet te rekenen vanaf 15 december 2002 op het rekeningnummer 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding "laattijdige betaling aanvullende heffing 2003". De betrokken aanvragers die het voorschot van 1,35 pct. op de omzet die in 2001 verwezenlijkt is niet hebben gestort omdat ze in 2001 geen omzet hebben verwezenlijkt, storten vóór 1 april 2004 0,17 pct. van de omzet die in 2002 is verwezenlijkt op het rekeningnummer 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding "betaling aanvullende heffing 2003". De ontvangsten die voortvloeien uit de hogervermelde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2003. De terugstortingen van de hogervermelde saldi en de ontvangsten die voortvloeien uit het laattijdig betalen zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2004.

Voor het jaar 2004 bedraagt de aanvullende heffing ingesteld ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2003 4,41 pct. Dit percentage is het aandeel van de overschrijding van het globaal budget 2003, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, beperkt tot 65 pct., zijnde 119 847 duizend euro, van de omzet die de aanvragers hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2003, zijnde 2 719 101 duizend euro. Hogervermelde overschrijding is het verschil tussen de geboekte uitgaven van het jaar 2003, zijnde 2 812 543 duizend euro en hoger vermeld globaal budget 2003, zijnde 2 541 745 duizend euro en bedraagt 270 798 duizend euro, verminderd met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad, zijnde 86 418 duizend euro. Aan de betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 2,55 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is, groter is dan het bedrag van 4,41 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, wordt het saldo teruggestort vóór 31 december 2004. De betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 2,55 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is, kleiner is dan het bedrag van 4,41 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, storten het verschil vóór 31 december 2004 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding “bijbetaling aanvullende heffing 2004”. De betrokken aanvragers die het voorschot van 2,55 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is niet hebben gestort, storten vóór 31 december 2004 4,41 pct. van de omzet die in 2003 is verwezenlijkt, verhoogd met de wettelijke interestvoet te rekenen vanaf 1 juli 2003 op het rekeningnummer 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding “laattijdige betaling aanvullende heffing 2004”. De betrokken aanvragers die het voorschot van 2,55 pct. op de omzet die in 2002 verwezenlijkt is niet hebben gestort omdat ze in 2002 geen omzet hebben verwezenlijkt, storten vóór 31 december 2004 4,41 pct. van de omzet die in 2003 is verwezenlijkt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding “betaling aanvullende heffing 2004”.

De ontvangsten die voortvloeien uit de hogervermelde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2004. De terugstortingen van de hogervermelde saldi en de ontvangsten die voortvloeien uit het laattijdig betalen zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2004.

Voor het jaar 2005 bedraagt de aanvullende heffing ingesteld ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2004 8,01 pct. Dit percentage is het aandeel van de overschrijding van het globaal budget 2004, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, en rekening houdend met de bepalingen van § 3, beperkt tot 65 pct., zijnde 218 375 duizend EUR, van de omzet die de aanvragers hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2004, zijnde 2 726 059 duizend EUR. Hogervermelde overschrijding is het verschil tussen de geboekte uitgaven van het jaar 2004, zijnde 2 903 522 duizend EUR en hoger vermeld globaal budget 2004, zijnde 2 524 434 duizend EUR en bedraagt 379 088 duizend EUR, verminderd met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad, zijnde 43 126 duizend EUR. Aan de betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, groter is dan het bedrag van 8,01 pct. op de omzet die in 2004 verwezenlijkt is, wordt het saldo teruggestort vóór 1 april 2006. De betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, kleiner is dan het bedrag van 8,01 pct. op de omzet die in 2004 verwezenlijkt is, storten het verschil vóór 1 april 2006 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « bijbetaling aanvullende heffing 2005 ». De betrokken aanvragers die het voorschot van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is niet hebben gestort, storten vóór 1 april 2006 8,01 pct. van de omzet die in 2004 is verwezenlijkt, verhoogd met de wettelijke interestvoet te rekenen vanaf 1 juli 2004 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding “laattijdige betaling aanvullende heffing 2005”. De betrokken aanvragers die het voorschot van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is niet hebben gestort omdat ze in 2003 geen omzet hebben verwezenlijkt, storten vóór 1 april 2006 8,01 pct. van de omzet die in 2004 is verwezenlijkt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « betaling aanvullende heffing 2005 ». De ontvangsten die voortvloeien uit de hogervermelde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2006. De terugstortingen van de hogervermelde saldi en de ontvangsten die voortvloeien uit het laattijdig betalen zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2006.

Voor het jaar 2006 is geen aanvullende heffing verschuldigd ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2005, aangezien de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven van het jaar 2005, zijnde 2.984.772 duizend euro, verminderd met 25 pct. van de onderschrijding van de in artikel 40 bedoelde globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, zijnde 37.044 duizend euro, en verminderd met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad, zijnde 83.280 duizend euro, niet hoger liggen dan het globaal budget, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, en rekening houdend met de bepalingen van § 3, zijnde 2.936.056 duizend euro. Het door de aanvragers met de vermelding « voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2005 » gestorte voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 2,55 pct. op de omzet die in 2004 verwezenlijkt is, wordt teruggestort vóór 1 april 2007. De terugstortingen van de hogervermelde voorschotten worden opgenomen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het boekjaar 2006.

## § 2.

In afwachting van de vaststelling van de aanvullende heffing, bedoeld in § 1, eerste lid, met betrekking tot de eventuele overschrijding van de uitgaven van de jaren 2002, 2003, 2004 en 2005 is respectievelijk in 2002, 2003, 2004 en 2005 door de betrokken aanvragers een voorschot verschuldigd gelijk aan respectievelijk 1,35 pct., 2,55 pct., 7,44 pct. en 2,55 pct. van de omzet van respectievelijk het jaar 2001, het jaar 2002, het jaar 2003 en het jaar 2004.

Het voorschot gelijk aan 2,55 % van de omzet van het jaar 2003 wordt op de rekening van het Rijksinstituut voor

ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 1 juli 2004 met de vermelding “voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”.

Een eerste deel van het voorschot gelijk aan 1 pct. van de omzet van het jaar 2001 wordt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 1 juli 2002 met de vermelding “eerste voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2002”.

Een tweede deel van het voorschot gelijk aan 0,35 pct. van de omzet van het jaar 2001 wordt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 15 december 2002 met de vermelding “tweede voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2002”.

Een eerste deel van het voorschot gelijk aan 2,55 pct. van het omzetcijfer van het jaar 2003 wordt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 1 juli 2004 met de vermelding “voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”. Een tweede deel van het voorschot gelijk aan 1,95 pct. van het omzetcijfer van het jaar 2003 wordt op het zelfde rekeningnummer gestort vóór 15 december 2004 met de vermelding “tweede voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”. Een derde deel van het voorschot gelijk aan 2,94 pct. van het omzetcijfer van het jaar 2003 wordt op het zelfde rekeningnummer gestort vóór 31 december 2004 met de vermelding “derde voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”.

Van het omzetcijfer van het jaar 2003 wordt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 1 juli 2004 met de vermelding “voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”. Een tweede deel van het voorschot gelijk aan 1,95 pct. van het omzetcijfer van het jaar 2003 wordt op hetzelfde rekeningnummer gestort vóór 15 december 2004 met de vermelding “tweede voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2004”.

De ontvangsten die ontstaan uit het derde deel van het voorschot gelijk aan 2,94 pct. van de omzet van het jaar 2003 dienen te worden opgenomen in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het boekjaar 2004. Het voorschot gelijk aan 2,55 % van de omzet van het jaar 2004 wordt op het rekeningnummer 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering gestort vóór 15 november 2005 met de vermelding “voorschot aanvullende heffing dienstjaar 2005”.

De schuldenaar die het verschuldigde voorschot en/of de verschuldigde heffing niet binnen de vastgestelde termijn stort, is aan het Instituut een opslag ten belope van 10 pct. van dit voorschot en / of die heffing verschuldigd, alsmede een op dit voorschot en/of die heffing verrekende verwijlinterest die gelijk is aan de wettelijke rentevoet. Een vrijstelling of vermindering van de opslag of van de verwijlinterest kan worden toegestaan onder de voorwaarden en volgens de nadere regels bepaald in 15°. In afwijking van het voorgaande is, wat betreft het derde deel van het voorschot gelijk aan 2,94 pct. van het omzetcijfer van het jaar 2003, de hierboven vastgelegde verwijlinterest en opslag slechts verschuldigd wanneer de schuldenaar dit voorschot niet stóór 17 januari 2005.

Indien op 31 december 2003 de aanvullende heffing, bedoeld in § 1, eerste lid, niet werd ingesteld voor het jaar 2002 of lager is dan 1,35 pct., stort het Instituut het voorschot of het saldo vóór 1 april 2004 aan de betrokken aanvragers terug.

Indien op 1 oktober 2004 de aanvullende heffing, bedoeld in § 1, eerste lid, niet werd ingesteld voor het jaar 2003 of lager is dan 2,55 pct., stort het Instituut het voorschot of het saldo vóór 31 december 2004 aan de betrokken aanvragers terug.

Indien op 31 december 2005 de aanvullende heffing, bedoeld in § 1, eerste lid, niet werd ingesteld voor het jaar 2004 of lager is dan 7,44 pct., stort het Instituut het voorschot of het saldo vóór 1 april 2006 aan de betrokken aanvragers terug.

Indien op 31 december 2006 de aanvullende heffing, bedoeld in § 1, eerste lid, niet werd ingesteld voor het jaar 2005 of lager is dan 2,55 %, stort het Instituut het voorschot of het saldo vóór 1 april 2007 aan de betrokken aanvragers terug.

**§ 3.** Indien overeenkomstig de bepalingen van artikel 69, § 5, wordt overgegaan tot het opsplitsen van het globaal budget van de financiële middelen in deelbudgetten voor farmacotherapeutische klassen, gekoppeld aan een terugvordering van de overschrijding van de deelbudgetten zoals bedoeld in 16°bis, worden, voor de instelling van deze aanvullende heffing, deze deelbudgetten in mindering gebracht van het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5 en wordt er geen rekening gehouden met de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de specialiteiten die behoren tot de farmacotherapeutische klassen waarvoor deze deelbudgetten zijn vastgesteld. In dit geval wordt de aanvullende heffing ingesteld op het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten en die niet behoren tot de farmacotherapeutische klassen waarvoor deelbudgetten zijn vastgesteld.

15°quinquies. Voor de jaren 2002, 2003, 2004 en 2005 wordt een bijkomende heffing van 1,5 pct. van de omzet die respectievelijk in het jaar 2001, 2002, 2003 en 2004 is verwezenlijkt, ingesteld onder de voorwaarden en volgens de nadere regels bepaald in 15°.

De heffing dient respectievelijk te worden gestort vóór 1 december 2002, 1 november 2003, 1 november 2004 en 1 november 2005 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding, volgens het betrokken jaar : “bijkomende heffing omzet 2001”, “bijkomende heffing omzet 2002”, “bijkomende heffing omzet 2003” en “bijkomende heffing omzet 2004”.

De ontvangsten die volgen uit deze bijkomende heffing zullen in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen worden in het boekjaar 2002 voor de bijkomende heffing omzet 2001, in het boekjaar 2003 voor de bijkomende heffing omzet 2002, in het boekjaar 2004 voor de bijkomende heffing omzet 2003 en in het boekjaar 2005 voor de bijkomende heffing omzet 2004.

15°sexies. Overeenkomstig de nadere regelen bepaald in 15°, wordt voor het jaar 2005 een bijzondere heffing van 5,52 % ingesteld op het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2003 op de Belgische markt van geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Die heffing is ten laste van de aanvragers welke die omzet hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2003. Deze heffing moet worden beschouwd als een last die weegt op het boekjaar 2005 van de aanvragers.

Die heffing dient te worden gestort op rekeningnummer 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering vóór 1 juli 2005 met de vermelding “bijzondere heffing dienstjaar 2005”.

De ontvangsten die volgen uit deze bijzondere heffing zullen in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen worden in het boekjaar 2005.

Deze heffing moet worden beschouwd als een last die weegt op het boekjaar 2006 van de aanvragers.

15°septies.

**§ 1.** Voor 2005 wordt een uitzonderlijke heffing van 1,5 pct. van de omzet die in 2004 is verwezenlijkt, ingesteld ten laste van de aanvragers onder de voorwaarden en volgens de nadere regels bepaald in 15°. Deze heffing wordt beschouwd als een last die weegt op het boekjaar 2005 van de aanvragers.

De heffing dient te worden gestort vóór 20 december 2005 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding « uitzonderlijke heffing 2005 omzet 2004 ».

De ontvangsten die voortvloeien uit deze uitzonderlijke heffing worden in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen in het boekjaar 2005.

§ 2<sup>11</sup>. Op 1 juli 2006 worden de prijzen en de vergoedingsbases van de hierna bedoelde vergoedbare farmaceutische specialiteiten verminderd volgens de hierna volgende modaliteiten.

De vermindering moet per aanvrager een besparing opleveren voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarvan het bedrag minstens gelijk is aan 2 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen van deze aanvrager die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten gedurende het jaar 2004 zoals aangegeven overeenkomstig de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 15°, of ambtshalve vastgesteld op basis van dat artikel.

De aanvragers van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), kunnen ten laatste op 15 februari 2006 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat prijsdalingen, berekend op de prijs buiten bedrijf, voorziet voor alle of bepaalde van de farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) of c), 1), waarvoor ze verantwoordelijk zijn, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing minstens gelijk is aan 2 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2004. De voorgestelde daling dient per specialiteit minimaal 4 pct. te bedragen, met dien verstande dat voor specialiteiten waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld er geen rekening wordt gehouden met prijsdalingen die geen invloed hebben op de nieuwe vergoedingsbasis. Indien een daling van de prijs en de vergoedingsbasis wordt voorgesteld voor een specialiteit waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld, worden alle aanvragers die verantwoordelijk zijn voor specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), en die deze specialiteit als referentiespecialiteit hebben, op de hoogte gebracht van deze vrijwillige daling van de vergoedingsbasis en wordt hen meegedeeld dat de prijs van hun overeenkomstige specialiteit niet hoger mag zijn en bijgevolg ambtshalve zal worden aangepast.

Indien een aanvrager van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1) geen voorstel indient of indien het voorstel niet overeenstemt met de vooropgestelde besparing, dalen de prijzen en de vergoedingsbases van alle specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1) van de betrokken aanvrager met 2 pct. De aanvragers die verantwoordelijk zijn voor specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2) en die de betrokken specialiteiten als referentiespecialiteit hebben, worden op de hoogte gebracht van deze ambtshalve prijsdaling en hen wordt meegedeeld dat de prijs van hun overeenkomstige specialiteit niet hoger mag zijn en bijgevolg ambtshalve zal worden aangepast.

---

<sup>11</sup> Voor de toepassing van artikel 191, eerste lid, 15°septies, § 2, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005, dient in het tweede lid de vermelding "omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen van deze aanvrager die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten gedurende het jaar 2004" en in het derde lid de vermelding "omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2004" in die zin uitgelegd te worden dat het bedoelde omzetcijfer moet opgesplitst worden in twee delen, enerzijds het omzetcijfer dat gerealiseerd is met specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), voor de berekening van de besparing bedoeld in het derde lid en anderzijds het omzetcijfer dat gerealiseerd is met specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), voor de berekening van de besparing bedoeld in het vijfde lid.



Indien als gevolg van de daling van de vergoedingsbasis van hun referentiespecialiteit voor de aanvragers van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), de besparing meer bedraagt dan 2 pct., zal het saldo teruggestort worden uiterlijk twee maanden na de bekendmaking van deze gewijzigde bepaling in het Belgisch Staatsblad, op voorwaarde echter dat het in 15°novies, achtste lid, bedoelde voorschot, werd gestort.

De Minister past met ingang van 1 juli 2006 de lijst van de vergoedbare specialiteiten aan, ofwel op basis van de ingediende voorstellen, ofwel op basis van de ambtshalve dalingen.

**§ 3.** Op 1 mei 2009 worden de prijzen en de vergoedingsbases van de hierna bedoelde vergoedbare farmaceutische specialiteiten verminderd volgens de hierna volgende modaliteiten.

De vermindering moet per aanvrager een besparing opleveren voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarvan het bedrag minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt gedurende het jaar 2007 van de geneesmiddelen van deze aanvrager die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zoals aangegeven overeenkomstig de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 15°, of ambtshalve vastgesteld op basis van dat artikel, op 1 januari 2009. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen, enerzijds, het omzetcijfer gerealiseerd met specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), dat telt voor de berekening van de besparing bedoeld in het derde lid, en anderzijds, het omzetcijfer gerealiseerd met specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), dat telt voor de berekening van de besparing bedoeld in het zesde lid.

De aanvragers van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), kunnen ten laatste op 21 januari 2009 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat prijsdalingen, berekend op de prijs buiten bedrijf, voorziet voor alle of bepaalde van de farmaceutische specialiteiten, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2009, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2007 voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2009. Voor specialiteiten waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld, bedraagt de voorgestelde daling maximaal 9,25 pct. per specialiteit, met dien verstande dat er geen rekening wordt gehouden met prijsdalingen die geen invloed hebben op de nieuwe vergoedingsbasis. Er wordt eveneens geen rekening gehouden met voorstellen voor specialiteiten waarvan de vergoedingsbasis werd verminderd, naar aanleiding van een groepsgewijze herziening, enkel of mede wegens budgettaire overwegingen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 35bis, § 4, vijfde lid. Indien een daling van de prijs en de vergoedingsbasis wordt voorgesteld voor een specialiteit waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld, worden alle aanvragers die verantwoordelijk zijn voor specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), en die deze specialiteit als referentiespecialiteit hebben, op de hoogte gebracht van deze vrijwillige daling van de vergoedingsbasis en wordt hen meegedeeld dat de prijs van hun overeenkomstige specialiteit niet hoger mag zijn en

bijgevolg ambtshalve zal worden aangepast.

Indien een aanvrager van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), een daling van de prijs en de vergoedingsbasis indient voor een welbepaalde verpakking van een specialiteit waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2009, moet hetzelfde pct. daling voorgesteld worden voor alle verpakkingen van de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2009, met hetzelfde werkzame bestanddeel/dezelfde werkzame bestanddelen, met uitzondering van de injecteerbare vormen.

Indien een aanvrager van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), geen voorstel indient of indien het voorstel niet overeenstemt met de vooropgestelde besparing, dalen de prijzen en de vergoedingsbases van alle specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), 1), waarvoor de betrokken aanvrager op 1 januari 2009 verantwoordelijk is, met 1,95 pct. De aanvragers die verantwoordelijk zijn voor specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), en die de betrokken specialiteiten als referentiespecialiteit hebben, worden op de hoogte gebracht van deze ambtshalve prijsdaling en hen wordt meegedeeld dat de prijs van hun overeenkomstige specialiteit niet hoger mag zijn en bijgevolg ambtshalve zal worden aangepast.

Indien als gevolg van de daling van de vergoedingsbasis van hun referentiespecialiteit voor de aanvragers van specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), de besparing meer bedraagt dan 1,95 pct., zal het saldo vóór 28 februari 2010 teruggestort worden.

De Minister past met ingang van 1 mei 2009 de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten aan, ofwel op basis van de ingediende voorstellen, ofwel op basis van de ambtshalve dalingen.

**§ 4.** Op 1 april 2012 worden de prijzen en de vergoedingsbases van de hierna bedoelde vergoedbare farmaceutische specialiteiten verminderd volgens de hierna volgende modaliteiten.

De vermindering moet per aanvrager een besparing opleveren voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarvan het bedrag minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt gedurende het jaar 2010 van de geneesmiddelen van deze aanvrager die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zoals aangegeven overeenkomstig de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 15°, of ambtshalve vastgesteld op basis van dat artikel, op 1 januari 2012.

De aanvragers kunnen ten laatste op 21 januari 2012 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat prijsdalingen, berekend op de prijs buiten bedrijf, voorziet voor alle of bepaalde van de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2012, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2010 voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2012. De voorgestelde vermindering

mag maximum 20 pct. bedragen per specialiteit. Voor specialiteiten waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld, wordt er geen rekening gehouden met prijsdalingen die geen invloed hebben op de nieuwe vergoedingsbasis.

Indien een aanvrager een daling van de prijs en de vergoedingsbasis indient voor een welbepaalde verpakking van een specialiteit waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2012, moet hetzelfde pct. daling voorgesteld worden voor alle verpakkingen van de specialiteiten waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2012 met hetzelfde werkzame bestanddeel/dezelfde werkzame bestanddelen, met uitzondering van de injecteerbare vormen.

Indien een aanvrager geen voorstel indient of indien het voorstel niet overeenstemt met de vooropgestelde besparing, dalen de prijzen en de vergoedingsbases van alle specialiteiten waarvoor de betrokken aanvrager op 1 januari 2012 verantwoordelijk is, met 1,95 pct.

De Minister past met ingang van 1 april 2012 de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten aan, ofwel op basis van de ingediende voorstellen, ofwel op basis van de ambtshalve dalingen.

De aanvragers die, overeenkomstig het derde lid, ten laatste op 21 januari 2012 een voorstel hebben ingediend dat in prijsverminderingen voorziet voor een specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt, kunnen ten laatste op 5 maart 2012 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat in alternatieve prijsverminderingen voorziet, berekend op basis van de prijs buiten bedrijf, voor alle farmaceutische specialiteiten waarvoor ze op 1 januari 2012 verantwoordelijk zijn of voor sommige daarvan, met uitzondering van de specialiteiten die behoren tot de klassen van antibiotica en antimycotica, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing op jaarbasis minstens gelijk is aan deze berekend op jaarbasis op basis van het initiële voorstel voor de specialiteit bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), waarvoor de verzekeringstegemoetkoming 100 pct. van de vergoedingsbasis bedraagt. De voorgestelde vermindering mag maximum 20 pct. bedragen per specialiteit. Als het voorstel overeenstemt met de vooropgestelde besparing, schrapt de minister van rechtswege de initiële vermindering van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten vanaf 1 april 2012 en past hij vanaf 1 juni 2012 de lijst aan in functie van de nieuwe voorstellen die werden ingediend.

**§ 5.** Op 1 april 2013 worden de prijzen en de vergoedingsbases van de hierna bedoelde vergoedbare farmaceutische specialiteiten verminderd volgens de hierna volgende modaliteiten.

De vermindering moet per aanvrager een besparing opleveren voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen waarvan het bedrag minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt gedurende het jaar 2011 van de geneesmiddelen van deze aanvrager die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zoals aangegeven overeenkomstig de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 15°, of

ambtshalve vastgesteld op basis van dat artikel, op 1 januari 2013.

De aanvragers kunnen ten laatste op 21 januari 2013 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat prijsdalingen, berekend op de prijs buiten bedrijf, voorziet voor alle of bepaalde van de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2013, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2011 voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2013. Voor de specialiteiten die worden terugbetaald krachtens artikel 35bis, § 7, en de daartoe door de Koning vastgestelde voorwaarden, wordt een regularisatie van de heffing uitgevoerd en worden de tijdens het jaar 2012 aan het Instituut gestorte compensaties voor de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen afgetrokken van het zakencijfer alvorens het te verwezenlijken bedrag van de besparing gelijk aan 1,95 pct. wordt vastgesteld. De aanvrager moet aanvullend op de voormelde aangifte de waarde van de compensatie uitgevoerd onder de vorm van een storting meedelen alsook het bewijs van betaling van deze laatste voor zover dit nog niet gebeurd zou zijn.

Voor specialiteiten waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld en voor de specialiteiten bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2), mag de voorgestelde vermindering :

- 1° maximum 20 pct. bedragen per specialiteit, als de bepalingen van artikel 35ter, § 1, zesde lid, nog niet toegepast werden;
- 2° maximum 6 pct. bedragen per specialiteit, als de bepalingen van artikel 35ter, § 1, zesde lid, reeds toegepast werden;  
met uitzondering van de niet injecteerbare vormen van de specialiteiten die behoren tot de ATC klasse J01 of J02, waarvoor de voorgestelde vermindering maximum 1,95 pct. mag bedragen per specialiteit.
- 3° Voor de specialiteiten die behoren tot de ATC klasse C08, C09A, C09B of N06A, wordt een ambtshalve vermindering van 1,95 pct. toegepast per specialiteit.

Voor specialiteiten waarvoor overeenkomstig artikel 35ter een nieuwe vergoedingsbasis is vastgesteld, wordt er geen rekening gehouden met prijsdalingen die geen invloed hebben op de nieuwe vergoedingsbasis.

Indien een aanvrager een daling van de prijs en de vergoedingsbasis indient voor een welbepaalde verpakking van een specialiteit waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2013, moet hetzelfde percentage daling voorgesteld worden voor alle verpakkingen van de specialiteiten waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2013 met hetzelfde werkzame bestanddeel/dezelfde werkzame bestanddelen, met uitzondering van de injecteerbare vormen.

De aanvragers van wie alle farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn het voorwerp uitmaken van een overeenkomst bedoeld in artikel 35bis, § 7, kunnen ten laatste op 21 januari 2013 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie tegemoetkoming Geneesmiddelen, dat voorziet in de storting aan het Instituut van een bedrag dat overeenstemt met de vooropgestelde besparing. Dit voorstel wordt vergezeld van een budgetimpact waaruit blijkt dat het bedrag van de voorgestelde storting minstens gelijk is aan 1,95 pct. van het omzetcijfer dat is verwezenlijkt gedurende het jaar 2011 voor de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2013.

Indien een aanvrager geen voorstel indient of indien het voorstel niet overeenstemt met de vooropgestelde besparing, dalen de prijzen en de vergoedingsbases van alle specialiteiten waarvoor de betrokken aanvrager op 1 januari 2013 verantwoordelijk is, met 1,95 pct.

De minister past met ingang van 1 april 2013 de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten aan, ofwel op basis van de ingediende voorstellen, ofwel op basis van de ambtshalve dalingen. Indien het voorstel bestaat uit de storting van een bedrag, wordt dit voor 1 april 2013 gestort op de rekening van het Instituut.

**§ 6.** Op 1 april 2013 worden, onverminderd de toepassing van paragraaf 5, de prijzen en de vergoedingsbases van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten bedoeld in artikel 72bis, 8°, laatste zin, met uitzondering van de farmaceutische specialiteiten die het voorwerp uitmaken van een overeenkomst bedoeld in artikel 35bis, § 7, en de farmaceutische specialiteiten waarvoor de tegemoetkoming met toepassing van artikel 37, § 3/2, tweede lid, bestaat in een vast bedrag per indicatie, behandeling of onderzoek, verminderd volgens de hierna volgende nadere regels.

Voor elke specialiteit, per vorm en per sterkte van het werkzaam bestanddeel (of combinatie van werkzame bestanddelen), wordt het gemiddelde bepaald, uitgedrukt als percentage, van de dalingen van de laagste buiten bedrijf prijzen, berekend per eenheid, tussen 1 januari 2011 en 1 januari 2012, van de zes Europese landen vermeld in artikel 72bis, 8°.

Als gevolg van een vermindering in uitvoering van het voorgaande lid, mogen de buiten bedrijf prijs en de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf), berekend per eenheid, van een farmaceutische specialiteit niet lager worden dan een bedrag dat gelijk is aan de laagste buiten bedrijf prijs, berekend per eenheid, per vorm en per sterkte van het werkzaam bestanddeel (of combinatie van werkzame bestanddelen), toegepast op 1 januari 2012 binnen het geheel van de zes Europese landen vermeld in artikel 72bis, 8°, en in België.

De aanvragers kunnen ten laatste op 21 januari 2013 een voorstel indienen bij het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen dat prijsdalingen, berekend op de prijs buiten bedrijf, voorziet voor alle of bepaalde van de farmaceutische specialiteiten waarvoor ze verantwoordelijk zijn op 1 januari 2013, vergezeld van een schatting van de budgetimpact waaruit blijkt dat het totale bedrag van de vooropgestelde besparing minstens gelijk is aan deze die door het secretariaat van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen ingeschat wordt door de vermindering van de prijzen en de vergoedingsbases toe te passen zoals bedoeld in het tweede en derde lid van deze paragraaf. Indien de aanvrager een vermindering van de prijs en de vergoedingsbasis indient voor een welbepaalde verpakking van een specialiteit waarvoor hij verantwoordelijk is op 1 januari 2013, moet hij de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 15<sup>o</sup> septies, § 5, in acht nemen.

Indien een aanvrager geen voorstel indient of indien het voorstel niet overeenstemt met de vooropgestelde besparing, dalen de prijzen en de vergoedingsbases van de in het eerste lid bedoelde specialiteiten overeenkomstig het tweede en derde lid van deze paragraaf.

De minister past met ingang van 1 april 2013, de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten aan, ofwel op basis van de ingediende voorstellen, ofwel op basis van de ambtshalve dalingen.

15<sup>o</sup>octies. Met het oog op compensatie, in voorkomend geval, van de overschrijding van het globaal budget, vastgesteld in uitvoering van het artikel 69, § 5, wordt vanaf 2006 een provisiefonds opgericht, dat wordt gespijsd door bijdragen van de aanvragers.

Het bedrag van de provisie dat beschikbaar dient te zijn voor 2006 bedraagt 79 miljoen EUR. In 2007, wordt dit bedrag verhoogd, om te beschikken over een provisie van 100 miljoen EUR. Vanaf het jaar 2008 worden de middelen van het fonds verhoogd met de intresten gegenereerd door de belegging van deze middelen. De middelen van het fonds behoren de aanvragers toe aangezien dit voorschotten omvat.

Teneinde de provisie verschuldigd in 2006 samen te stellen, stort iedere aanvrager vóór 15 september 2006 een bedrag gelijk aan 2,55 pct. van het zakencijfer dat werd gerealiseerd in de loop van het jaar 2005, volgens de regels bepaald in 15<sup>o</sup>, op de rekening van het Instituut, vergezeld van de mededeling "betaling provisiefonds 2006". Teneinde de provisie verschuldigd in 2007 samen te stellen, stort iedere aanvrager vóór 15 september 2007 een bedrag gelijk aan 0,93 pct. van het zakencijfer dat werd gerealiseerd in de loop van het jaar 2006, volgens de regels bepaald in 15<sup>o</sup>, op de rekening van het Instituut, vergezeld van de mededeling "betaling provisiefonds 2007".

Indien in september van een bepaald jaar wordt vastgesteld, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, dat er een overschrijding zal zijn, houdt het Instituut een som gelijkwaardig aan de overschrijding in op het provisiefonds volgens de door de Koning bepaalde regels. Deze inhouding doet een automatische en onmiddellijke verplichting ontstaan in hoofde van de aanvragers om vóór 1 maart van het daaropvolgende jaar het provisoire bedrag dat nodig is voor dat jaar, opnieuw samen te stellen, en waarvan het bedrag is bepaald in het tweede lid.

De ontvangsten die volgen uit deze wedersamenstelling worden in de rekening van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen in het jaar gedurende hetwelk de overeenstemmende inhouding heeft plaatsgehad.

De Koning bepaalt jaarlijks, in functie van het eventueel ingehouden bedrag, het percentage van het zakencijfer van het voorgaande jaar, dat is aangegeven met toepassing van de bepalingen van het punt 15<sup>o</sup>novies, vierde lid, dat dient gestort te worden door de aanvragers met het oog op het samenstellen van het provisiefonds waarvan het bedrag is bepaald in het tweede lid. De Koning kan ook, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bepalen volgens welke wijze de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die worden vergoed volgens artikel 37, § 3, in rekening worden gebracht in het zakencijfer op het moment van de vaststelling van het percentage van het zakencijfer dat dient gestort te worden met het oog op het samenstellen van het provisiefonds.

Het bedrag van de overschrijding bedoeld in het vierde lid, kan worden aangepast door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, teneinde rekening te houden met de impact van de door de Koning bepaalde elementen.

Indien een aanvrager zich definitief terugtrekt uit de Belgische markt van terugbetaalbare specialiteiten, dan moet zijn aandeel in het fonds hem worden teruggegeven en ter compensatie moeten de aanvragers die op de markt blijven het fonds voor het verschuldigde bedrag heraanvullen. De Koning bepaalt de nadere regels en modaliteiten voor terugbetalingen en gedeeltelijke reconstructies van het fonds. De zoals in het zesde lid bepaalde reconstructiemodaliteiten worden aan die reconstructie toegepast. De Koning

bepaalt ook de berekeningsmodaliteiten van het aandeel bedoeld in dit lid. Dit lid doet geen afbreuk aan de voorgaande leden.

Voor de sommen verschuldigd vanaf 2007 worden voor de vaststelling van het zakencijfer de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die overeenkomstig artikel 37, § 3 worden vergoed op basis van een forfaitair bedrag op de volgende manier in rekening gebracht : enerzijds wordt voor de vaststelling van het globaal verschuldigd percentage het aandeel van deze specialiteiten verstrekt aan rechthebbenden opgenomen in de door de Koning aangeduide categorieën van ziekenhuizen in de totale uitgaven van het Instituut voor de farmaceutische specialiteiten ten beloop van 75 percent in mindering gebracht; anderzijds wordt voor de vaststelling van het omzetcijfer van elke aanvrager voor elke specialiteit waarvoor hij verantwoordelijk is het aandeel van de betrokken specialiteit verstrekt aan rechthebbenden opgenomen in de door de Koning aangeduide categorieën van ziekenhuizen in de totale uitgaven van het Instituut voor deze farmaceutische specialiteit ten beloop van 75 percent in mindering gebracht. Hiertoe stuurt de dienst voor geneeskundige verzorging jaarlijks voor 15 februari aan de betrokken aanvragers een lijst van de betrokken specialiteiten en het aandeel ervan verstrekt aan de hiervoor vermelde rechthebbenden. Voor de toepassing van deze bepaling moet van het statuut van de betrokken specialiteiten op 1 januari van het betrokken jaar in aanmerking worden genomen en worden de laatst gekende gegevens bedoeld in artikel 206, § 1, in aanmerking genomen.

Het bedrag van de overschrijding bedoeld in het vierde lid, kan worden aangepast door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, teneinde rekening te houden met de impact van de door de Koning bepaalde elementen.

Indien een aanvrager zich definitief terugtrekt uit de Belgische markt van terugbetaalbare specialiteiten, dan moet zijn aandeel in het fonds hem worden teruggegeven en ter compensatie moeten de aanvragers die op de markt blijven het fonds voor het verschuldigde bedrag heraanvullen. De Koning bepaalt de nadere regels en modaliteiten voor terugbetalingen en gedeeltelijke reconstructies van het fonds. De zoals in het zesde lid bepaalde reconstructiemodaliteiten worden aan die reconstructie toegepast. De Koning bepaalt ook de berekeningsmodaliteiten van het aandeel bedoeld in dit lid. Dit lid doet geen afbreuk aan de voorgaande leden.

15°novies. De opbrengst van een heffing op het omzetcijfer dat is verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Die heffing is ten laste van de aanvragers welke die omzet hebben verwezenlijkt gedurende het jaar waarvoor de heffing is verschuldigd.

Voor 2006 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 9,73 pct. van de omzet die in 2006 is verwezenlijkt.

Voor 2007 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 8,73 pct. van de omzet die in 2007 is verwezenlijkt.

Voor 2008 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 7,73 pct. van de omzet die in 2008 is verwezenlijkt.

Voor 2009 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 7,73 pct. van de omzet die in 2009 is verwezenlijkt.

Voor 2010 wordt het bedrag van die bijdrage vastgesteld op ten hoogste 6,73 pct. van het in 2010 verwezenlijkte omzetcijfer.



Voor 2011 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 6,73 pct. van de omzet die in 2011 is verwezenlijkt.

Voor 2012 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 6,73 pct. van de omzet die in 2012 is verwezenlijkt.

Voor 2013 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 6,73 pct. van de omzet die in 2013 is verwezenlijkt.

Van de aangegeven totale omzet, berekend op basis van de prijs buiten-bedrijf of buiten-invoerder, moet een aangifte worden gedaan die is opgesplitst per publiekverpakking en/of per stukverpakking van de in het eerste lid beoogde geneesmiddelen.

De voornoemde verklaringen dienen gedagtekend, ondertekend en waar en echt verklaard te worden en bij een ter post aangetekende brief te worden ingediend bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel. Ze dienen te worden ingediend voor 1 mei 2007.

Voor de omzet die in 2006 is verwezenlijkt, en voor 1 mei 2008 voor de omzet die in 2007 is verwezenlijkt en voor 1 mei 2009 voor de omzet die in 2008 is verwezenlijkt, voor 1 mei 2010 voor de omzet die in 2009 is verwezenlijkt, voor 1 mei 2011 voor het omzetcijfer dat in 2010 is gerealiseerd, voor 1 mei 2012 voor de omzet die in 2011 is verwezenlijkt, voor 1 mei 2013 voor de omzet die in 2012 is verwezenlijkt en voor 1 mei 2014 voor de omzet die in 2013 is verwezenlijkt.

De Dienst voor geneeskundige verzorging kan de totale omzet ambtshalve vaststellen op basis van de gegevens van de gegevensinzameling bedoeld in artikel 165, in geval een aanvrager nagelaten heeft een aangifte te doen overeenkomstig de bepalingen van het vijfde lid. De betrokken aanvrager wordt bij ter post aangetekende brief in kennis gesteld van de ambtshalve vaststelling van de omzet.

De heffing op de omzet 2006, de heffing op de omzet 2007, de heffing op omzet 2008, de heffing op de omzet 2009, de heffing op het omzetcijfer 2010, de heffing op de omzet 2011, de heffing op de omzet 2012 en de heffing op de omzet 2013 worden via een voorschot en een saldo gestort. Het saldo bedoeld in de vorige zin zijnde het verschil tussen de in het derde lid bedoelde heffing en het in de vorige zin bedoelde voorschot.

Het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo dienen voor 2006 respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2006 en 1 juni 2007 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk "voorschot heffing omzet 2006" en "saldo heffing omzet 2006".

Voor 2007 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2007 en 1 juni 2008 op rekening nr 001-1950023-11 van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk "voorschot heffing omzet 2007" en "saldo heffing omzet 2007".

Voor 2008 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden vóór 1 oktober 2008 en 1 juni 2009 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk " voorschot heffing omzet 2008 " en " saldo heffing omzet 2008".

Voor 2009 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk voor 1 juni 2009 en 1 juni 2010 te worden gestort op de rekening van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, respectievelijk met vermelding « voorschot heffing omzetcijfer 2009 » en « saldo heffing omzetcijfer 2009 ».

Voor 2010 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk voor 1 juni 2010 en 1 juni 2011 te worden gestort op de rekening van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, respectievelijk met vermelding « voorschot heffing omzetcijfer 2010 » en « saldo heffing omzetcijfer 2010 ».

Voor 2011 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2011 en 1 juni 2012 op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk « voorschot heffing omzet 2011 » en « saldo heffing omzet 2011. »

Voor 2012 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2012 en 1 juni 2013 op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk « voorschot heffing omzet 2012 » en « saldo heffing omzet 2012. »

Voor 2013 dienen het in het vorige lid bedoelde voorschot en saldo respectievelijk gestort te worden voor 1 juni 2013 en 1 juni 2014 op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding respectievelijk « voorschot heffing omzet 2013 » en « saldo heffing omzet 2013 ».

De voornoemde Dienst zorgt voor het innen van de bovengenoemde heffing alsook voor het toezicht.

Het voornoemde voorschot wordt voor 2006 op 3,9804 maal het in 15<sup>o</sup>octies, derde lid, vastgestelde bedrag bepaald. De Koning bepaalt de alternatieve regels voor de vaststelling van het voorschot als het in de vorige zin bepaalde bedrag blijkt gelijk aan nul te zijn.

Voor 2007 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 9,14 pct. van de omzet die in het jaar 2006 is verwezenlijkt.

Voor 2008 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 7,97 pct. van de omzet die in het jaar 2007 is verwezenlijkt.

Voor 2011 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 6,73 pct. van de omzet die in het jaar 2010 is verwezenlijkt.

Voor 2012 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 6,73 pct. van de omzet die in het jaar 2011 is verwezenlijkt.

Voor 2013 wordt het voornoemde voorschot bepaald op 6,73 pct. van de omzet die in het jaar 2012 is verwezenlijkt.

De schuldenaar die het voorschot en/of het saldo van de bovengenoemde heffing niet binnen de in het achtste lid vastgestelde termijnen stort, is een opslag ten belope van 10 % van die heffing verschuldigd, alsmede een op die heffing verrekende verwijlinterest die gelijk is aan de wettelijke rentevoet.

De Algemene Raad kan aan de in het tweede lid bedoelde schuldenaar vrijstelling of vermindering van de opslag van de vergoeding of van de verwijlinterest toestaan op voorwaarde dat :

- alle vroegere betalingen door de betrokken schuldenaar zijn verricht binnen de vastgestelde termijn;
- de in derde lid bedoelde omzet binnen de vastgestelde termijn is meegedeeld op een wijze die het mogelijk maakt dat de verschuldigde bedragen worden gecontroleerd;
- de schuldenaar deugdelijk kan verantwoorden dat het hem onmogelijk is geweest de verschuldigde som binnen de vastgestelde termijn te storten.

De door de Algemene Raad toegekende vrijstelling kan slechts volledig zijn indien de schuldenaar :

- ofwel het bewijs van een geval van overmacht levert, dit wil zeggen van een gebeurtenis die hem volledig vreemd en onafhankelijk van zijn wil is, redelijkerwijze niet te voorzien en menselijk onoverkomelijk is en die het hem volstrekt onmogelijk heeft gemaakt zijn verplichting binnen de vastgestelde termijn na te komen; bovendien mag de schuldenaar zich geen enkele fout te verwijten hebben in de gebeurtenissen, die aan het overkomen van die vreemde oorzaak zijn voorafgegaan, het hebben voorbereid of het hebben vergezeld;
- ofwel bewijst dat hij op het ogenblik dat de storting eisbaar was, een vaste en eisbare schuldvordering bezat die hem niet toeliet zijn verplichting binnen de vastgestelde termijn na te komen en hij de Algemene Raad daarover heeft geïnformeerd;
- ofwel behoorlijk aangetoonde dwingende redenen kan aanvoeren.

In alle andere uitzonderlijke omstandigheden waarvoor de schuldenaar het bewijs kan leveren, kan de Algemene Raad een vermindering met de helft van de verschuldigde opslag en/of van de verwijlinterest toestaan.

De verwijlinterest tegen de wettelijke rentevoet wordt toegepast op het bedrag dat niet binnen de vastgestelde termijn is betaald en wordt berekend naar rata van het aantal dagen dat is verstreken tussen de datum waarop de betaling had moeten verricht worden en de dag waarop ze effectief is uitgevoerd.

Iedere aanvraag ingeleid volgens de regels bepaald in het artikel 35bis, § 6, eerste lid, door een schuldenaar die niet in orde is met de betalingen, moet worden beschouwd als onontvankelijk vanaf de vervaldag van de betalingstermijn bedoeld in het achtste lid en tot

op het ogenblik van de betaling van al de verschuldigde sommen op basis van dit artikel. De aanvragen ingeleid door de schuldenaar voor deze datum en die nog niet het voorwerp hebben uitgemaakt van een definitief voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen kunnen eveneens worden afgesloten. Deze sanctie wordt nochtans niet toegepast in de twee volgende gevallen : ofwel wanneer een vrijstelling aan de Algemene Raad wordt gevraagd op basis van het twaalfde lid, en dit tot op het ogenblik dat er uitspraak wordt gedaan over de aanvraag tot vrijstelling; ofwel wanneer een dergelijke vrijstelling door de Algemene Raad wordt verleend.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2006 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2006.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2007 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2007.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2008 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2008.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2008 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2009.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2008 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2010.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2011 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van het boekjaar 2011 worden opgenomen.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2012 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van het boekjaar 2012 worden opgenomen.

De ontvangsten die voortvloeien uit de heffing omzet 2013 zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2013.

15°decies. Voor het jaar 2007 wordt een solidariteitsheffing van 0,81 pct. van de omzet die in het jaar 2006 is verwezenlijkt, ingesteld onder de voorwaarden en volgens de nadere regels bepaald in 15°, voor zover er voor het jaar 2007 een overschrijding wordt vastgesteld van het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, volgens de hierna volgende regels.

Indien in september 2007 wordt vastgesteld, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, dat er een overschrijding zal zijn, en de overschrijding gelijk of groter geraamd wordt dan 22 miljoen euro, is de heffing bedoeld in het eerste lid verschuldigd.

Indien in september 2007 wordt vastgesteld, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, dat er een overschrijding zal zijn, en de overschrijding kleiner geraamd wordt dan 22 miljoen euro, wordt het percentage aangepast in functie van de te verwachten overschrijding.

Indien in september 2007 wordt vastgesteld, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, dat er geen overschrijding zal zijn, is de heffing niet verschuldigd.

De heffing dient te worden gestort vóór 15 januari 2008 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding : « solidariteitsheffing omzet 2006 ».

De ontvangsten die voortvloeien uit deze solidariteitsheffing worden opgenomen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het boekjaar 2007.

Indien op 30 september 2008 een overschrijding wordt vastgesteld van het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, die lager is dan het bedrag ontvangen op basis van de toepassing van het eerste lid, stort het Instituut het saldo vóór 1 april 2009 aan de betrokken aanvragers terug.

Indien op 30 september 2008 een overschrijding wordt vastgesteld van het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, die hoger is dan het bedrag ontvangen op basis van de toepassing van het eerste lid, storten de betrokken aanvragers het verschil tussen de reeds gestorte bedragen en de overschrijding beperkt tot 22 miljoen euro, vóór 31 december 2008 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « bijbetaling solidariteitsheffing 2007 ».

De ontvangsten die voortvloeien uit deze solidariteitsheffing zullen in mindering worden gebracht bij de toepassing van het punt 15°octies.;

15<sup>o</sup>undecies. Voor het jaar t wordt, vanaf het jaar 2008 onder de voorwaarden en volgens de nadere regels bepaald in 15<sup>o</sup>, een subsidiaire heffing ingesteld op de omzet die in het jaar t is verwezenlijkt, voor zover er voor het jaar t een overschrijding wordt vastgesteld van het globaal budget vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, volgens de hierna volgende regels.

Indien in september van dat jaar t wordt vastgesteld dat er, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, een overschrijding zal zijn, en de overschrijding gelijk of groter geraamd wordt dan 100 miljoen euro, is de heffing bedoeld in het eerste lid verschuldigd ten belope van 100 miljoen euro.

Indien in september van dat jaar t wordt vastgesteld dat er, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, een overschrijding zal zijn, en de overschrijding kleiner geraamd wordt dan 100 miljoen euro, is de heffing bedoeld in het eerste lid verschuldigd ten belope van het bedrag van de vastgestelde budgetoverschrijding.

Indien in september van dat jaar t wordt vastgesteld dat, op basis van de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven, er geen overschrijding zal zijn, is de heffing niet verschuldigd.

De heffing wordt via een voorschot, vastgesteld op de omzet van het jaar t-1, en een saldo, vastgesteld op de omzet van het jaar t, gestort. De afrekening bedoeld in de vorige zin zijnde het verschil tussen de in het eerste lid bedoelde heffing en het in de vorige zin bedoelde voorschot.

Indien er voor het betrokken jaar een onderverdeling van het globale budget wordt gemaakt in uitvoering van artikel 69, § 5, tweede lid, wordt een deelname aan de overschrijding opgelegd aan de betrokken aanvragers die, gedurende het jaar waarin de overschrijding plaatsvond, een omzetcijfer hebben gerealiseerd op de Belgische markt van geneesmiddelen die ingeschreven zijn op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, overeenkomstig de onderverdeling van het globale budget. Deze deelname is afhankelijk van het aandeel van de betrokken specialiteiten in de verwachte overschrijding van het globale budget.

Het bedrag van de overschrijding bedoeld in het eerste lid, kan worden aangepast door de Algemene Raad, na advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, teneinde rekening te houden met de impact van elementen van het jaarlijks budget, dat is vastgesteld door de Koning, die niet of niet volledig hun uitwerking hebben gehad.

De Koning bepaalt jaarlijks, in functie van de verwachte budgetoverschrijding, het percentage van het omzetcijfer van het jaar t-1 dat is aangegeven in toepassing van de bepalingen onder 15°novies, vierde lid, dat dient gestort te worden door de aanvragers als voorschot en het percentage van het omzetcijfer van het jaar t dat is aangegeven met toepassing van de bepalingen onder 15°novies, vierde lid, dat dient gestort te worden door de aanvragers bij wijze van saldo. De farmaceutische specialiteiten die worden vergoed krachtens artikel 37, § 3, worden voor ten hoogste 75 pct. van die heffing vrijgesteld. De Koning bepaalt bij een in Ministerraad overlegd besluit op welke wijze de farmaceutische specialiteiten die worden vergoed overeenkomstig artikel 37, § 3, in rekening worden genomen in het omzetcijfer wanneer de hierboven vermelde percentages worden vastgesteld. In geval van onderverdeling van het budget, stelt de Koning, op basis van het aandeel zoals bedoeld in het zesde lid, de percentages van de omzetcijfers die overeenstemmen met de onderverdeling van het globale budget vast.

Het voorschot dient vóór 31 december van het jaar t gestort te worden op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding van « Voorschot subsidiaire heffing jaar t ». Het saldo dient vóór 30 juni van het jaar t +1 gestort te worden op rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding van « Saldo subsidiaire heffing jaar t ».

De ontvangsten die voortvloeien uit deze subsidiaire heffing worden opgenomen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in het boekjaar t.

15<sup>o</sup>duodecies . Voor het jaar t wordt, volgens de in 15<sup>o</sup> vastgestelde voorwaarden en modaliteiten, een bijdrageheffing op het in t gerealiseerde omzetcijfer ingevoerd.

Die bijdrage wordt gestort via een voorschot dat is vastgesteld op basis van het gedurende het jaar t-1 verwezenlijkte omzetcijfer, en via een afrekening die is vastgesteld op basis van het gedurende het jaar t gerealiseerde omzetcijfer. Het in de vorige zin beoogde saldo komt overeen met het verschil tussen de bijdrage zoals die is gedefinieerd in het 1e lid en het voorschot waarvan sprake is in de voorgaande zin.

Het voorschot op de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar t worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering met vermelding « Voorschot bijdrageheffing jaar t ». Het saldo van de bijdrage moet voor 1 juni van het jaar t+1 worden gestort op het rekeningnummer van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering met vermelding « Saldo bijdrageheffing jaar t ».

De ontvangsten die voortvloeien uit die bijdrageheffing worden opgenomen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor het boekhoudjaar t.

Voor 2010 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 1 pct. van het in 2010 verwezenlijkte omzetcijfer en het ermee samenhangende voorschot op 1 pct. van het in 2009 verwezenlijkte omzetcijfer.

Voor 2011 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2011 is verwezenlijkt en het ermee samenhangende voorschot op 1 pct. van de omzet die in 2010 is verwezenlijkt.

Voor 2012 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2012 is verwezenlijkt en het ermee samenhangende voorschot op 1 pct. van de omzet die in 2011 is verwezenlijkt.

Voor 2013 wordt het bedrag van die heffing vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2013 is verwezenlijkt en het ermee samenhangende voorschot wordt vastgesteld op 1 pct. van de omzet die in 2012 is verwezenlijkt.



16° de stortingen die moeten worden verricht door degenen die verantwoordelijk zijn voor het in de handel brengen van geneesmiddelen krachtens een prijs-volume-contract dat gesloten is op basis van artikel 72, in geval van overschrijding van de vastgestelde maximumuitgaven ten laste van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. De Koning stelt het gedeelte van die inkomsten vast dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;

16°bis Vanaf 2004 wordt, voor zover een deelbudget is vastgesteld door de Koning overeenkomstig de bepalingen van artikel 69, § 5, vóór 30 april van het betrokken jaar, een bijdrage in de overschrijding ten belope van 65 pct. ingesteld ten laste van de betrokken aanvragers die gedurende het jaar waarin de overschrijding heeft plaatsgevonden een omzet hebben verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die zijn ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten binnen het betrokken deelbudget.

Wat de bijdrage in de overschrijding verschuldigd vanaf 2006 betreft, bedraagt de bijdrage in de overschrijding 72 pct.

Voor het jaar 2005 bedraagt de aanvullende heffing ingesteld ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2004 op het deelbudget voor de statines, zoals vastgesteld bij het koninklijk besluit van 31 maart 2004 tot vaststelling van het globaal budget in 2004 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, 1,96 pct.. Dit percentage is het aandeel van de overschrijding van dit deelbudget, vastgesteld in uitvoering van artikel 69, § 5, beperkt tot 65 pct., zijnde 3 860 duizend EUR, van de omzet die de aanvragers hebben verwezenlijkt gedurende het jaar 2004, zijnde 196 978 duizend EUR. Hogervermelde overschrijding is het verschil tussen de geboekte uitgaven van het jaar 2004, zijnde 192 895 duizend EUR en hoger vermeld deelbudget zijnde 186 957 duizend EUR en bedraagt 5 938 duizend EUR. Aan de betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, groter is dan het bedrag van 1,96 pct. op de omzet die in 2004 verwezenlijkt is, wordt het saldo teruggestort vóór 1 april 2006. De betrokken aanvragers waarvan het voorschot op de aanvullende heffing, zijnde het bedrag van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is, kleiner is dan het bedrag van 1,96 pct. op de omzet die in 2004 verwezenlijkt is, storten het verschil vóór 1 april 2006 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « bijbetaling aanvullende heffing 2005 ». De betrokken aanvragers die het voorschot van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is niet hebben gestort, storten vóór 1 april 2006 1,96 pct. van de omzet die in 2004 is verwezenlijkt, verhoogd met de wettelijke interestvoet te rekenen vanaf 1 juli 2004 op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « laattijdige betaling aanvullende heffing 2005 ». De betrokken aanvragers die het voorschot van 7,44 pct. op de omzet die in 2003 verwezenlijkt is niet hebben gestort omdat ze in 2003 geen omzet hebben verwezenlijkt, storten vóór 1 april 2006 1,96 pct. van de omzet die in 2004 is verwezenlijkt op de rekening van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met vermelding « betaling aanvullende heffing 2005 ». De ontvangsten die voortvloeien uit de hogervermelde heffing zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2006. De terugstortingen van de hogervermelde saldi en de ontvangsten die voortvloeien uit het laattijdig betalen

zullen in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging worden opgenomen in het boekjaar 2006.

Indien meerdere deelbudgetten worden vastgesteld, wordt een bijdrage in de overschrijding ingesteld per deelbudget.

De in het vorige lid bedoelde overschrijding wordt door de Algemene Raad vastgesteld en kan door de Algemene Raad na advies van de Commissie voor begrotingscontrole worden aangepast teneinde rekening te houden met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad en die uitsluitend betrekking hadden op het (de) vastgestelde deelbudget(ten). De aldus gecorrigeerde overschrijding wordt uitgedrukt als een percentage van het omzetcijfer van de betrokken aanvragers binnen het betrokken deelbudget.

Bij de vaststelling van het percentage kan rekening worden gehouden met de evolutie van het marktaandeel in het betrokken jaar van de betrokken specialiteiten van de onderscheiden aanvragers, met het jaar van inschrijving van de betrokken specialiteiten op de lijst bedoeld in artikel 35bis, § 1, met het al dan niet onder octrooi zijn van het voornaamste werkzaam bestanddeel bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, b) en c), en met andere door de Koning te bepalen elementen.

Voor het jaar 2006 is geen bijdrage in de overschrijding verschuldigd ten laste van de aanvragers op de omzet die is verwezenlijkt gedurende het jaar 2005, aangezien de door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven voor de statines van het jaar 2005, zijnde 185.563 duizend euro, verminderd met de door de Koning bepaalde elementen die hun invloed niet of niet volledig hebben gehad, zijnde 2.487 duizend euro, niet hoger liggen dan het deelbudget voor de statines, zijnde 199.100 duizend euro, vastgesteld bij het koninklijk besluit van 18 april 2005 tot vaststelling van het globaal budget in 2005 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

17° de opbrengst van de in artikel 146 bedoelde administratieve geldboete of terugbetaling, en de in artikel 146 bedoelde vrijwillige terugbetalingen.

18° de opbrengst van de in artikel 60 bedoelde bedragen.

19° de opbrengst van de heffing die door de erkende tarifieringsdiensten tussen

1 januari 1996 en 31 december 1997 moet worden verricht op de facturen betreffende de in artikel 34, 5°, bedoelde farmaceutische verstrekkingen, die aan de rechthebbenden zijn afgeleverd door de apothekers met een voor het publiek toegankelijke officina en door de geneesheren die een vergunning hebben om een geneesmiddelendepot te houden.

De Koning bepaalt het heffingspercentage, zonder dat dit evenwel meer dan 3 pct. kan bedragen. Hij bepaalt eveneens de voorwaarden inzake de toepassing van deze bepaling waar het onder meer gaat om het tarief van de verstrekkingen waarop die heffing wordt verricht, alsmede de voorwaarden waaronder de door de tarifieringsdiensten geheven bedragen aan het Instituut moeten worden gestort.

De schuldenaar die de verschuldigde vergoeding niet binnen de door de Koning vastgestelde termijn stort, is aan het Instituut een opslag en een verwijlinterest verschuldigd waarvan het bedrag en de toepassingsvoorwaarden worden vastgesteld door de Koning.

De opslag mag evenwel niet meer bedragen dan 10 pct. van de verschuldigde vergoeding en de op deze vergoeding berekende verwijlinterest mag niet hoger zijn dan de wettelijke rentevoet.

De Koning bepaalt tevens de voorwaarden waaronder het Instituut de schuldenaar vrijstelling of vermindering mag verlenen van de opslag van de vergoeding en van de verwijlinterest.

De toepassing van deze bepaling mag niet tot gevolg hebben dat het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden wordt verhoogd.

De Koning bepaalt de datum waarop deze bepaling in werking treedt. De Koning stelt het gedeelte van die inkomsten vast dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;

20° de opbrengst van de heffing die tussen 1 januari 1996 en 31 december 1997 wordt verricht op de brutowinst die de erkende groothandelverdelers van geneesmiddelen gerealiseerd hebben met de verkoop van de farmaceutische specialiteiten die op de lijsten van de vergoedbare farmaceutische verstrekkingen ingeschreven zijn.

De Koning bepaalt het heffingspercentage zonder dat dit evenwel meer dan 3 pct. kan bedragen. Hij bepaalt de toepassingsvoorwaarden alsmede de modaliteiten volgens welke de ingehouden sommen worden gestort aan het Instituut.

De schuldenaar die de verschuldigde vergoeding niet binnen de door de Koning vastgestelde termijn stort, is aan het Instituut een opslag en een verwijlinterest verschuldigd, waarvan het bedrag en de voorwaarden worden vastgesteld door de Koning.

De opslag mag evenwel niet meer bedragen dan 10 pct. van de verschuldigde vergoeding en de op deze vergoeding berekende verwijlinterest mag niet hoger zijn dan de wettelijke rentevoet.

De Koning bepaalt tevens de voorwaarden waaronder het Instituut de schuldenaar vrijstelling of vermindering mag verlenen van de opslag van de vergoeding en van de verwijlinterest.

De toepassing van deze bepaling mag in geen geval leiden tot een toename van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden.

De Koning bepaalt de datum waarop deze bepaling in werking treedt. De Koning stelt het gedeelte van die inkomsten vast dat bestemd is voor de financiering van andere regelingen inzake verzekering voor geneeskundige verzorging;

21° de opbrengst van de gerechtelijke interesten van de verzekeringsinstelling;

22° de bijdragen bedoeld in artikel 30, § 2,

van de wet van 7 mei 2004 betreffende de experimenten op de menselijke persoon.

25 % van de bedragen afkomstig van deze bijdrage worden gestort op de orderrekening van de thesaurie zoals is bedoeld in artikel 30, § 2, laatste lid van de wet van 7 mei 2004 betreffende de experimenten op de menselijke persoon.

De overige 75 % zijn, krachtens de door de Koning vastgestelde modaliteiten, bestemd voor de financiering van de ethische comités voor de in dezelfde wet bedoelde opdrachten

23° opgeheven bij: *Wet 15-1-99 - B.S. 26-1*;

24° de vergoedingen door de verzekeringsinstellingen geïnd in uitvoering van artikel 4,

vierde lid van het koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 houdende de modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de wettelijke pensioenstelsel naar aanleiding van de vervanging of de vernieuwing van de sociale identiteitskaart;

25° de bedragen die worden gestort met toepassing van het koninklijk besluit van 31 januari 1997 tot uitvoering van de artikelen 4, vijfde lid, en 16 van het koninklijk besluit van 18 december 1996 houdende maatregelen met het oog op de invoering van een sociale identiteitskaart ten behoeve van alle sociaal verzekerden, met toepassing van de artikelen 38, 40, 41 en 49 van de wet van 26 juli 1996 houdende de modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels, als bijdrage van de sociale-zekerheidsinstellingen in de financiering van de kaart, bedoeld in artikel 1, vijfde lid, van het voormelde koninklijk besluit van 31 januari 1997;

26° de sommen ingevorderd door de administratie van de BTW, Registratie en Domeinen die het voorwerp hebben uitgemaakt van een terugvordering bedoeld in artikel 164.

Als de aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, vermeld in het eerste lid, 8°, 9° en 13°, voortvloeien uit verzekeringen die werden aangegaan bij een buitenlandse verzekeraar, bepaalt de Koning de modaliteiten voor de inning van deze inkomsten en eveneens, in dit kader, de opdracht van de vertegenwoordigers, beoogd in de artikelen 178 van het Wetboek van de met het zegel gelijkgestelde taksen.

In afwijking van artikel 21bis van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, heeft het Instituut het recht om, in het kader van haar controleopdracht, op de inning van aanvullende bedragen of premies, ontvangsten en inhoudingen vermeld in het eerste lid, 8°, 9° en 13°, informatie te krijgen van de Controledienst voor de verzekeringen.

De aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, verschuldigd krachtens het eerste lid, 8°, 9° en 13°, kunnen worden geïnd door tussenkomst van de administratie van de Belasting over de toegevoegde waarde, Registratie en Domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

27° de opbrengst van een inhouding op de premies gestort in het raam van de verzekeringsovereenkomsten of in het kader van een systeem, georganiseerd door sportfederaties, dat de dekking van de burgerlijke aansprakelijkheid, de lichamelijke schade en/of de materiële schade tengevolge van een sportongeval beoogt.

De Koning bepaalt het bedrag van de inhouding, zonder dat dit evenwel meer dan 10 pct. mag bedragen, alsmede de toepassingsmodaliteiten van deze bepaling, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

De Koning bepaalt bovendien de nadere regels van berekening, inning en overdracht van deze inhouding, de verdeling ervan alsook het gedeelte dat bestemd is voor financiering van de verzekering voor uitkeringen van de zelfstandigen.

De schuldvorderingen van het Instituut op de inhoudingen bedoeld in het eerste lid, 7°, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum van de betaling van het pensioen of het aanvullend voordeel of de vergoeding door het Instituut.

De schuldvorderingen van het Instituut op de aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, die verschuldigd zijn krachtens het eerste lid, 8°, 9° en 13°, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum waarop die aanvullende bijdragen, ontvangsten en inhoudingen aan het Instituut zijn overgemaakt of door hem zijn vergoed.

De tegen het Instituut ingestelde vorderingen tot terugvordering van onverschuldigde inhoudingen, bijdragen en ontvangsten, bedoeld in het eerste lid, 7°, 8°, 9° en 13°, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de inhouding, de aanvullende bijdrage of de ontvangst zijn overgemaakt.

De verjaring van de vorderingen bedoeld in het vijfde, zesde en zevende lid, wordt onderbroken :

1° op de wijze zoals voorzien in de artikelen 2244 en volgende van het Burgerlijk Wetboek;

2° met een aangetekende brief die door het Instituut aan de uitbetalingsinstelling is gericht of met een aangetekende brief die door de uitbetalingsinstelling aan het Instituut is gericht.

28° de opbrengst van de minnelijke schikkingen, dwangsommen en administratieve geldboetes door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen uitgesproken in toepassing van de wet van 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen, de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de wet van 27 maart 1995 betreffende de verzekerings- en herverzekeringsbemiddeling en de distributie van verzekeringen, die het Instituut van de Controledienst ontvangt.

29° de bedragen die worden betaald met toepassing van artikel 56ter.

30° de bedragen gestort met toepassing van artikel 35bis, § 7

Als de aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, vermeld in het eerste lid, 8°, 9° en 13°, voortvloeien uit verzekeringen die werden aangegaan bij een buitenlandse verzekeraar, bepaalt de Koning de modaliteiten voor de inning van deze inkomsten en eveneens, in dit kader, de opdracht van de vertegenwoordigers, beoogd in de artikelen 178 van het Wetboek van de met het zegel gelijkgestelde taksen.

In afwijking van artikel 21 bis van de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen, heeft het instituut het recht om, in het kader van haar controleopdracht, op de inning van aanvullende bedragen of premies, ontvangsten en inhoudingen vermeld in het eerste lid, 8°, 9° en 13°, informatie te krijgen van de Controledienst voor de verzekeringen.

De aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, verschuldigd krachtens het eerste lid, 8°, 9° en 13°, kunnen worden geïnd door tussenkomst van de administratie van de Belasting over de toegevoegde waarde, Registratie en Domeinen, overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

De Rijksdienst voor pensioenen betaalt van ambtswege de onverschuldigde inhoudingen terug aan de rechthebbende. De Koning bepaalt de modaliteiten van terugbetaling en de opdrachten van de Rijksdienst met betrekking tot deze inhouding.

De schuldvorderingen van het Instituut op de inhoudingen bedoeld in het eerste lid, 7°, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum van de betaling van het pensioen of het aanvullend voordeel. De schuldvorderingen van Rijksdienst voor pensioenen op de, in toepassing van het vijfde lid, gestorte bedragen, verjaren na vijf jaar te rekenen vanaf de terugbetaling door de Rijksdienst.

De schuldvorderingen van het Instituut op de aanvullende bijdragen of premies, de ontvangsten en inhoudingen, die verschuldigd zijn krachtens het eerste lid, 8°, 9° en 13°, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum waarop die aanvullende bijdragen, ontvangsten en inhoudingen aan het Instituut zijn overgemaakt of door hem zijn vergoed.

De vorderingen tot terugvordering van onverschuldigde inhoudingen, bedoeld in het eerste lid, 7°, ingesteld door de gerechtigden tegen de Rijksdienst, en, tot terugvordering van onverschuldigde bijdragen en ontvangsten, bedoeld in het eerste lid,

8°, 9° en 13°, ingesteld door de uitbetalingsinstellingen en tegen het Instituut, verjaren na vijf jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de inhouding, de aanvullende bijdrage of de ontvangst zijn overgemaakt aan het Instituut.

De verjaring van de vorderingen bedoeld in het zesde, zevende en achtste lid, wordt onderbroken :

1° op de wijze zoals voorzien in de artikelen 2244 en volgende van het Burgerlijk Wetboek;

2° met een aangetekende brief die door de uitbetalingsinstelling aan het Instituut is gericht.

31° Voor het jaar 2013 wordt een compensatoire bijdrage ingesteld ten laste van de firma's die op de Belgische markt een omzet verwezenlijken met geneesmiddelen ingeschreven op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.

Het bedrag van die bijdrage wordt vastgesteld op 0,13 pct. van de omzet die is verwezenlijkt in 2013 en wordt gestort via een voorschot en een saldo. Dit laatste is het verschil tussen de bijdrage zelf en het betaalde voorschot.

Het voorschot, vastgesteld op 0,13 pct. van het in 2012 verwezenlijkte omzetcijfer, wordt vóór 1 juni 2013 gestort op rekening van het Rijkinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, met de vermelding van « Voorschot compensatoire bijdrage 2013 » en het saldo wordt vóór 1 juni 2014 gestort op dezelfde rekening met de vermelding « saldo compensatoire bijdrage 2013 ».

De nadere regels betreffende de aangifte van de omzet en de inning door de dienst zijn identiek als deze voorzien in de bepaling onder 15°.

De ontvangsten die voortvloeien uit deze compensatoire bijdrage worden in de rekeningen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging opgenomen in het boekjaar 2013.

32° de bijdragen die worden betaald met toepassing van artikel 224, § 1/1 van de wet van 12 augustus 2000 houdende sociale, budgettaire en andere bepalingen.



**Art. 191bis.**

De aanvrager die de heffingen en bijdragen verschuldigd is op grond van artikel 191, eerste lid, 15°, 15°quater tot 15°duodecies en 16°bis, op het omzetcijfer verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die ingeschreven zijn op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, geniet van een vermindering ervan indien deze hem ertoe aanzet investeringen te doen op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en innovatie in België in de sector van geneesmiddelen voor menselijk gebruik. De Koning omschrijft evenwel, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op basis van de regels vastgelegd door het gemeenschapsrecht inzake staatssteun, en in het bijzonder op basis van de communautaire kaderregeling inzake staatssteun voor onderzoek, ontwikkeling en innovatie van 30 december 2006, welke de aanvragers zijn die kunnen genieten van de vermindering, en op welke manier, door te bepalen welke de investeringen zijn inzake onderzoek, ontwikkeling en innovatie die in acht genomen worden, en volgens welke berekeningswijze.

Daartoe wordt een enveloppe op jaarbasis vastgesteld, waarvan het bedrag wordt bepaald bij een koninklijk besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, die ieder jaar verdeeld wordt onder de hiervoor in aanmerking komende aanvragers overeenkomstig de bepalingen van het eerste lid. Deze verdeling is gebaseerd op de waarde van de investeringen bedoeld in het eerste lid, die tot stand gebracht zijn door de betrokken aanvragers en, in voorkomend geval, het geheel van de met hen verbonden vennootschappen, tijdens het boekjaar volgend op het jaar waarvoor de heffingen en bijdragen verschuldigd zijn.

De vermindering voorzien in dit artikel kan nooit hoger zijn dan het totaal, voor het desbetreffende jaar, van de heffingen en bijdragen bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlinteresten.

De waarde van de investeringen bedoeld in het eerste lid blijkt uit een verslag dat de bestuursorganen van de betrokken aanvragers daartoe opstellen. De commissaris van de betrokken aanvrager, of, bij ontstentenis, een bedrijfsrevisor aangewezen door zijn bestuursorgaan, stelt een verslag op waarin hij de overeenstemming van de berekening met de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit garandeert.

De vermindering voorzien in dit artikel wordt, in de loop van het jaar volgend op het boekjaar tijdens hetwelk de investeringen zoals bedoeld in het eerste lid zijn verwezenlijkt, toegekend onder de vorm van een terugbetaling van een deel van de verschuldigde heffingen en bijdragen, op voorwaarde dat deze, evenals de opslag en verwijlintresten die mogelijk verschuldigd zijn, daadwerkelijk werden betaald.-De Koning regelt de procedure met betrekking tot de indiening en de beoordeling van het verzoek tot terugbetaling evenals de termijnen ervan.

Deze vermindering is van toepassing op de heffingen en bijdragen verschuldigd voor de jaren 2006 tot en met 2016.

Het totaal van de toegekende verminderingen voor een gegeven jaar in toepassing van de artikelen 191bis tot 191quater, mag nooit hoger zijn dan het totaal van de heffingen en bijdragen bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlintresten, die verschuldigd zijn voor het desbetreffende jaar.

### **Art. 191ter.**

De aanvrager die beschouwd kan worden als een kleine onderneming overeenkomstig de verordening (EG) nr. 70/2001 van de Commissie van 12 januari 2001 betreffende de toepassing van de artikelen 87 en 88 van het EG-Verdrag op staatssteun voor kleine en middelgrote ondernemingen en die heffingen en bijdragen verschuldigd is op grond van artikel 191, eerste lid, 15°, 15°quater tot 15°duodecies en 16°bis, op het omzetcijfer verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die ingeschreven zijn op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, geniet van een vermindering ervan indien deze hem ertoe aanzet investeringen te doen op het gebied van onderzoek, ontwikkeling en innovatie en/of in productiemogelijkheden, in de sector van geneesmiddelen voor menselijk gebruik. De Koning omschrijft, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad en op basis van de regels verwoord door het gemeenschapsrecht inzake staatssteun, en in het bijzonder op basis van de communautaire kaderregeling inzake staatssteun voor onderzoek, ontwikkeling en innovatie van 30 december 2006, welke de investeringen zijn inzake onderzoek, ontwikkeling en innovatie en/of in productiemogelijkheden die in acht genomen worden, en volgens welke berekeningswijze.

Daartoe wordt een enveloppe op jaarbasis vastgesteld, waarvan het bedrag wordt bepaald bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, die ieder jaar verdeeld wordt onder de hiervoor in aanmerking komende aanvragers overeenkomstig de bepalingen van het eerste lid. Deze verdeling is gebaseerd op de waarde van de investeringen bedoeld in het eerste lid, die tot stand gebracht zijn door de betrokken aanvragers tijdens het boekjaar volgend op het jaar waarvoor de heffingen en bijdragen verschuldigd zijn.

De vermindering voorzien in dit artikel kan nooit hoger zijn dan het totaal, voor het desbetreffende jaar, van de heffingen en bijdragen bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlntresten.

De waarde van de investeringen bedoeld in het eerste lid blijkt uit een verslag dat de bestuursorganen van de betrokken aanvragers daartoe opstellen. De commissaris van de betrokken aanvrager, of, bij ontstentenis, een bedrijfsrevisor aangewezen door zijn bestuursorgaan, stelt een verslag op waarin hij de overeenstemming van de berekening met de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit garandeert.

De vermindering voorzien in dit artikel wordt, in de loop van het jaar volgend op het boekjaar tijdens hetwelk de investeringen zoals bedoeld in het eerste lid zijn verwezenlijkt, toegekend onder de vorm van een terugbetaling van een deel van de verschuldigde heffingen en bijdragen, op voorwaarde dat deze, evenals de opslag en verwijlntresten die mogelijk verschuldigd zijn, daadwerkelijk werden betaald. De Koning regelt de procedure met betrekking tot de indiening en de beoordeling van het verzoek tot terugbetaling evenals de termijnen ervan.

Deze vermindering is van toepassing op de heffingen en bijdragen verschuldigd voor de jaren 2006 tot en met 2016.

Het totaal van de toegekende verminderingen voor een gegeven jaar in toepassing van de artikelen 191bis tot 191quater, mag nooit hoger zijn dan het totaal van de heffingen en bijdragen bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlntresten, die verschuldigd zijn voor het desbetreffende jaar.

### **Art. 191<sup>quater</sup>.**

De aanvrager die de heffingen en bijdragen verschuldigd is op grond van artikel 191, eerste lid, 15°, 15°<sup>quater</sup> tot 15°<sup>duodecies</sup> en 16°<sup>bis</sup>, op het omzetcijfer verwezenlijkt op de Belgische markt van de geneesmiddelen die ingeschreven zijn op de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, geniet van een vermindering indien de betrokken aanvrager aantoont dat hij en, in voorkomend geval, het geheel van de met hem verbonden vennootschappen, de uitgaven die in België werden verricht voor publiciteit, promotie, informatie en marketing betreffende de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, werkelijk verminderd hebben, tijdens het desbetreffende jaar, met 25 pct. ten opzichte van het voorgaande boekjaar. De Koning omschrijft, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad welke de uitgaven zijn die in aanmerking komen, en volgens welke berekeningswijze, en in welke hypothesen men mag aannemen dat er een reële vermindering van heeft plaatsgevonden. Er dient minstens rekening gehouden te worden met de volgende elementen : de volledige personeelskost van alle personen die geheel of gedeeltelijk, rechtstreeks of onrechtstreeks, als werknemer of in onderaanneming, worden belast met het bezoek en de informatieverschaffing aan voorschrijvers en apothekers; alle uitgaven die worden verricht voor individuele en collectieve, schriftelijke en audiovisuele mededelingen aan voorschrijvers en apothekers; alle kosten voor het ter beschikking stellen van geneesmiddelenmonsters aan de voorschrijvers en van alle andere voorwerpen die onder welke vorm ook ter beschikking worden gesteld van voorschrijvers en apothekers; alle kosten voor de ondersteuning van wetenschappelijke en sociale bijeenkomsten van voorschrijvers en apothekers, met inbegrip van congressen, tentoonstellingen, spreekbeurten en overlegvergaderingen.

Tijdens de jaren die volgen op het eerste jaar waarvoor de vermindering van de omzetheffing toegestaan wordt, zal de vermindering van de omzetheffing verworven blijven zolang de uitgaven zoals bedoeld in het eerste lid niet hoger zijn dan de uitgaven die werden verricht tijdens het eerste jaar waarin de uitgaven verminderd werden met 25 pct. ten opzichte van het voorgaande boekjaar.

De vermindering voorzien in dit artikel bedraagt 5 pct. van het totaal van de heffingen en bijdragen zoals bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlntresten, voor het desbetreffende jaar. Tijdens de jaren die volgen op het eerste jaar waarvoor deze vermindering verschuldigd is, wordt deze percentage jaarlijks vermeerderd met bijkomend 5 pct. voor elke bijkomende vermindering, per jaar, van ten minste 5 pct. van de uitgaven zoals bedoeld in het eerste lid, ten opzichte van de uitgaven verricht tijdens het eerste jaar waarin de vermindering met 25 pct. ten opzichte van het voorafgaand boekjaar werd aangetoond.

Het percentage van de daadwerkelijke vermindering van de uitgaven zoals bedoeld in het eerste lid, volgt uit een verslag dat de bestuursorganen van de betrokken aanvragers daartoe opstellen. De commissaris van de betrokken aanvrager, of, bij ontstentenis, een bedrijfsrevisor aangewezen door zijn bestuursorgaan, stelt een verslag op waarin hij de overeenstemming van de berekening met de bepalingen van het voornoemd koninklijk besluit garandeert.

De vermindering voorzien in dit artikel, wordt in de loop van het tweede jaar volgend op het boekjaar tijdens hetwelk de investeringen zoals bedoeld in het eerste lid zijn verwezenlijkt, toegekend onder de vorm van een terugbetaling van een deel van de verschuldigde heffingen en bijdragen, op voorwaarde dat deze, evenals de opslag en verwijlntresten die mogelijk verschuldigd zijn, daadwerkelijk werden betaald. De Koning regelt de procedure met betrekking tot de indiening en de beoordeling van het verzoek tot terugbetaling evenals de termijnen ervan.

Deze vermindering is van toepassing op de heffingen en bijdragen verschuldigd voor de jaren 2006 tot en met 2016.

Het totaal van de toegekende verminderingen voor een gegeven jaar in toepassing van de artikelen 191bis tot 191quater, mag nooit hoger zijn dan het totaal van de heffingen en bijdragen bedoeld in het eerste lid, berekend zonder opslag en verwijlinteressen, die verschuldigd zijn voor het desbetreffende jaar.

**Art. 192.**

Het instituut beschikt over de in de artikelen 137sexies en 191 bedoelde inkomsten.

Het heft op die inkomsten het bedrag van zijn administratiekosten, opgenomen in het in artikel 12, 4°, bedoelde begrotingsdocument.

Het verdeelt over de tak geneeskundige verzorging en de tak uitkeringen, en binnen die laatste tak, over de regeling voor loontrekkenden en de regeling voor zelfstandigen, de verschillende in artikel 191 bedoelde inkomsten die respectievelijk voor hen zijn bestemd en heft op het totale bedrag van de in dit artikel in aanmerking genomen inkomsten van elke tak en van elke regeling, het bedrag van zijn administratiekosten opgenomen in het in artikel 12, 4°, bedoelde begrotingsdocument, in verhouding tot de in artikel 191 bedoelde inkomsten die het voorafgaande jaar aan elke tak en elke regeling zijn toegekend. Het wijst aan de tak Vergoeding van de medische ongevallen de in artikel 137sexies bedoelde inkomsten toe en heft op het totaalbedrag van die inkomsten het bedrag van zijn administratiekosten dat wordt vermeld in het in artikel 12, 4°, bedoelde begrotingsdocument, voor het gedeelte dat op die tak betrekking heeft.

Het wijst onder die voorwaarden toe:

1° aan de tak geneeskundige verzorging:

a) het voor hem bestemde aandeel in de inkomsten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 1° en het voor hem bestemde aandeel van de opbrengst van de bijdragen, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 1° en 1°bis;

b) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op:

- 60 pct. van de bij toepassing van de artikelen 121, § 2, 128, § 1, 2° en 129, 2°, verschuldigde bijdragen;

- 60 pct. van de bij toepassing van de artikelen 123, eerste lid, eerste streepje en 130, tweede lid, verschuldigde bijdragen;

- 100 pct. van de bij toepassing van artikel 125 verschuldigde bijdragen;

- 100 pct. van de bij toepassing van artikel 135 verschuldigde bijdragen;

c) opgeheven bij: *K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3*;

d) de in artikel 191, eerste lid, 6°, bedoelde giften en legaten naar rata van:

- 100 pct. wanneer ze uitdrukkelijk voor de verzekering voor geneeskundige verzorging zijn bestemd;

- 60 pct. wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn bestemd;

e) op opbrengst van de inhouding, verricht bij toepassing van artikel 191, eerste lid, 7°;

f) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 8° en 27°, bedoelde ontvangsten dat voor hem is bestemd;

g) de in artikel 191, eerste lid, 9°, bedoelde inkomsten;

h) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 10°, bedoelde ontvangsten volgens de vastgestelde regels;

*i) opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3;*

j) de in artikel 191, eerste lid, 12° tot 20°, 23°, 24°, 28°, 29° en 30° tot 32° bedoelde inkomsten;

De inkomsten bedoeld in artikel 191, eerste lid, 14°, geïnd vanaf het jaar 1990, zijn tot beloop van een jaarlijks door de Koning vast te stellen bedrag, bestemd ter financiering van de door het Verzekeringscomité te treffen maatregelen die het mogelijk moeten maken de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging in de sector farmaceutische producten te beheersen.

Het eventuele saldo van voornoemde inkomsten wordt onder de verzekeringsinstellingen verdeeld in verhouding tot het aantal rechthebbenden.

*k) opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3;*

2° aan de tak uitkeringen:

a) het voor hem bestemde aandeel van de inkomsten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 1° en het voor hem bestemd aandeel van de opbrengst van de bijdragen, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 1° en 1°bis;

b) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 2°, bedoelde persoonlijke bijdragen dat vastgesteld is op:

- 40 pct. van de bij toepassing van de artikelen 121, § 2, 128, § 1, 2°, en 129, 2°, verschuldigde bijdragen;

- 40 pct. van de bij toepassing van artikel 123, eerste lid, eerste streepje, en 130, tweede lid verschuldigde bijdragen;

*c) opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3;*

- d) de in artikel 191, eerste lid, 6°, bedoelde giften en legaten naar rata van:
- 100 pct. wanneer ze uitdrukkelijk voor de uitkeringsverzekering zijn bestemd;
  - 40 pct. wanneer ze voor de gezamenlijke regeling voor verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen zijn bestemd;
- e) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 8° en 27°, bedoelde ontvangsten dat voor hem is bestemd;
- f) het deel van de in artikel 191, eerste lid, 10°, bedoelde ontvangsten dat voor hem is voorbehouden;
- g) *opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3;*
- h) *opgeheven bij: K.B. 25-4-97 - B.S. 30-4 - ed. 3.*

3° in de tak Vergoeding van de medische ongevallen : de in artikel 137sexies bedoelde inkomsten na aftrek van de administratiekosten voor het gedeelte dat op die tak betrekking heeft.



**Afdeling II**  
**Verdeling van de inkomsten van de uitkeringsverzekering en andere financiële bepalingen, eigen aan deze verzekering**

**Art. 193.**

§ 1. Onder de voorwaarden welke het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalt, verleent het Instituut aan iedere verzekeringsinstelling voor de uitkeringsverzekering het deel van de administratiekosten dat overeenkomstig artikel 195, § 1, wordt geheven op de in artikel 192, vierde lid, 2°, bedoelde inkomsten.

Het Instituut betaalt aan de verzekeringsinstellingen, onder de door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen bepaalde voorwaarden, het bedrag van de door hen verleende uitkeringen wegens arbeidsongeschiktheid, voor begrafenis kosten en ingevolge moederschap.

§ 2. Het in artikel 80, 2°, bedoelde reservefonds mag enkel worden aangewend om een in het jongst afgelopen boekjaar geboekte tekort te dekken; het mag evenwel worden aangewend om de hoegrootheid van de uitkeringen te verhogen zonder overeenstemmende verhoging van de hoegrootheid der bijdragen, doch enkel ingeval het jongste boekjaar met een boni is afgesloten, waarbij de uit de verhoging van de hoegrootheid der uitkeringen voortvloeiende last niet meer dan 50 pct. van het boni mag bedragen.

§ 3. Het bedrag dat op 31 december 2001 is ingeschreven in het reservefonds voorzien in artikel 80, 2°, wordt toegewezen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, algemene regeling.

§ 4. Het bedrag dat op 31 december 2001 is ingeschreven in het reservefonds voorzien in artikel 41, 2°, van het koninklijk besluit van 20 juli 1971, houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, wordt toegewezen aan de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, regeling voor zelfstandigen.

**Afdeling III**  
**Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen**

**Art. 194.**

**§ 1.** Als administratiekosten worden beschouwd, de uitgaven die voortvloeien uit de toepassing van deze gecoördineerde wet, met uitsluiting van de uitgaven die overeenstemmen met het bedrag:

- a) van de prestaties, bedoeld in titel III, hoofdstuk III, in titel IV, hoofdstuk III en in titel V, hoofdstuk III;
- b) van de ten onrechte betaalde prestaties waarvan het niet terugvorderen als gewettigd is beschouwd onder de voorwaarden en volgens de regels door de Koning bepaald.

*Tweede lid opgeheven bij: K.B. 17-3-97 - B.S. 29-3*

**§ 2.** De ten onrechte betaalde prestaties die niet zijn bedoeld in § 1, alsmede de sancties bedoeld in artikel 60 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel, in zoverre deze betrekking hebben op de verzekeringsinstellingen, en in artikel 166, worden in afzonderlijke rubrieken geboekt.

## **Art. 195.**

### **§ 1.**

- 1° De administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden geheven op de in artikel 191, eerste lid, 1°, 1°bis, 2°, 7°, 8° en 13°, bedoelde verzekeringsinkomsten, na afhouding van een gedeelte van de in artikel 192, tweede lid, bedoelde lasten. De jaarlijkse bedragen bedoeld in 2°, eerste lid en 3° worden verdeeld onder de sectoren en, voor wat betreft de uitkeringen, onder de regelingen op basis van de uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen en uitkeringen.
- 2° Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt vastgesteld op 24.106,1 miljoen frank voor het jaar 1996.

Het bedrag van de administratiekosten van de Kas voor geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen wordt vastgesteld op 375,0 miljoen frank voor het jaar 1996. Dit bedrag kan evenwel ten laatste op 31 juli 1997 verhoogd worden bij een in Ministerraad overlegd besluit zonder het maximumbedrag van 424,0 miljoen frank te overschrijden.

Het bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden wordt vastgelegd op 766 483 000 EUR voor 2003, 802 661 000 EUR voor 2004, 832 359 000 EUR voor 2005, 863 156 000 EUR voor 2006, 895 524 000 EUR voor 2007, 929 160 000 EUR voor 2008, 972 546 000 EUR voor 2009, 1 012 057 000 EUR voor 2010, 1 034 651 000 EUR voor 2011 en 1 029 840 000 EUR voor 2012. Voor de Kas voor geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen wordt dit bedrag vastgesteld op 13 195 000 EUR voor 2003, 13 818 000 EUR voor 2004, 14 329 000 EUR voor 2005, 14 859 000 EUR voor 2006, 15 416 000 EUR voor 2007, 15 995 000 EUR voor 2008, 16 690 000 EUR voor 2009, 17 368 000 EUR voor 2010, 17 770 000 EUR voor 2011 en 17 687 000 EUR voor 2012.

Deze bedragen worden jaarlijks door de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg n de Ministerraad, aangepast, rekening houdend met :

- de evolutie van het gemiddeld dagloon op basis van de gegevens van het Federaal Planbureau vastgesteld in de sector van krediet en verzekeringen en van de Overheid over de laatste drie jaren die voorafgaan aan het opstellen van de begrotingen;
- de helft van de evolutie van de reële groeinorm van de uitgaven voor geneeskundige verzorging, zoals bedoeld in artikel 40, § 1, tweede lid, beperkt tot 2,5 pct., van het aantal vergoede dagen in de sector van de uitkeringsverzekering volgens een weging van tweederden en éénenderde, vastgesteld over dezelfde periode.

Dit bedrag kan eveneens worden aangepast teneinde rekening te houden met nieuwe wettelijke opdrachten waarmee de verzekeringsinstellingen worden belast.

Vanaf het jaar 2008 wordt het bedrag van de administratiekosten voor de vijf landsbonden, toegekend met toepassing van de vorige leden, jaarlijks verhoogd met een bedrag van 11.410 duizend EUR. De Koning bepaalt, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de wijze vast waarop dit bedrag onder de landsbonden wordt verdeeld.

De Koning kan, onder de voorwaarden en volgens de regels, vastgesteld bij een in Ministerraad overlegd besluit, de toekenning van het geheel of een gedeelte van deze bedragen aan elke verzekeringsinstelling afhankelijk maken van de wijze waarop zij haar wettelijke opdrachten uitvoert. De Koning belast de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen met deze evaluatieopdracht. In 2002 en 2003 bedraagt dit gedeelte respectievelijk 49.578.700 EUR en 61.973.370 EUR voor de vijf landsbonden en respectievelijk 852.760 EUR en 1.065.950 EUR voor de Kas voor geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

Vanaf 2004 worden deze bedragen vastgelegd op 10 pct. van het jaarlijks bedrag van de administratiekosten.

De Koning legt de wijze vast waarop het bedrag dat niet afhankelijk is gesteld van deze evaluatieopdracht onder de landsbonden wordt verdeeld. Deze verdeling is gesteund op de toepassing van een degressief percentage bij toenemend aantal gerechtigden, gecorrigeerd om rekening te houden met de werklast eigen aan de verschillende categorieën van aangeslotenen.

3°De Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ontvangt jaarlijks de tegenwaarde van haar werkelijke administratiekosten, verminderd met de supplementen die haar worden toegekend in toepassing van §§ 2 en 3 en in toepassing van de internationale verdragen.

§ 2. Onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten die door de Koning worden bepaald, worden de administratiekosten vermeerderd met minimum 8 pct. en maximum 20 pct. van de sommen die worden teruggevorderd met toepassing van artikel 136, § 2, en van artikel 164, voor zover in dit laatste geval de ten onrechte gedane betaling niet voortvloeit uit een fout, een vergissing of een nalatigheid van de verzekeringsinstelling.

Bij de vaststelling van deze percentages kan worden rekening gehouden met de som van de teruggevorderde bedragen, enerzijds, en het totaal bedrag van de door de verzekeringsinstelling terugbetaalde prestaties, anderzijds.

De administratiekosten worden tot 31 december 1993, verhoogd met het bedrag van de niet-gerechtigde moratoire en compensatoire interesten, verkregen op de bedragen teruggevorderd met toepassing van de artikelen 136, § 2, en 164.

De administratiekosten worden verhoogd met het bedrag van de vergoedingen bedoeld in artikel 191, 24°; ze vallen volledig ten laste van de tak geneeskundige verzorging.

§ 3. De Koning bepaalt, bij in Ministerraad overlegd besluit, het percentage van de renteopbrengst van de overeenkomstig de bepalingen van artikel 191, eerste lid, 10°, tweede lid, verrichte beleggingen van financiële middelen die de verzekeringsinstellingen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen ter beschikking worden gesteld, waarmee desgevallend de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen worden vermeerderd.

Met ingang van 1 januari 1997 wordt 20 pct. van de financiële interesten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 10°bis, toegevoegd aan de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.

§ 4. *Opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3 .*

§ 5. Het gunstig of nadelig resultaat dat de rekening administratiekosten op het einde van een dienstjaar vertoont, wordt niet vermengd met de resultaten van de rekeningen welke betrekking hebben op de uitkering van de prestaties bedoeld in titel III, hoofdstuk III, in titel IV, hoofdstuk III en in titel V, hoofdstuk III.

De verzekeringsinstelling verwerft de volle eigendom van het eventueel batig saldo van de rekening administratiekosten; het eventueel nadelig saldo van deze rekening valt volledig te haren laste.

De bepalingen van deze paragraaf zijn niet toepasselijk op de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

**Afdeling IV**  
**Financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen, verdeling van de inkomsten van de verzekering geneeskundige verzorging en andere financiële bepalingen, eigen aan deze verzekering**

**Art. 196<sup>12</sup>.**

§ 1. Bij de afsluiting van de rekeningen wordt de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 40, § 1, na de neutralisering van de uitgaven vermeld in artikel 197, § 3bis, uitgesplitst over de algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen evenredig met de uitgaven voor verstrekkingen die in elk van de twee regelingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking zijn genomen, bij de voormelde afsluiting van de rekeningen.

Aangezien een unieke regeling voor geneeskundige verzorging is uitgewerkt, bestaat die uitsplitsing over de algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen niet meer vanaf 2008.

De begrotingsdoelstelling per regeling die op die manier wordt verkregen, wordt verdeeld onder de verzekeringsinstellingen op basis van het begrotingsaandeel.

Het aandeel van elke verzekeringsinstelling, hierna begrotingsaandeel genoemd, vloeit voort uit de weging van twee verdeelsleutels :

1. een eerste verdeelsleutel, uitgedrukt in percentage, gevormd door het aandeel van de werkelijke uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de totale jaaruitgaven van het betrokken boekjaar van alle verzekeringsinstellingen samen, waarvan het gewicht vanaf 2001 70 pct. bedraagt.
2. een tweede verdeelsleutel van normatieve aard, uitgedrukt in percentage, gevormd door het aandeel van de normatieve uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de begrotingsdoelstelling van de regeling, waarvan het gewicht vanaf 2001 30 pct. bedraagt.

Vanaf het boekjaar 2006 is in de afsluiting van de rekening de verdeelsleutel van normatieve aard, uitgedrukt in percentage, de verdeelsleutel die wordt gebruikt voor de berekening van een definitieve financiële verantwoordelijkheid, bedoeld in artikel 196bis, en die er zo dicht mogelijk aan voorafgaat of bij gebrek hieraan de verdeelsleutel die wordt gebruikt bij de laatste afsluiting van de rekeningen.

---

<sup>12</sup> Noot: De wijzigingen in artikel 40, 196, 197, 198 en 199 en het nieuw artikel 196bis van de Wet houdende diverse bepalingen (I) (1) 24/07/2008 (BS 07/08/2008) zijn voor de eerste maal van toepassing op de afsluiting van de rekeningen van het jaar 2006.

Vanaf het boekjaar 2008 wordt, voor de afsluiting van de rekeningen die zijn uitgevoerd vóór de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid van het boekjaar 2008, bij de afsluiting van de rekeningen van de unieke regeling, de verdeelsleutel van normatieve aard, uitgedrukt in percentage, berekend door gebruik te maken van de verdeelsleutels van normatieve aard van de algemene regeling en van de regeling voor de zelfstandigen, en vastgesteld bij de berekening van een definitieve financiële verantwoordelijkheid, bedoeld in artikel 196bis, die zo dicht mogelijk voorafgaat aan 2008 of bij gebrek daaraan de verdeelsleutels van normatieve aard die worden gebruikt bij de laatste afsluiting van de rekeningen die onmiddellijk voorafgaat aan 2008.

Die berekening wordt gemaakt door de verdeelsleutels van normatieve aard op te tellen naar rata van de begrotingsdoelstellingen van de twee regelingen van 2007.

§ 2. De gebruikte methode voor de berekening van de normatieve verdeelsleutel en de kenmerken van de parameters die moeten worden opgesteld met de hulp van experts, aangewezen door de Raad, worden vastgesteld door de Koning op voorstel van de Algemene Raad na advies van het Verzekeringscomité. De Algemene Raad dient dat voorstel in de loop van het beschouwde boekjaar in bij de minister. Bij gebrek aan een voorstel blijven de gebruikte methode en kenmerken van de parameters van toepassing; voor de definitieve financiële verantwoordelijkheid van 2006 en 2007 blijven deze gebruikt voor 2005 van toepassing, niettegenstaande het feit dat de jaarlijkse uitgaven per regeling worden vervangen door de in artikel 196bis gedefinieerde gepresteerde uitgaven per regeling, de basis van de normatieve uitgaven van de regeling wordt vervangen door de in artikel 196bis gedefinieerde gepresteerde begrotingsdoelstelling en de normatieve verdeelsleutel wordt vervangen door de gepresteerde normatieve verdeelsleutel.

Vanaf 2004 kan enkel de Algemene Raad voor de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid de waarden die zijn toegekend aan de parameters, bedoeld in het eerste lid, en de referentie jaren van die parameters aanpassen.

Indien de Algemene Raad geen voorstel formuleert binnen de termijn die is vastgesteld in artikel 196bis, tweede lid, blijven de waarden die zijn toegekend aan de parameters, bedoeld in het eerste lid na een eventuele vroegere aanwending van het tweede lid, van toepassing.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, met betrekking tot de door Hem vastgestelde onderdelen van de in het eerste lid bedoelde parameters, het volgende aan de Algemene Raad delegeren :

- a) het wijzigen van kenmerken van die parameters;
- b) het toevoegen van bijkomende parameters.

§ 3. De Koning kan, bij een in de Ministerraad overlegd besluit en op advies van de Algemene Raad, het gewicht van de normatieve verdeelsleutel verder doen toenemen tot een beloop van maximum 40 pct.

In de loop van het jaar dat voorafgaat aan de toename van het gewicht van de normatieve verdeelsleutel, dient de Algemene Raad, na advies van het Verzekeringscomité, een evaluatie te maken van het belang en de invloed van de gebruikte parameters en van de invloed van de normatieve verdeelsleutel in het geheel van de verdeling van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling onder de verzekeringsinstellingen.

### **Art. 196bis.**

Na de termijn vastgesteld in het volgende lid wordt een definitieve financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen vastgesteld.

Voor de toepassing van dit artikel wordt onder gepresteerde uitgaven verstaan : alle uitgaven voor de uitgevoerde verstrekkingen of verschuldigde forfaits gedurende een kalenderjaar en die binnen de termijnen, vastgesteld in artikel 174, § 3, voor vergoeding worden voorgelegd. In het kader van dit lid kan de Koning op voorstel van de Algemene Raad een kortere termijn vaststellen.

Een gepresteerde begrotingsdoelstelling van de regeling wordt berekend in het kader van de gepresteerde uitgaven en wordt hierna gepresteerde begrotingsdoelstelling genoemd. De gepresteerde begrotingsdoelstelling wordt bepaald door de begrotingsdoelstelling die is vastgesteld in artikel 196, § 1, te vermenigvuldigen met een aanpassingscoëfficiënt. Voor de jaren die aan 2008 voorafgaan, gaat het om de begrotingsdoelstellingen voor de algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen.

Die aanpassingscoëfficiënt wordt berekend op basis van het gemiddelde van de laatste 3 bekende boekjaren, van het quotiënt tussen de gepresteerde uitgaven en de geboekte uitgaven van een boekjaar, die in aanmerking zijn genomen in de afsluiting van de rekeningen voor de hele sector van de geneeskundige verzorging. Voor een bepaald jaar kan de Algemene Raad het aantal in aanmerking genomen boekjaren verhogen.

Die gepresteerde begrotingsdoelstelling wordt eventueel verhoogd met het bedrag van de neutralisatie van de uitgaven, bedoeld in artikel 197, § 3, dat in aanmerking is genomen bij de afsluiting van de rekeningen van het boekjaar aangepast door de aanpassingscoëfficiënt die in het voormelde vierde lid is beschreven.

Er wordt een begrotingsaandeel berekend, hierna gepresteerd begrotingsaandeel genoemd, dat ontstaat uit de weging van twee verdeelsleutels :

1. een eerste verdeelsleutel, uitgedrukt in percentage, gevormd door het aandeel van de gepresteerde uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de totale gepresteerde uitgaven van het betrokken boekjaar voor alle verzekeringsinstellingen, waarvan het gewicht gelijk is aan het in artikel 196, § 1 vermelde gewicht, na eventuele toepassing van § 3 van hetzelfde artikel.
2. een tweede verdeelsleutel van normatieve aard, uitgedrukt in percentage, gevormd door het aandeel van de normatieve uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de gepresteerde begrotingsdoelstelling, waarvan het gewicht gelijk is aan het in artikel 196, § 1 vermelde gewicht na eventuele toepassing van § 3 van hetzelfde artikel. De bepalingen van artikel 196, § 2, zijn eveneens van toepassing op deze tweede normatieve verdeelsleutel.

De gepresteerde begrotingsdoelstelling wordt, na toepassing van het vijfde lid, uitgesplitst per verzekeringsinstelling volgens het hierboven berekende gepresteerd begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling en vormt, uitgedrukt in een bedrag, het aandeel van de gepresteerde inkomsten van elke verzekeringsinstelling.



In het kader van de definitieve financiële verantwoordelijkheid, ingeval de gepresteerde begrotingsdoelstelling, na toepassing van het vijfde lid, met meer dan 2 pct. wordt overschreden door de gepresteerde uitgaven, wordt het tekort voor de toepassing van het aandeel dat door elke deficitaire verzekeringsinstelling moet worden gedekt, beperkt tot 2 pct. van haar gepresteerde begrotingsaandeel.

Er wordt verstaan onder :

- gepresteerd boni : het gedeelte van het aandeel van gepresteerde inkomsten van een verzekeringsinstelling dat haar gepresteerde uitgaven overschrijdt;
- gepresteerd mali : het gedeelte van de gepresteerde uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen van een verzekeringsinstelling, dat haar aandeel van gepresteerde inkomsten overschrijdt.

Een verzekeringsinstelling die de berekening van haar definitieve financiële verantwoordelijkheid met een gepresteerd boni afsluit, verwerft in rechte, krachtens de definitieve financiële verantwoordelijkheid, een deel van het gepresteerde boni.

Vanaf 2001 bedraagt dat deel van het gepresteerd boni 25 pct.

Een verzekeringsinstelling die de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid met een gepresteerd mali afsluit, moet krachtens de definitieve financiële verantwoordelijkheid een deel van dat gepresteerde mali dekken.

Vanaf 2001 bedraagt dat deel van het gepresteerde mali 25 pct.

De resultaten die met toepassing van het vorige lid tijdens de berekening van de definitieve financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen zijn verkregen, worden vergeleken met de resultaten die met toepassing van artikel 198 zijn verkregen bij de afsluiting van de rekeningen van hetzelfde boekjaar; de vastgestelde verschillen worden op het niveau van het reservefonds van de verzekeringsinstellingen opgenomen in de recentste afsluiting van de rekeningen.

In 2008 worden de in het vorige lid beschreven verschillen in de algemene regeling en de regeling voor de zelfstandigen van de jaren die aan 2008 voorafgaan, opgeteld en op het niveau van het reservefonds van de verzekeringsinstellingen opgenomen in de afsluiting van de unieke rekening 2008.

## **Art. 197.**

**§ 1.** De globale verzekeringsinkomsten, door het Instituut toegekend aan de regeling van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, worden, na aftrek van de lasten van het Instituut en de bedragen ter dekking van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen, bedoeld in de artikelen 194 en 195, en beperkt tot het bedrag van de globale begrotingsdoelstelling, opgesplitst per verzekeringsinstelling in functie van het begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling zoals bedoeld in artikel 196 en vormen, uitgedrukt in bedrag, het inkomstenaandeel van elke verzekeringsinstelling.

De Algemene raad beslist over de bestemming van de inkomsten boven de begrotingsdoelstelling die hij geheel of gedeeltelijk kan toewijzen aan het lopend boekjaar of reserveren voor het volgende boekjaar.

De Algemene Raad stelt ook de middelen vast die in de globale begrotingsdoelstelling zijn opgenomen en die niet van de thesaurie van de globale beheren naar het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering moeten worden overgeheveld.

**§ 2.** Ingeval voor een boekjaar de globale verzekeringsinkomsten op het niveau van de verzekeringsinstellingen ontoereikend zijn ten opzichte van de globale begrotingsdoelstelling, dienen de verzekeringsinkomsten te worden aangepast tot een beloop van de globale begrotingsdoelstelling of dient de begrotingsdoelstelling te worden aangepast volgens de door de Algemene raad vastgestelde modaliteiten.

**§ 3.** Ingeval voor een boekjaar de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling geheel of gedeeltelijk wordt overschreden ten gevolge van ernstige of uitzonderlijke onvoorziene gebeurtenissen of van beslissingen van de Overheid, die een verhoging van de uitgaven tot gevolg hebben die niet voorzien was in de begrotingsdoelstelling, kan de Algemene raad, op basis van een berekening van bedoelde niet voorziene uitgaven gemaakt door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, beslissen die niet voorziene uitgaven te neutraliseren bij het vaststellen van de financiële verantwoordelijkheid als bedoeld in artikel 198, § 2 en § 3, en de begrotingsdoelstelling dien overeenkomstig aan te passen. Het bestaan van onvoorziene uitgaven in de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling wordt door de Algemene Raad erkend wanneer die uitgaven zich voordoen.

**§ 3bis.** Bij het vaststellen van de financiële verantwoordelijkheid worden eveneens de uitgaven geneutraliseerd die deel uitmaken van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, maar die rechtstreeks worden verricht door het Instituut, zonder tussenkomst van de verzekeringsinstellingen, alsmede de bedragen die in de globale begrotingsdoelstelling zijn opgenomen en die van de voorschotten aan de verzekeringsinstellingen zijn afgetrokken omdat ze worden afgehouden van de financieringsbehoeften van het Instituut zoals bedoeld in artikel 197, § 1, derde lid.

Worden eveneens geneutraliseerd de financiële middelen, opgenomen in de globale begrotingsdoelstelling in het kader van de uitvoering van maatregelen met een positieve financiële weerslag, die niet volledig aangesproken worden omdat de daadwerkelijke toepassingsdatum van de maatregelen later valt dan de toepassingsdatum die is opgenomen in de globale begrotingsdoelstelling.

De Algemene Raad stelt deze bedragen vast in de loop van het eerste kwartaal volgend op het jaar waarvoor de globale begrotingsdoelstelling werd vastgesteld, op basis van een vergelijking van de toepassingsdata van maatregelen met een positieve financiële weerslag zoals die enerzijds opgenomen zijn in de globale begrotingsdoelstelling en zoals die anderzijds opgenomen zijn in de herziene technische ramingen zoals bepaald in artikel 38, vierde lid. De toepassingsdata van de maatregelen met een positieve financiële weerslag in de herziene technische ramingen zoals bepaald in artikel 38, vierde lid, worden geactualiseerd tot en met 31 december van het jaar waarvoor de globale begrotingsdoelstelling werd vastgesteld.

In het geval dat de Algemene Raad beslist om gedeelte van deze bedragen reeds af te houden van de financieringsbehoeften van het Instituut zoals bedoeld in artikel 197, § 1, derde lid, dan geschiedt de neutralisering zoals bedoeld in het tweede en derde lid enkel op het gedeelte van de uitgaven die groter zijn dan het bedrag dat reeds werd afgetrokken.

§ 4. Ingeval voor een boekjaar de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, na toepassing van de bepalingen bedoeld in § 3 met meer dan 2 pct. wordt overschreden, dan wordt het mali voor de toepassing van artikel 198, § 3, beperkt tot 2 pct. van het begrotingsaandeel van elke verzekeringsinstelling afzonderlijk.

#### **Art. 198.**

§ 1. Er wordt verstaan onder:

- boni: het gedeelte van het inkomstenaandeel van een verzekeringsinstelling dat haar werkelijke uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen overschrijdt;
- mali: het gedeelte van de werkelijke uitgaven voor geneeskundige verstrekkingen van een verzekeringsinstelling dat haar inkomstenaandeel overschrijdt.

§ 2. Een verzekeringsinstelling die een boekjaar met een boni afsluit, verwerft in rechte, als aandeel in de inkomsten, een bedrag, gelijk aan haar uitgaven en verhoogd met een deel van het boni.

Vanaf 2001 bedraagt dit deel van het boni 25 pct.

Dit deel wordt gestort in het bijzonder reservefonds, bedoeld in artikel 199.

§ 3. Een verzekeringsinstelling die een boekjaar met een mali afsluit, moet een deel van dat mali dekken door beroep te doen op haar bijzonder reservefonds als bedoeld in artikel 199 en/of door de heffing van een bijkomende bijdrage bij de gerechtigden.

Vanaf 2001 bedraagt dat deel 25 pct.

Ze verwerft in rechte, als aandeel in de inkomsten, haar inkomstenaandeel, verhoogd met een deel van het mali.

Dit deel bedraagt:

75 pct. vanaf 2001

en wordt verhoogd met het gedeelte van het tekort dat bij toepassing van artikel 197, § 4 niet in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van dit artikel.

#### § 4. (opgeheven)

#### **Art. 199.**

§ 1. Elke verzekeringsinstelling richt een bijzonder reservefonds op dat door de verzekeringsinstelling wordt beheerd.

Op 1 januari 2008 vloeit het bijzonder reservefonds van de unieke regeling voort uit de som van de resultaten van het bijzonder reservefonds van de algemene regeling en van de regeling voor de zelfstandigen van de vorige jaren.

De Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen is belast met het toezicht op de samenstelling en het beheer van deze bijzondere reservefondsen.

§ 2. Het bijzonder reservefonds is bestemd om het in artikel 198, § 3, bedoelde deel van het mali van de verzekeringsinstelling te dekken na toepassing van de verschillen die in het twaalfde en dertiende lid van artikel 196bis worden beschreven.

Het bijzonder reservefonds wordt gestijfd door het in artikel 198, § 2, bedoelde deel van het boni en/of door 80 pct. van de financiële interesten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 10°bis, op het fonds van de boni's en/of door een bijdrage van de gerechtigden en/of door een storting uit de eigen middelen van de verzekeringsinstelling.

In dat fonds worden eensdeels de ontvangsten uit de boni's, bedoeld in artikel 198, § 2, en/of uit de 80 pct. van de financiële interesten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 10°bis, op het fonds van de boni's, en anderdeels de andere middelen, bedoeld in het vorige lid, op verschillende rekeningen geboekt.

Voor de jaren 1995 en 1996 is elke verzekeringsinstelling verplicht om een bijdrage te innen ten belope van 90 frank per gerechtigde en per jaar en de opbrengst ervan te storten in bedoeld fonds.

De in vorig lid bedoelde bijdrage kan worden ingehouden op de aan de gerechtigde verschuldigde terugbetalingen voor verstrekkingen.

De Dienst voor administratieve controle van het Instituut is belast met het toezicht op de inning van deze bijdrage.

Vanaf 1 januari 2004 wordt het bijzonder reservefonds gestijfd door het in artikel 198, § 2, bedoelde deel van het boni na toepassing van de verschillen die in het twaalfde en dertiende lid van artikel 196bis zijn beschreven en/of door 80 pct. van de financiële interesten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 10°bis, op het fonds van de boni's en/of door het saldo van de financiële opbrengsten en de financiële kosten, bedoeld in artikel 191, eerste lid, 10°ter, tweede lid, verminderd met de jaarlijkse renteopbrengsten bedoeld in § 3, vierde en/of door een bijdrage van de gerechtigden en/of door een storting uit de eigen middelen van de verzekeringsinstelling. \*\*

---

\*\* in voege vanaf 01 januari 2004

**§ 3.** Vanaf 1 januari 1997 moet deze bijzondere reserve ten minste 180 F per gerechtigde bedragen. De Koning bepaalt, na advies van de Controledienst, de wijze waarop deze reserve wordt belegd.

Vanaf 1997 wordt het reservefonds, na eventuele afname bij mali, aangevuld tot voormeld minimumbedrag. Het aanvullingsplan wordt ter goedkeuring voorgelegd aan de Controledienst.

Artikel 199, § 2, vijfde lid, is, in voorkomend geval, van toepassing op de door de verzekeringsinstellingen aan de bij hen aangesloten gerechtigden opgelegde bijdrage ter aanvulling van voormelde reserve.

Met ingang van 1 januari 1997 worden de jaarlijkse renteopbrengsten die voortvloeien uit de beleggingen van de financiële middelen welke afkomstig zijn van de in § 2 bedoelde bijdragen, die zijn opgelegd aan de gerechtigden en/of stortingen uit de eigen middelen, bij de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen gevoegd.

**§ 4.** De Raad van de Controledienst kan na advies van zijn Technisch comité de verzekeringsinstellingen normen opleggen met betrekking tot de aanpassing van het minimumbedrag, bedoeld in § 3, en de wijze waarop de verzekeringsinstellingen het gedeelte van de middelen van het bijzonder reservefonds die een te bepalen grensbedrag overschrijdt, mogen aanwenden binnen de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Art. 200.**

§ 1. De rekeningen als bedoeld in artikel 12, 5°, worden uiterlijk negen maanden na het verstrijken van het boekjaar afgesloten.

§ 1bis. De Koning kan bijzondere regels bepalen op basis waarvan in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging de rekeningen van de begrotingsjaren 2006 en 2007 in beide regelingen afzonderlijk worden afgesloten.

§ 2. Het gecumuleerd boekhoudkundig resultaat van de rekeningen per verzekeringsinstelling van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging, algemene regeling en regeling voor zelfstandigen wordt geblokkeerd op de toestand waarin het zich bevindt na het afsluiten van de rekeningen voor het boekjaar 1994.

§ 3. Zodra de tweede fase, bedoeld in artikel 196, § 1, in werking is getreden:

1° worden de terugvorderbare voorschotten, ten bedrage van 2.770.000.000 frank en 2.066.000.000 frank door het Rijk via het Instituut aan de verzekeringsinstellingen toegestaan in respectievelijk 1974 en 1979 en ingeschreven als schulden van de verzekeringsinstellingen ten overstaan van het Instituut, verrekend via de rekening-courant met het Instituut;

2° wordt de schuld van de verzekeringsinstellingen welke voortvloeit uit de terugvorderbare voorschotten die ten bedrage van 720.000.000 frank door het Rijk zijn toegestaan in 1970 en 1971, overgenomen door het Instituut;

3° wordt het bedrag van 848.196.293 frank, dat op 31 december 1994 werd ingeschreven op het speciaal reservefonds bedoeld in artikel 203, § 3, vijfde en zesde lid, zoals deze van toepassing waren vóór de inwerkingtreding van het koninklijk besluit van 12 augustus 1994 tot uitvoering van artikel 204, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, definitief toegekend, in de algemene regeling, aan de verzekeringsinstellingen naar rato van hun respectievelijk aandeel in dit fonds;

4° worden de in het § 2 bedoelde gecumuleerde boekhoudkundige resultaten van de verzekeringsinstellingen, na de aanpassingen voortvloeiend uit de toepassing van het punt 3° hierboven, zowel in mali als in boni, overgenomen door het Instituut.

§ 4. Het gecumuleerd boekhoudkundig resultaat van de verplichte verzekering voor de geneeskundige verzorging, voortvloeiend uit de toepassing van § 3, wordt achtereenvolgens aangezuiverd door:

1° de definitieve toewijzing aan het Instituut, ten voordele van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, van de door het Rijk toegestane recupereerbare voorschotten, waarvan sprake in § 3, 1° en 2° hierboven, voor een totaal bedrag van 5.556.000.000 frank;

2° de toewijzing aan het Instituut door het globaal financieel beheer van het sociaal statuut der zelfstandigen van de middelen nodig ter aflossing van de op 31 december 1994 lopende leningen ten belope van 14.055.000.000 frank, in uitvoering van artikel 8, § 2, van het koninklijk besluit van 18 november 1996 strekkende tot invoering van een globaal financieel beheer in het sociaal statuut der zelfstandigen, met toepassing van hoofdstuk I van titel VI van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot de vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels;

3° de toewijzing aan het Instituut door de RSZ-Globaal beheer van de middelen nodig ter aflossing van de op 31 december 1994 lopende leningen ten belope van volgende bedragen:

in 1995: 1.376.000.000 frank;

in 1996: 3.985.000.000 frank;

in 1997: 3.283.333.333 frank;

4° de toekenning door de RSZ-Globaal beheer aan het Instituut van de middelen nodig ter aflossing van de op 31 december 1997 lopende leningen aangegaan vóór 31 december 1994 ten belope van een bedrag van 14.716.666.667 frank;

5° de toewijzing aan het Instituut van het bedrag bedoeld in § 5;

6° de toewijzing ten voordele van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, regeling voor zelfstandigen, in afwijking van artikel 193, § 2, van het bedrag dat op 31 december 1994 is ingeschreven in het reservefonds voorzien in artikel 41, 2° van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een verzekering tegen arbeidsongeschiktheid ten voordele van de zelfstandigen;

7° de toewijzing ten voordele van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, in afwijking van artikel 193, § 2, van het bedrag dat op 31 december 1994 is ingeschreven in het reservefonds voorzien in artikel 80, 2°, beperkt tot het bedrag van het gecumuleerd boekhoudkundig resultaat van de geneeskundige verzorging na toepassing van de punten 1° tot 6° hierboven.

**§ 5.** De RSZ-Globaal beheer en het globaal financieel beheer van het sociaal statuut der zelfstandigen storten aan het Instituut, vóór 31 december 2005, het bedrag dat overeenstemt met het saldo van de rekening-courant van het Instituut ten overstaan van de verzekeringsinstellingen, dat voortvloeit uit de overname van de gecumuleerde resultaten van de verzekeringsinstellingen zoals bedoeld in § 3, 4°.

**§ 6.** De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de verdeelsleutel tussen de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen van de in § 4, 1°, 5° en 7° bedoelde bedragen.

**Art. 201.**

De Algemene raad stelt tot en met het begrotingsjaar 2007, na advies van het Technisch comité voor zelfstandigen, de regels vast volgens welke de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling, de normatieve verdeelsleutel, het begrotingsaandeel, het inkomstenaandeel en de bijzondere reservevorming worden toegepast, rekening houdende met de specificiteit van de regeling voor de zelfstandigen.



**Afdeling IVbis**  
**Diverse bepalingen betreffende de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering en inzonderheid inzake voorschotten**

**Art. 202.**

§ 1. Het Instituut stort vóór het einde van de maand aan iedere verzekeringsinstelling een voorschot, gelijk aan het twaalfde van haar uitgaven, opgenomen in het in artikel 12, 4° bedoelde begrotingsdocument van het lopende boekjaar.

Voor de verdeling van de voorschotten onder de verzekeringsinstellingen wordt, voor het gedeelte dat betrekking heeft op de begrotingsdoelstelling van de verzekering voor geneeskundige verzorging, bedoeld in artikel 40, § 1, de eerste verdeelsleutel als bedoeld in artikel 196, § 1, gebaseerd op de werkelijke uitgaven van elke verzekeringsinstelling in de totale uitgaven van de jongste vier bekende kwartalen; hij wordt aangevuld met de tweede verdeelsleutel uit hetzelfde artikel.

Wanneer de laatste dag van de maand een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag is, mag de laatste storting met het oog op de volstorting van het begrotingstwaalfde evenwel worden gedaan op de eerste werkdag van de volgende maand.

Een verzekeringsinstelling die een overschot aan kasmiddelen heeft, kan een gedeelte van de ontvangen voorschotten terugstorten. De teruggestorte bedragen kunnen uiterlijk tot 30 april van het volgend dienstjaar opnieuw opgevraagd worden. De terugstorting en heropnames van voorschotten moeten gebeuren volgens een procedure uitgewerkt door de Technische, boekhoudkundige en statistische commissie en goedgekeurd door het Algemeen beheerscomité.

§ 2. De voorlopige uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging, vastgesteld door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut, worden aan de Algemene Raad voorgelegd binnen de vier maanden na het einde van het dienstjaar.

Voor het einde van de maand volgend op de goedkeuring van de voorlopige verzekeringsuitgaven door de Algemene Raad wordt voor elke verzekeringsinstelling een voorlopige afrekening gemaakt, waarbij de voorlopige uitgaven van de verzekeringsinstelling worden vergeleken met haar voorlopig begrotingsaandeel, bekomen na verdeling van de begrotingsdoelstelling overeenkomstig § 1, tweede lid.

Indien de voorlopige uitgaven van een verzekeringsinstelling haar voorlopig begrotingsaandeel overschrijden, stort het Instituut aan de verzekeringsinstelling een voorschot gelijk aan het verschil tussen de voorlopige uitgaven en het voorlopig begrotingsaandeel, verminderd met 25 pct. van dit verschil beperkt tot 2 pct. van haar voorlopig begrotingsaandeel, desgevallend verhoogd met de bedragen teruggestort en niet heropgenomen overeenkomstig § 1, vierde lid.

Indien de voorlopige uitgaven van een verzekeringsinstelling lager liggen dan haar voorlopig begrotingsaandeel, stort de verzekeringsinstelling aan het Instituut een bedrag terug dat gelijk is aan het verschil tussen haar voorlopig begrotingsaandeel en de voorlopige uitgaven, desgevallend verminderd met de bedragen teruggestort en niet heropgenomen overeenkomstig § 1, vierde lid.

**Art. 203.**

§ 1. De Koning kan het deel bepalen van het mali, bedoeld in artikel 198, van de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering dat wordt voorafgenomen van de ontvangsten van het stelsel.

§ 2. Het boekjaar valt samen met het kalenderjaar.

De in de artikelen 12, 6°, 16, § 1, 3° en 80, 1°, bedoelde begrotingen lopen over één jaar en worden telkens voor een driejarig tijdvak opgemaakt.

§ 3. Vooraleer de in artikel 16, § 1, 3°, bedoelde begroting op te maken, neemt de Algemene raad kennis van de daarop betrekking hebbende begrotingen, opgemaakt door iedere verzekeringsinstelling volgens de door de genoemde Raad vastgestelde regelen.

§ 4. De in de artikelen 16, § 1, 3° en 80, 1°, bedoelde begrotingen bevatten voor respectievelijk de verzekering voor geneeskundige verzorging en de uitkeringsverzekering de vooruitzichten inzake ontvangsten en uitgaven.

Die vooruitzichten worden opgemaakt uitgaande van de verrichtingen, geboekt in de in artikel 12, 5°, bedoelde rekeningen, en van de evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren (lezen boekjaar - B.S. 23-12-95).

De evolutie van de uitgaven, vastgesteld tijdens de jongste drie bekende dienstjaren (lezen boekjaar - B.S. 23-12-95), wordt geprojecteerd op een nieuw driejarig tijdvak.

De in de vorige leden bedoelde vooruitzichten worden bij het opmaken van de begrotingen eventueel verbeterd, rekening houdende met de verwachte resultaten van de in de artikelen 12, 2° en 3°, 22, 3°, 4° en 11°, en 80, 1° en 5°, bedoelde maatregelen.

In geen geval mag rekening gehouden worden met het bedrag van de in artikel 194, § 2, bedoelde sancties of ten onrechte betaalde prestaties.

§ 5. In de in artikel 16, § 1, 3°, bedoelde begroting wordt, voor elk boekjaar van het driejarige tijdvak, per verzekeringsinstelling, de raming vastgesteld van het aantal in de artikelen 32, eerste lid, 7° tot 12°, 16° en 20° en 93, bedoelde gerechtigden; daartoe wordt op dat boekjaar de evolutie geprojecteerd van die aantallen, welke in elke verzekeringsinstelling tijdens de jongste drie bekende boekjaren zijn vastgesteld.

## **Afdeling V**

### **Bijzondere bepalingen**

#### **Art. 204.**

§ 1. Onder de voorwaarden en volgens de regels bepaald door de Koning, wordt een commissie, waarvan de samenstelling door Hem wordt bepaald, opgericht welke belast is met het formuleren van voorstellen binnen een termijn van maximum één jaar na de inwerkingtreding van dit artikel, om te komen tot een aanpassing of wijziging van de bepalingen van de afdelingen I, II en IV van dit hoofdstuk.

Over deze voorstellen moet binnen een termijn van twee maanden na hun mededeling een advies worden uitgebracht door de Algemene raad en door de Raad van de Controledienst voor de ziekenfondsen en de landsbonden van ziekenfondsen.

§ 2. Op basis van de overeenkomstig § 1 uitgebrachte voorstellen en adviezen, kan de Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, uiterlijk vóór 31 december 1994 het geheel of een gedeelte van de bepalingen van de afdelingen I, II en IV van dit hoofdstuk wijzigen of aanpassen teneinde de regels enerzijds voor de verdeling van de verzekeringsinkomsten tussen de verzekeringsinstellingen en anderzijds voor de sluiting van de lopende rekeningen van de verzekeringsinstellingen te bepalen, waardoor hun financiële verantwoordelijkheid wordt vastgesteld.

De Koning zal bij de Wetgevende kamers, onmiddellijk indien ze in zitting zijn, zo niet bij de opening van de eerstvolgende zitting, een ontwerp van wet indienen tot bekrachtiging van de ter uitvoering van deze paragraaf genomen besluiten.

§ 3. In het kader van de toepassing van § 2 moeten de verzekeringsinstellingen in de voorwaarden worden gesteld om de verplichtingen na te komen die voortvloeien uit hun wettelijke opdrachten.

De in § 2 bedoelde bepalingen zullen ten volle rekening moeten houden met de verschillen in de lasten die de verzekeringsinstellingen dragen en die voortvloeien uit objectieve criteria, in het bijzonder de gezondheidstoestand, de leeftijd en de sociaal-economische situatie van de aangesloten verzekerden.

De bovengenoemde bepalingen mogen niet tot gevolg hebben dat de sociale verzekerden op het vlak van de sociale zekerheidsbijdragen en prestaties, in het kader van het stelsel van verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, verschillend behandeld zouden worden enkel en alleen op grond van hun lidmaatschap van een verzekeringsinstelling.

In het kader van de toepassing van § 2, moeten de verzekeringsinstellingen over de nodige instrumenten beschikken om de uitgaven die voortvloeien uit hun wettelijke opdrachten, te controleren en te beheersen.

§ 4. De Koning kan, vanaf de inwerkingtreding van dit artikel en voor de in de §§ 1 en 2 van dit artikel bedoelde tijdspanne, bij een in Ministerraad overlegd besluit, bijzondere regels bepalen waardoor tijdelijk kan worden afgeweken van de toepassing van afdeling IV van dit hoofdstuk.

## **HOOFDSTUK II**

### **ADMINISTRATIEVE BEPALINGEN**

#### **Art. 205.**

De in hoofdstuk I van titel V, bedoelde bijdragebescheiden worden binnen de termijnen en in de vormen voorgeschreven door de in artikel 161 bedoelde Technische commissie, door de verzekeringsinstellingen gezonden aan de Dienst voor administratieve controle.

De Koning bepaalt voor welke categorieën van gerechtigden de verzending van de bijdragebescheiden vervangen wordt door het mededelen van de geïnformatiseerde gegevens. De in artikel 161 bedoelde Technische commissie bepaalt de nadere regels ter zake.

#### **Art. 206.**

§ 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 161, 5°, zijn de verzekeringsinstellingen verplicht, onder de door de Koning te bepalen modaliteiten, ontvangsten- en uitgavenbescheiden betreffende de door hen geboekte inkomsten en uitgaven die voortvloeien uit de toepassing van deze wet, op te stellen en over te maken aan de door de Koning aangewezen instellingen.

Zij zijn bovendien verplicht, onder de door de Koning te bepalen modaliteiten, statistische tabellen van hun uitgaven met betrekking tot de in titel III, hoofdstuk III, de in titel IV, hoofdstuk III en de in titel V, hoofdstuk III, bedoelde verstrekkingen op te stellen en over te maken aan het Instituut.

Onder de door de Koning te bepalen voorwaarden wordt het bedrag van de uitgaven dat ontbreekt op de in het voorgaande lid bedoelde statistische tabellen niet in aanmerking genomen voor het vaststellen van de in artikel 16, § 1, 4°, bedoelde rekeningen.

Vanaf het dienstjaar 1998, volgens modaliteiten bepaald door de Minister, na raadpleging van de in het volgend lid bedoelde commissie, dienen deze statistische tabellen ook de uitgaven te bevatten betreffende alle verstrekkingen die in elke verplegingsinrichting worden verricht voor niet in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

Bij de Algemene diensten van het Instituut wordt een Technische, boekhoudkundige en statistische commissie opgericht, waarvan de Koning de bevoegdheden, de samenstelling en de werking bepaalt.

§ 2. Het Instituut deelt aan de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen, de gevalideerde facturatiebestanden mee met betrekking tot de verrichte verblijven. De Koning bepaalt de periodiciteit, de termijn en de modaliteiten voor de overdracht van die gegevens.

§ 3. Onder de door de Minister te bepalen modaliteiten, na advies van de Technische boekhoudkundige en statistische commissie, maken de verzekeringsinstellingen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut statistische gegevens over die moeten toelaten de raming van de behoeften aan tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging zo nauwkeurig mogelijk uit te voeren, rekening gehouden met demografische variabelen, socio-economische variabelen, morbiditeitsvariabelen en omgevingsvariabelen die betrekking hebben op de urbanisatie. Deze gegevens kunnen betrekking hebben op consumptiepatronen van elke individuele anonieme rechthebbende.

§ 4. Vanaf het dienstjaar 1998 maken de verzekeringsinstellingen aan de in § 3 vermelde dienst, op basis van modaliteiten die door de Minister worden vastgelegd na advies van de Technische boekhoudkundige en statistische commissie, en voor verstrekkingpakketten die overeenkomen met de partiële begrotingsdoelstellingen, statistische distributies over waarbij het aantal verbruikers van gezondheidszorgen in dichtheidsverdelingen wordt opgenomen, in functie van de hoegrootheid van hun verbruik, uitgedrukt enerzijds in aantal gevallen, anderzijds in bedragen van verzekeringstegemoetkoming.

§ 5.

§ 6. Het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering is verplicht het Kenniscentrum, binnen de termijn en de modaliteiten bepaald door de Koning, alle inlichtingen te verschaffen en gegevens ter beschikking te stellen, die het nodig heeft bij het uitoefenen van de opdrachten die krachtens hoofdstuk 2 van titel III van de programmawet van 24 december 2002 en haar uitvoeringsbesluiten aan het Kenniscentrum worden toevertrouwd.

Elke overdracht van persoonsgegevens vanuit het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, vereist een principiële machtiging van het Toezichtcomité bedoeld in artikel 37 van de wet van 15 januari 1990 houdende oprichting en organisatie van een Kruispuntbank van de sociale zekerheid.

Indien gegevens overgedragen worden met het oog om ze te koppelen aan andere gegevens dienen deze door het Rijksinstituut overgemaakt te worden aan de technische cel bedoeld in artikel 155 van de wet van 29 april 1996 houdende sociale bepalingen die de koppeling uitvoert.

### **HOOFDSTUK III**

#### **INVORDERING VAN VERSCHULDIGDE BEDRAGEN**

**Art. 206bis.**

Ingeval de schuldenaar in gebreke blijft, kan het Instituut de Administratie van de belasting over de toegevoegde waarde, registratie en domeinen belasten met de invordering van de verschuldigde bedragen overeenkomstig de bepalingen van artikel 94 van de wetten op de Rijkscomptabiliteit, gecoördineerd op 17 juli 1991.

### **TITEL X**

#### **SLOTBEPALINGEN**

**Art. 207.**

*Opgeheven bij: Wet 22-2-98 - B.S. 3-3.*

**Art. 207bis.**

De Koning kan, na advies van het Verzekeringscomité en de Algemene raad de toepassingsmodaliteiten bepalen voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Art. 208.**

De Koning stelt de bedragen vast van het presentiegeld en de vergoedingen, toe te kennen aan de voorzitters, ondervoorzitters, leden en secretarissen van de in deze gecoördineerde wet bedoelde raden, comités, commissies en colleges.

**Art. 209.**

De Koning kan in de bestaande wets- en verordeningsbepalingen de nodige wijzigingen aanbrengen om ze te doen overeenstemmen met het bepaalde in deze gecoördineerde wet.

Hij kan eveneens de bepalingen van deze gecoördineerde wet coördineren met de bepalingen die haar op het tijdstip van de coördinatie uitdrukkelijk of impliciet gewijzigd hebben.

Daartoe kan hij in de coördinatie:

1. een andere volgorde, nummering en, in het algemeen, een andere wijze van voorstelling dan die van de oorspronkelijke teksten aanwenden;
2. andere verwijzingen in de plaats stellen van de verwijzingen die in de oorspronkelijke bepalingen voorkomen, inzonderheid om ze in de coördinatie met de nieuwe nummering overeen te brengen;
3. zonder afbreuk te doen aan de beginselen in de te coördineren bepalingen vervat, een andere dan de oorspronkelijke redactie aanwenden met het oog op de overeenstemming der bepalingen en de eenheid in de terminologie.

**Art. 210.**

De bepalingen van deze gecoördineerde wet laten onverkort de bepalingen van de in België geldende internationale verdragen inzake sociale zekerheid.

De moeilijkheden waartoe de toepassing van deze internationale verdragen aanleiding kan geven, worden door de Koning geregeld op voorstel of na advies van het Verzekeringscomité of het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen binnen hun bevoegdheid.

**Art. 211.**

§ 1. Overeenkomstig de door de Koning vastgestelde modaliteiten organiseert het Instituut om de vier jaar verkiezingen op basis van welke de vertegenwoordiging van de representatieve beroepsorganisaties van de geneesheren wordt geregeld in de door de Koning aangeduide organen van het Instituut.

De verkiezingen zijn geheim en geschieden volgens het kiessysteem van evenredige vertegenwoordiging.

De Koning bepaalt, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de voorwaarden waaraan de beroepsorganisaties van de geneesheren moeten voldoen om als representatief erkend te worden. Daarenboven bepaalt Hij voor elk orgaan de verhouding van de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten, inzonderheid rekening houdende met de opdracht van dat orgaan.

§ 2. De Koning bepaalt de data waarop uiterlijk een kiessysteem zoals dat waarin is voorzien voor de beroepsorganisaties van de geneesheren en waarvan Hij de modaliteiten vaststelt, wordt verruimd tot de beroepsorganisaties van tandartsen alsook de in artikel 26 bedoelde organisaties van beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen.

**Art. 212.**

De Koning kan bepalen aan welke voorwaarden de beroepsorganisaties van de tandheelkundigen alsook de in artikel 26 bedoelde organisaties van beroepen of inrichtingen, diensten of instellingen, moeten voldoen om als representatief te worden beschouwd. De Koning bezit dezelfde macht ten aanzien van de organisaties van beroepen of inrichtingen vertegenwoordigd in de krachtens artikel 29 opgerichte technische raden.



**Art. 213.**

§ 1. De Koning bepaalt, op voorstel van de Ministers, die respectievelijk de Begroting en de Sociale verzorging onder hun bevoegdheid hebben, welke bepalingen van de wet van 16 maart 1954 op de controle van sommige instellingen van openbaar nut, niet van toepassing zijn op de Algemene raad, gelet op het feit dat de vertegenwoordigers van de overheid in die Raad stemgerechtigd zijn.

§ 2. Behoudens afwijkende bepaling in deze gecoördineerde wet, zijn de artikelen 9 tot 12 van de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale verzorging, van toepassing op de persoon belast met het dagelijks beheer en zijn adjunct. Het artikel 9 van dezelfde wet is bovendien van toepassing op de leidend ambtenaren, met dien verstaande dat, in het kader van de toepassing van de verzekering voor geneeskundige verzorging, artikel 15 van de voornoemde wet van 25 april 1963 van toepassing is op het Verzekeringscomité en de Algemene Raad. In dat geval volstaat het dat een van de twee organen een advies geeft over het betrokken ontwerp.

De Koning bepaalt, na advies van de Nationale Arbeidsraad, welke bepalingen van de voornoemde wet van 25 april 1963, van toepassing zijn op de bij deze gecoördineerde wet bedoelde raden, comités, commissies en colleges.

§ 3. Als in deze wet uitdrukkelijk voorzien is in het advies van het Verzekeringscomité of van de Algemene raad alvorens een koninklijk of ministerieel besluit kan worden genomen, moet dat advies worden uitgebracht, ook indien door de minister de dringende noodzakelijkheid wordt ingeroepen die afdoende wordt gemotiveerd. In dat geval wordt de voorzitter van het Verzekeringscomité of van de Algemene raad hiervan in kennis gesteld en moet het advies worden uitgebracht binnen een periode van acht dagen, waarna het advies wordt geacht gegeven te zijn.

§ 4. Indien de toepassing van artikel 51, § 1, een wijziging van een uitvoeringsbesluit van deze wet tot gevolg heeft, geldt een bijzondere adviesprocedure. In afwijking van de bepalingen van deze wet moet over die wijzigingen alleen het advies van de Algemene raad worden ingewonnen.

**Art. 214.**

De Koning bepaalt het personeelskader van het Instituut op voorstel van het Algemeen comité.

## TITEL XI OVERGANGSBEPALINGEN

### Art. 215.

§ 1. In afwachting van de inzake de bescherming van de titel of de vereisten inzake vestiging in het beroep te treffen nodige wettelijke maatregelen, wordt bij de Dienst voor geneeskundige verzorging een erkenningsraad ingesteld voor ieder van de beroepen die in aanmerking kunnen komen om de in artikel 34, eerste lid, 4°, met uitsluiting van het verstrekken van hoortoestellen, 4° bis en 7° bis opgesomde verstrekkingen te verlenen.

§ 2. De erkenningsraden, waarvan de zittingen besloten zijn, zijn belast met het opmaken van de lijst van de personen die ze erkennen volgens de criteria die inzake bevoegdheid en uitoefening van het beroep door de Koning zijn vastgesteld. Vanuit dat oogpunt kunnen ze te allen tijde de erkenning schorsen of intrekken van een erkende zorgverlener die een feit heeft gepleegd dat ze als een tekortkoming in de uitoefening van het beroep beschouwen. Ze kunnen de uitvoering van die sancties opschorten gedurende de door hen te bepalen termijn tussen zes maanden en drie jaar, op voorwaarde dat de betrokken zorgverlener niet al een eerste gelijkaardige sanctie opgelegd heeft gekregen. De raden kunnen, in geval van een lichte overtreding, de zorgverlener ervan verwittigen dat de door hem gepleegde feiten als een tekortkoming in de uitoefening van het beroep worden beschouwd, zonder te beslissen voor die feiten een sanctie, namelijk de schorsing of de intrekking van de erkenning, op te leggen. De raad kan in geval van uitstel van intrekking van de erkenning eveneens proefmaatregelen voorstellen, met name dat het technisch bevoegdheidsexamen opnieuw moet worden afgelegd in de gevallen waarin het afleggen van een dergelijk examen vereist is voor het verkrijgen van de erkenning. De bedoelde zorgverleners worden vooraf in hun verweermiddelen gehoord. Ze moeten niet worden gehoord als ze zich na een tweede oproeping niet aanmelden. De opgeroepen zorgverlener mag zich door een of meer raadslieden laten bijstaan.

De Koning kan in die maatstaven wijzigingen aanbrengen:

1° op grond van het voorstel dat door de bevoegde erkenningsraad op eigen initiatief is geformuleerd en dat aan de betrokken overeenkomstencommissie is voorgelegd; die commissie formuleert een advies, alvorens het samen met het voorstel aan het Verzekeringscomité te bezorgen;

2° op grond van het voorstel dat de erkenningsraad op verzoek van de minister of de betrokken overeenkomstencommissie heeft geformuleerd. Die voorstellen worden bezorgd aan het Verzekeringscomité, dat daarover een advies uitbrengt;

3° op grond van het voorstel dat door de overeenkomstencommissie of door de minister is uitgewerkt en dat in zijn oorspronkelijke of geamendeerde tekst behouden blijft nadat het voor advies is voorgelegd aan de betrokken erkenningsraad; dat advies wordt geacht te zijn gegeven wanneer het niet is geformuleerd binnen de termijn van drie maanden die ingaat op de dag van de aanvraag.

De in 3° beoogde procedure kan worden gevolgd:

- a) wanneer de bevoegde erkenningsraad binnen de termijn van drie maanden vanaf de aanvraag niet ingaat op het in 2° beoogde verzoek om een voorstel;
- b) wanneer de bevoegde erkenningsraad een voorstel formuleert dat niet beantwoordt aan de doelstellingen vervat in de in 2° beoogde aanvraag; in dat geval moet de verwerping van het voorstel van de erkenningsraad met redenen worden omkleed.

**§ 3.** Samenstelling en werkingsregelen van de erkenningsraden worden door de Koning bepaald. Iedere raad wordt voorgezeten door een lid van het Verzekeringscomité gekozen uit de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen; het wordt door de Koning aangewezen op de voordracht van het Verzekeringscomité.

**§ 4.** De Koning bepaalt de modaliteiten volgens welke de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft de lijst aanlegt van de geneesheren die erkend zijn om als specialist de in artikel 34 bedoelde verstrekkingen te verlenen.

**§ 5.** De Koning bepaalt de modaliteiten volgens welke de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft de lijst aanlegt van de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die erkend zijn om in artikel 34, 3°, bedoelde diagnoseverstrekkingen te verlenen.

#### **Art. 216**

De beperkte Kamers bedoeld in artikel 141, § 2, moeten de zaken blijven behandelen die hen zijn voorgelegd en waar de betrokkene reeds verschenen is vóór de opheffing van artikel 156. Het beroep tegen deze beslissingen moet echter bij de Kamer van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, worden ingediend.

De Commissie van beroep bedoeld in artikel 155, derde lid, blijven de beroepen behandelen die hen zijn voorgelegd en waar de appellant of diens raadsman, reeds verschenen is vóór de opheffing van artikel 156. In geval de Raad van State echter één van hun beslissingen vernietigt wordt de zaak naar de Kamer van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, verwezen.

De Controlecommissie bedoeld in artikel 142, § 1, blijft de zaken behandelen die haar zijn voorgelegd en waar de betrokkene of diens raadsman, reeds verschenen is vóór de opheffing van artikel 157. Het beroep tegen deze beslissingen moet echter bij de Kamer van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, worden ingediend.

De Commissie van beroep bedoeld in artikel 142, § 2, blijft de beroepen behandelen die haar zijn voorgelegd en waar de partijen reeds verschenen zijn vóór de opheffing van artikel 157. Ingeval de Raad van State evenwel één van haar beslissingen, vernietigt, wordt de zaak naar de Kamer van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, verwezen.

**Art. 216bis.**

**§ 1.** De inbreuken op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, die tot de bevoegdheid van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle behoren, krachtens artikel 139, 2° en 3°, die werden gepleegd vóór de datum van inwerkingtreding van Titel II, Hoofdstuk 13, worden, wat betreft de verjaring, de administratieve geldboete en de terugbetaling, geregeld volgens de bepalingen van de artikelen 73 en 141, §§ 2, 3, 5, 6 en 7, eerste tot vijfde lid, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 zoals die van kracht waren tot die datum.

**§ 2.** De procedures met betrekking tot de feiten zoals bepaald in § 1 behoren tot de bevoegdheid van :

- de Leidend ambtenaar, overeenkomstig artikel 143, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ook al werden zij reeds ingeleid bij het Comité;
- de Kamers van eerste aanleg, overeenkomstig artikel 144, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 ook al werden zij reeds ingeleid bij het Comité;
- de Kamers van beroep bedoeld in artikel 144 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994. De Kamers van beroep bedoeld in artikel 155, § 6, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, opgeheven bij de wet van 13 december 2006, worden van rechtswege ontlast van de beroepen ingeleid vóór de datum van inwerkingtreding van Hoofdstuk 13.

**Art. 217.**

De Koning bepaalt de wijze waarop de uitgaven die door de verzekeringsinstellingen met toepassing van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, in twaalfden worden uitbetaald, worden verdeeld met het oog op de afsluiting van de rekeningen en de toepassing van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. De boekhoudkundige bewijsstukken die deze in twaalfden uitbetaalde bedragen staven, worden gevormd door de betalingsopdrachten die de Minister, of de instantie die hij daarvoor aanwijst, aan de verzekeringsinstellingen bezorgt op basis van de gegevens en de verdeelsleutels die zijn vastgesteld in de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008. Indien deze betalingsopdrachten door de verzekeringsinstellingen niet worden of niet kunnen worden uitgevoerd binnen de termijn vastgesteld door de Minister die de vaststelling van het budget van financiële middelen onder zijn bevoegdheid heeft, kunnen door de verpleeginrichtingen verwijlinteressen worden aangerekend aan de verzekeringsinstellingen. De hoegrootheid ervan stemt overeen met het rentetarief van de depositofaciliteit van de Europese Centrale bank op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt. De last van die verwijlinteressen wordt geboekt op de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut als de vertraging toe te schrijven is aan het ontoereikend of te laat overmaken van de in artikel 202 bedoelde voorschotten. De Koning kan nadere regelen bepalen met betrekking tot de verwijlinteressen in het geval de reële uitgaven groter zijn dan de begrotingsdoelstelling. In het tegenovergestelde geval worden die verwijlinteressen door de verzekeringsinstellingen vergoed ten laste van het bedrag aan administratiekosten bedoeld in artikel 195. Deze betalingsopdrachten zijn voor betaling onderworpen aan de regels van de betaling volgens de chronologische inschrijving in het inkomend factuurboek, behoudens voor de betalingen uitgevoerd voor de laatste dag van de betalingstermijn.

De bepalingen van artikel 136, § 2, zijn niet van toepassing op de hierboven bedoelde uitgaven.

**Art. 217bis .**

Tot een door de Koning vast te stellen datum kunnen door het Verzekeringscomité enkel nieuwe overeenkomsten bedoeld in artikel 23, § 3, en § 3bis, worden gesloten en de bestaande overeenkomsten door het Verzekeringscomité slechts worden gewijzigd onder de door Hem vastgestelde voorwaarden.

## TITEL XII OPENBAARMAKING

### Art. 218.

§ 1. De teksten van de verordeningen van het Verzekeringscomité en het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen worden, wanneer zij de rechthebbenden der verzekering algemeen aanbelangen, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

§ 2.<sup>13</sup> Het Instituut stelt, op zijn internetsite, de lijst van zorgverleners die beschikken over een door dit Instituut toegekend nummer, ter beschikking van het publiek. Deze lijst bevat de namen, voornamen, RIZIV-nummers en toetredingssituatie aan de akkoorden en overeenkomsten.

De verzekeringsinstellingen zijn er eveneens toe gehouden om de in het eerste lid bedoelde informatie die hen wordt meegedeeld door het Instituut ter kennis te brengen van de rechthebbenden.

~~§ 2. De Dienst voor geneeskundige verzorging is ertoe gehouden de verzekeringsinstellingen de lijst waarin artikel 22, 7<sup>o</sup>, voorziet, mede te delen alsmede de naam van de personen en de inrichtingen die tot een overeenkomst zijn toegetreden of geacht worden tot de termen van een akkoord toegetreden te zijn, in voorkomend geval met vermelding van de bijzondere voorwaarden welke die overeenkomsten of akkoorden behelzen.~~

~~De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden die lijsten en die namen, onder de voorwaarden welke de Koning bepaalt, ter kennis te brengen van de rechthebbenden der verzekering, op voorstel, wat de geneesheren en de tandheelkundigen betreft, van de in artikel 50, § 2, bedoelde bevoegde Nationale commissie, en wat de andere zorgverleners betreft, van de Overeenkomstencommissie die belast is met de opdracht om op nationaal vlak te onderhandelen over en af te sluiten een overeenkomst tussen de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en die van de betrokken beroepsorganisaties van zorgverleners, in overeenstemming met het bepaalde in de artikelen 42 en 26.~~

---

<sup>i</sup> Deze [wijzigingen treden] in werking op een door de Koning te bepalen datum.

[...]

Als deze [wijzigingen] in werking [treden] **tussen 15 maart en 15 mei** kunnen de aanvragen voor inschrijving op de lijst van onbeantwoorde medische behoeften worden ingediend binnen een termijn van drie maanden die aanvangt op de eerste dag van de maand volgend op de inwerkingtreding van deze afdeling en ten laatste op 31 augustus van het kalenderjaar van inwerkingtreding (jaar T-1).

Als deze [wijzigingen] in werking [treden] **na 15 mei** kunnen cohortbeslissingen worden genomen tijdens het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar van inwerkingtreding (jaar T), zonder dat de gedekte medische behoefte is ingeschreven op de lijst van onbeantwoorde medische behoeften en zonder toelating van de Algemene raad. Deze cohortbeslissingen lopen ten einde op 31 december van het volgende jaar (jaar T+1). De medische behoeften waarin wordt voorzien door cohortbeslissingen die worden genomen tijdens het jaar T worden van ambtswege in aanmerking genomen in de lijst van onbeantwoorde medische behoeften die tijdens het jaar T voor het jaar T+1 wordt vastgesteld.

(Art. 12 van Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg 07/02/2014 – BS 25/02/2014)

---

<sup>13</sup> Treedt in werking vanaf 1 januari 2014