

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

23 novembre 2004

PROPOSITION DE LOI

**modifiant la loi relative à l'assurance
obligatoire soins de santé et indemnités,
coordonnée le 14 juillet 1994, en ce qui
concerne le maximum à facturer**

(déposée par Mmes Yolande Avontroodt,
Hilde Dierickx et Sabien Lahaye-Battheu)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

23 november 2004

WETSVOORSTEL

**tot wijziging van de op 14 juli 1994
gecoördineerde wet betreffende
de verplichte verzekering voor
geneeskundige verzorging en uitkeringen
wat de maximumfactuur betreft**

(ingediend door de dames
Yolande Avontroodt, Hilde Dierickx en
Sabien Lahaye-Battheu)

RÉSUMÉ

Les auteurs soulignent que le maximum à facturer a été instauré dans le souci de garantir des soins de santé abordables aux personnes à revenus modestes et à celles dont les dépenses en matière de soins de santé sont importantes, compte tenu du niveau de leurs revenus.

Certains patients contractant une assurance maladie complémentaire à titre privé entrent apparemment aussi en ligne de compte pour le maximum à facturer. Ils bénéficient dès lors d'un double remboursement pour les mêmes frais. Tel n'est pas l'objectif du système légal. C'est la raison pour laquelle les auteurs proposent de ne plus prendre en compte que les frais qui ne sont pas remboursés par une assurance complémentaire.

SAMENVATTING

De indiensters wijzen erop dat de maximumfactuur werd ingevoerd vanuit de bekommernis de gezondheidszorgen betaalbaar te houden voor mensen met een laag inkomen en voor mensen met zware gezondheidsuitgaven rekening houdend met de hoogte van hun inkomen.

Blijkbaar komen bepaalde patiënten die privé een aanvullende ziektekostenverzekering sloten tevens in aanmerking voor de maximumfactuur. Zij krijgen dus een dubbele terugbetaling van dezelfde kosten. Dit is niet de bedoeling van de wettelijke regeling. Daarom stellen de indiensters voor om enkel nog de kosten in aanmerking te nemen die niet zijn terugbetaald door een aanvullende verzekering.

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>VLAAMS BELANG</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :		Afkortingen bij de nummering van de publicaties :	
<i>DOC 51 0000/000</i> :	Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif	<i>DOC 51 0000/000</i> :	Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer
<i>QRVA</i> :	Questions et Réponses écrites	<i>QRVA</i> :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden
<i>CRIV</i> :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)	<i>CRIV</i> :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)
<i>CRABV</i> :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)	<i>CRABV</i> :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)
<i>CRIV</i> :	Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)	<i>CRIV</i> :	Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)
<i>PLEN</i> :	Séance plénière	<i>PLEN</i> :	Plenum
<i>COM</i> :	Réunion de commission	<i>COM</i> :	Commissievergadering

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
 Commandes :
 Place de la Nation 2
 1008 Bruxelles
 Tél. : 02/ 549 81 60
 Fax : 02/549 82 74
 www.laChambre.be
 e-mail : publications@laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
 Bestellingen :
 Natieplein 2
 1008 Brussel
 Tel. : 02/ 549 81 60
 Fax : 02/549 82 74
 www.deKamer.be
 e-mail : publicaties@deKamer.be

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le principe du maximum à facturer a été instauré dans le souci d'assurer l'accessibilité financière des soins de santé pour les personnes à revenus modestes et pour les personnes confrontées à des dépenses de soins de santé élevées compte tenu du niveau de leurs revenus.

Les Mutualités chrétiennes ont évalué le système du maximum à facturer et elles ont constaté des chevauchements: le maximum à facturer entraîne des remboursements doubles à hauteur de 12,5 millions d'euros. Les patients ayant souscrit une assurance complémentaire en soins de santé – auprès d'une compagnie d'assurances ou d'une mutualité –, peuvent également bénéficier du maximum à facturer et obtiennent ainsi un double remboursement des mêmes frais. Il s'agit en l'occurrence d'un effet secondaire non voulu.

Cela signifie qu'en fin de compte, ces patients retirent un bénéfice des prestations effectuées. Tel n'est, de toute évidence, pas le but recherché par l'instauration du maximum à facturer. Le maintien d'une telle situation peut également encourager une consommation inutile de soins de santé. Or, c'est précisément ce que l'autorité a tenté de combattre, avec plus ou moins de bonheur, au cours des dernières années.

Étant donné que le nombre de personnes souscrivant une assurance complémentaire en soins de santé va croissant, il est important de légiférer en la matière.

Il est dès lors proposé de déterminer l'intervention personnelle en tenant compte du remboursement prévu dans le cadre de l'assurance complémentaire. Si celle-ci rembourse tout ou partie de l'intervention personnelle, ce montant est déduit de l'intervention personnelle. Ainsi l'assurance maladie-invalidité ne prend à sa charge, dans le cadre du maximum à facturer, que les frais qui ne sont pas remboursés par l'assurance complémentaire.

Par assurance complémentaire, il faut entendre les assurances complémentaires relevant de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, ainsi que les assurances complémentaires proposées par un service visé à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

De maximumfactuur werd ingevoerd vanuit de bekommernis de gezondheidszorgen betaalbaar te houden voor mensen met een laag inkomen en voor mensen met zware gezondheidsuitgaven rekening houdend met de hoogte van hun inkomen.

De Christelijke Mutualiteiten evalueerden het systeem van de maximumfactuur. Zij stelden overlappingen vast: de maximumfactuur leidt tot 12,5 miljoen euro dubbele terugbetalingen. Patiënten die privé een aanvullende ziektekostenverzekering afsloten – bij een verzekeringsmaatschappij of bij een mutualiteit – komen tevens in aanmerking voor de maximumfactuur en krijgen dus een dubbele terugbetaling van dezelfde kosten. Dit is een niet beoogd neveneffect.

Dit betekent dat deze patiënten uiteindelijk winst doen op de uitgevoerde prestaties. Dat is uiteraard niet de bedoeling van de maximumfactuur. Het voortbestaan van een dergelijke situatie kan ook aanzetten tot onnodige consumptie van gezondheidszorgen. En dat is nu net waar de overheid de afgelopen jaren met wisselend succes tegen gestreden heeft.

Gelet op het feit dat steeds meer mensen zich aanvullend verzekeren voor gezondheidszorgen, is het belangrijk dat wettelijk wordt ingegrepen.

Er wordt dan ook voorgesteld om bij het bepalen van het persoonlijk aandeel rekening te houden met wat in het kader van de aanvullende verzekering wordt terugbetaald. Indien de aanvullende verzekering het persoonlijk aandeel geheel of gedeeltelijk terugbetaalt, dan wordt dit bedrag afgetrokken van het persoonlijk aandeel. Op die manier neemt de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het kader van de maximumfactuur alleen die kosten ten laste die niet zijn terugbetaald door de aanvullende verzekering.

Met aanvullende verzekering wordt bedoeld de aanvullende verzekeringen die vallen onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen en de aanvullende verzekeringen die worden aangeboden door een dienst bedoeld in artikel 3, b), van de wet op 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen.

Il sera demandé au patient de déclarer sur l'honneur s'il bénéficie ou non d'une assurance complémentaire. S'il déclare ne pas bénéficier de cette assurance et que l'on constate ultérieurement qu'il est bel et bien assuré, il sera sanctionné. L'auteur propose d'infliger une amende deux fois supérieure au montant supporté par l'assurance maladie-invalidité dans le cadre du maximum à facturer.

Il est proposé de consacrer les moyens ainsi économisés aux plus faibles de la société, à savoir les malades chroniques. Les moyens libérés pourraient être consacrés au remboursement de médicaments nouveaux ou coûteux, de thérapies, de traitements qui ne sont pas remboursés actuellement et qui font grimper rapidement les factures des patients chroniques.

Aan de patiënt wordt gevraagd een verklaring op eed af te leggen of hij al dan niet aanvullend is verzekerd. Indien hij verklaart niet verzekerd te zijn en later blijkt hij wel degelijk verzekerd te zijn, zal hij gesanctioneerd worden. De indienster stelt voor een boete op te leggen die het dubbele bedraagt dat de ziekte- en invaliditeitsverzekering ten laste heeft genomen in het kader van de maximumfactuur.

Er wordt voorgesteld de middelen die op deze wijze worden bespaard te besteden aan de zwaksten in de samenleving, nl. de chronische zieken. De vrijgekomen middelen zouden kunnen worden besteed aan een terugbetaling van dure of nieuwe geneesmiddelen, therapieën, behandelingen die vandaag niet worden terugbetaald en die de factuur voor chronische patiënten al vlug hoog doen oplopen.

Yolande AVONTROODT (VLD)
Hilde DIERICKX (VLD)
Sabien LAHAYE-BATTHEU (VLD)

PROPOSITION DE LOI**Article 1^{er}**

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

Art. 2

Dans l'article 37^{sexies} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les lois des 22 août 2002 et 24 décembre 2002 et par les arrêtés royaux des 2 février 2004 et 3 mars 2004, l'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2:

«L'intervention personnelle est réduite du remboursement de tout ou partie de la quote-part personnelle que reçoit le patient dans le cadre d'un contrat d'assurance complémentaire défini par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, ou proposé par un service visé à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Le patient bénéficiant du maximum à facturer fait une déclaration sur l'honneur attestant qu'il bénéficie ou non d'un remboursement de la quote-part personnelle dans le cadre d'une assurance complémentaire. Le Roi fixe les modalités d'exécution de la présente disposition. En cas d'infraction, le patient assuré est puni d'une amende qui s'élève au double du montant pris en charge par l'assurance maladie-invalidité dans le cadre du maximum à facturer.».

21 octobre 2004

WETSVOORSTEL**Artikel 1**

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

Art. 2

In artikel 37^{sexies} van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de wetten van 22 augustus 2002 en 24 december 2002 en bij de koninklijke besluiten van 2 februari 2004 en 3 maart 2004, wordt tussen het eerste en het tweede lid, het volgende lid ingevoegd:

«Het persoonlijk aandeel wordt verminderd met de terugbetaling van een deel of het geheel van het persoonlijk aandeel dat de patiënt ontvangt in het kader van een aanvullende verzekeringsovereenkomst die valt onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen of die wordt aangeboden door een dienst bedoeld in artikel 3, b), van de wet op 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen. De patiënt die in aanmerking komt voor de maximumfactuur legt een verklaring op eer af dat hij al dan niet geniet van een terugbetaling van het persoonlijk aandeel in het kader van een aanvullende verzekering. De Koning bepaalt de nadere regels. Bij overtreding van deze bepaling wordt de verzekerde patiënt gestraft met een boete die het dubbele bedraagt van wat de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het kader van de maximumfactuur ten laste heeft genomen.».

21 oktober 2004

Yolande AVONTROODT (VLD)
Hilde DIERICKX (VLD)
Sabien LAHAYE-BATTHEU (VLD)

TEXTE DE BASE

14 juillet 1994

Loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**Art. 37sexies**

Pour l'application du présent chapitre, on entend par «intervention personnelle», la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier. La partie du coût des spécialités pharmaceutiques des catégories A et B visées à l'article 2, 2°, a), 1^{er} et 2^e tirets, de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui, conformément à l'article 35bis, est supportée par les bénéficiaires, est considérée comme intervention personnelle. Est également considérée comme intervention personnelle, la contribution, exigée par l'hôpital, des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence, en exécution de l'article 107quater de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Sont également considérés comme une intervention personnelle, les frais supportés par le bénéficiaire, qui n'a pas atteint l'âge de 19 ans, concernant l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie.

TEXTE DE BASE ADAPTÉ À LA PROPOSITION

14 juillet 1994

Loi coordonnée relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**Art. 37sexies**

Pour l'application du présent chapitre, on entend par «intervention personnelle», la quote-part personnelle du bénéficiaire dans le coût d'une prestation de santé, visée à l'article 34, telle qu'elle ressort de la réglementation et tenant compte des conventions, accords et documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier. La partie du coût des spécialités pharmaceutiques des catégories A et B visées à l'article 2, 2°, a), 1^{er} et 2^e tirets, de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités qui, conformément à l'article 35bis, est supportée par les bénéficiaires, est considérée comme intervention personnelle. Est également considérée comme intervention personnelle, la contribution, exigée par l'hôpital, des patients qui se présentent dans une unité de soins d'urgence, en exécution de l'article 107quater de la loi des hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Sont également considérés comme une intervention personnelle, les frais supportés par le bénéficiaire, qui n'a pas atteint l'âge de 19 ans, concernant l'alimentation entérale au domicile du patient par sonde ou par stomie.

L'intervention personnelle est réduite du remboursement de tout ou partie de la quote-part personnelle que reçoit le patient dans le cadre d'un contrat d'assurance complémentaire défini par la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, ou proposé par un service visé à l'article 3, b), de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités. Le patient bénéficiant du maximum à facturer fait une déclaration sur l'honneur attestant qu'il bénéficie ou non d'un remboursement de la quote-part personnelle dans le cadre d'une assurance complémentaire. Le Roi fixe les modalités

BASISTEKST

14 juli 1994

Gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen**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), 1° en 2° 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 35*bis* door de rechthebbenden ten laste wordt genomen, wordt als persoonlijk aandeel beschouwd. Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd de door het ziekenhuis gevorderde bijdrage van de patiënten die zich aanmelden in een eenheid voor spoedgevallenzorg, overeenkomstig artikel 107*quater* van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen. Als persoonlijk aandeel worden eveneens beschouwd de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 19 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie.

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL

14 juli 1994

Gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen**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), 1° en 2° 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 35*bis* door de rechthebbenden ten laste wordt genomen, wordt als persoonlijk aandeel beschouwd. Als persoonlijk aandeel wordt eveneens beschouwd de door het ziekenhuis gevorderde bijdrage van de patiënten die zich aanmelden in een eenheid voor spoedgevallenzorg, overeenkomstig artikel 107*quater* van de wet van 7 augustus 1987 op de ziekenhuizen. Als persoonlijk aandeel worden eveneens beschouwd de kosten die door de rechthebbende, die de leeftijd van 19 jaar niet heeft bereikt, werden gedragen met betrekking tot enterale voeding thuis via sonde of stomie.

Het persoonlijk aandeel wordt verminderd met de terugbetaling van een deel of het geheel van het persoonlijk aandeel dat de patiënt ontvangt in het kader van een aanvullende verzekeringsovereenkomst die valt onder de wet van 25 juni 1992 op de landverzekeringsovereenkomst en de wet van 9 juli 1975 betreffende de controle der verzekeringsondernemingen of die wordt aangeboden door een dienst bedoeld in artikel 3, b), van de wet op 6 augustus 1990 betreffende de ziekenfondsen en de landsbonden der ziekenfondsen. De patiënt die in aanmerking komt voor de maximumfactuur legt een verklaring op eer af dat hij al dan niet geniet van een terugbetaling van het persoonlijk aandeel in het

La procédure de demande consiste en une notification médicale simple adressée au médecin-conseil de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié ou inscrit.

Le Roi peut fixer des listes limitatives d'alimentations médicales et des critères de remboursement prises en considération.

Le Roi procède a une évaluation du présent dispositif deux ans après l'entrée en vigueur de celui-ci et présente un rapport à ce sujet aux Chambres législatives fédérales.

Ne sont cependant pas prises en considération pour le calcul du montant des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire:

1° les interventions personnelles concernant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, à l'exception:

a) des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C;

b) de l'intervention personnelle forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques admises destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital général, visée à l'article 2, 2°, 2 b), de l'arrêté royal précité du 7 mai 1991;

c) de l'intervention personnelle forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital psychiatrique, visée à l'article 4, § 5, alinéa 2, de la convention nationale du 12 mars 1999 entre les institutions et les services psychiatriques et les organismes assureurs;

2° les interventions personnelles relatives aux admissions visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 6°, à partir du 366^e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. La totalisation du nombre de journées d'hospitalisation s'effectue par période d'hospitalisation ininterrompue au sens de l'article 2, § 2, deuxième alinéa et § 3, de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation;

d'exécution de la présente disposition. En cas d'infraction, le patient assuré est puni d'une amende qui s'élève au double du montant pris en charge par l'assurance maladie-invalidité dans le cadre du maximum à facturer.¹

La procédure de demande consiste en une notification médicale simple adressée au médecin-conseil de la mutualité à laquelle le bénéficiaire est affilié ou inscrit.

Le Roi peut fixer des listes limitatives d'alimentations médicales et des critères de remboursement prises en considération.

Le Roi procède a une évaluation du présent dispositif deux ans après l'entrée en vigueur de celui-ci et présente un rapport à ce sujet aux Chambres législatives fédérales.

Ne sont cependant pas prises en considération pour le calcul du montant des interventions personnelles effectivement prises en charge par le bénéficiaire:

1° les interventions personnelles concernant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, à l'exception:

a) des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C;

b) de l'intervention personnelle forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques admises destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital général, visée à l'article 2, 2°, 2 b), de l'arrêté royal précité du 7 mai 1991;

c) de l'intervention personnelle forfaitaire pour les spécialités pharmaceutiques destinées à des bénéficiaires hospitalisés en hôpital psychiatrique, visée à l'article 4, § 5, alinéa 2, de la convention nationale du 12 mars 1999 entre les institutions et les services psychiatriques et les organismes assureurs;

2° les interventions personnelles relatives aux admissions visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 6°, à partir du 366^e jour d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique. La totalisation du nombre de journées d'hospitalisation s'effectue par période d'hospitalisation ininterrompue au sens de l'article 2, § 2, deuxième alinéa et § 3, de l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation;

¹ Art. 2: complément

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.

Worden echter niet in aanmerking genomen voor de berekening van het bedrag van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door de rechthebbende ten laste worden genomen:

1° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 5°, bedoelde verstrekkingen, met uitzondering van:

a) de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C;

b) het forfaitair persoonlijk aandeel van de aangenomen farmaceutische specialiteiten die bestemd zijn voor rechthebbenden die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen, zoals bedoeld in artikel 2, 2°, 2 b), van hogervermeld koninklijk besluit van 7 mei 1991;

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;

2° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 6°, bedoelde opnemingen, vanaf de 366^e 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 verzekerings tegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum;

kader van een aanvullende verzekering. De Koning bepaalt de nadere regels. Bij overtreding van deze bepaling wordt de verzekerde patiënt gestraft met een boete die het dubbele bedraagt van wat de ziekte- en invaliditeitsverzekering in het kader van de maximumfactuur ten laste heeft genomen.¹

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.

Worden echter niet in aanmerking genomen voor de berekening van het bedrag van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door de rechthebbende ten laste worden genomen:

1° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 5°, bedoelde verstrekkingen, met uitzondering van:

a) de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C;

b) het forfaitair persoonlijk aandeel van de aangenomen farmaceutische specialiteiten die bestemd zijn voor rechthebbenden die in een algemeen ziekenhuis zijn opgenomen, zoals bedoeld in artikel 2, 2°, 2 b), van hogervermeld koninklijk besluit van 7 mei 1991;

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;

2° de persoonlijke aandelen betreffende de in artikel 34, eerste lid, 6°, bedoelde opnemingen, vanaf de 366^e 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 verzekerings tegemoetkoming in geval van opneming in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum;

¹ Art. 2: aanvulling

3° les frais d'hébergement liés aux prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 18°.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter des modifications au présent article.

3° les frais d'hébergement liés aux prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 18°.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, apporter des modifications au présent article.

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.

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.