

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

19 november 2008

WETSVOORSTEL

**houdende maatregelen om de
gezondheidszorg toegankelijker te maken**

(ingediend door mevrouw Muriel Gerkens,
de heer Georges Gilkinet en
mevrouw Zoé Genot)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

19 novembre 2008

PROPOSITION DE LOI

**relative à un ensemble de mesures visant à
renforcer l'accessibilité aux soins de santé**

(déposée par Mme Muriel Gerkens,
M. Georges Gilkinet
et Mme Zoé Genot)

SAMENVATTING

Dit wetsvoorstel strekt ertoe de regelingen inzake de sociale RIZIV-tarieven te vereenvoudigen, door er nog slechts twee over te houden: Omnio en Omnio Plus.

Voorts is het de bedoeling de toegang tot die tariefregelingen laagdrempeliger te maken, door:

- personen en gezinnen die voldoen aan de gestelde inkomensvoorwaarden automatisch toegang te verlenen;*
- voor de Omnio- en Omnio Plusgerechtigden de terugbetaling van de eerstelijnszorg te vergemakkelijken;*
- de derdebetalersregeling toegankelijk en laagdrempelig te maken in het raam van de ambulante zorg.*

RÉSUMÉ

La proposition vise tout d'abord à simplifier les régimes de tarifs sociaux pour l'INAMI, en n'en retenant que deux: les statuts OMNIO et OMNIO plus.

Ensuite, elles vise à faciliter l'accès aux soins :

- en rendant l'accès automatique aux personnes et familles répondant aux conditions de revenu fixées ;*
- en améliorant le remboursement des soins de première ligne pour les bénéficiaires du statut OMNIO et OMNIO plus ;*
- en rendant possible et facile d'accès le système du tiers payant, dans le cadre des soins ambulatoires.*

cdH	:	centre démocrate Humaniste		
CD&V	:	Christen-Democratisch en Vlaams		
Ecolo-Groen!	:	Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen		
FN	:	Front National		
LDD	:	Lijst Dedecker		
MR	:	Mouvement Réformateur		
N-VA	:	Nieuw-Vlaamse Alliantie		
Open Vld	:	Open Vlaamse liberalen en democraten		
PS	:	Parti Socialiste		
sp.a+VI.Pro	:	Socialistische partij anders + VlaamsProgressieven		
VB	:	Vlaams Belang		

<i>Afkortingen bij de nummering van de publicaties :</i>		<i>Abréviations dans la numérotation des publications :</i>	
DOC 52 0000/000 :	Parlementair document van de 52 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 52 0000/000 :	Document parlementaire de la 52 ^{ème} législature, suivi du n° de base et du n° consécutif
QRVA :	Schriftelijke Vragen en Antwoorden	QRVA :	Questions et Réponses écrites
CRIV :	Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)	CRIV :	Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)
CRABV :	Beknopt Verslag (blauwe kaft)	CRABV :	Compte Rendu Analytique (couverture bleue)
CRIV :	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)	CRIV :	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)
PLEN :	Plenum	PLEN :	Séance plénière
COM :	Commissievergadering	COM :	Réunion de commission
MOT :	moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)	MOT :	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>	<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>
Bestellingen :	Commandes :
Natieplein 2	Place de la Nation 2
1008 Brussel	1008 Bruxelles
Tel. : 02/ 549 81 60	Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74	Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be	www.laChambre.be
e-mail : publicaties@deKamer.be	e-mail : publications@laChambre.be

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Het gezondheidsvraagstuk beheerst veel van de officiële rapporten en studies die de jongste jaren aan het armoedeverijnsel zijn gewijd.

Zeker nu de koopkracht afbrokkelt en daardoor steeds meer medeburgers echt in grote bestaansonzekerheid terechtkomen, is het van vitaal belang geworden dat we op dat vraagstuk ingaan.

De band tussen gezondheid en bestaansonzekerheid staat voor iedereen vast en wordt door iedereen als dusdanig erkend. De economische omstandigheden hebben immers een bepalende invloed op de gezondheid: hoe armer men is, hoe minder gezond.

De gezondheid, of beter een slechte gezondheid, is dan weer een bron van bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting. Zo hangt het vinden van een job in ruime mate af van de gezondheidstoestand van de betrokkene. Tevens kunnen de gezondheidskosten financieel zwaar doorwegen, waardoor sommige mensen verzorging gaan uitstellen en hun gezondheidstoestand er alleen maar op verergert. Een slechte gezondheid en armoede vormen dus een desastreuze en krachtige cocktail, die leidt tot sociale uitsluiting. Een en ander vergt een ingrijpend optreden.

Hoewel gezondheid zeker niet mag worden gereduceerd tot gezondheidszorg, staat vast dat de toegang tot de gezondheidszorg, inzonderheid de eerstelijnsgezondheidszorg, primordiaal is voor iemands gezondheid.

Te hoge gezondheidszorgkosten hebben twee kwalijke neveneffecten: de armste bevolkingsgroepen verarmen nog meer; voorts sluiten ze bepaalde mensen uit van soms elementaire zorgverstrekking, wat niet alleen dramatische gevolgen kan hebben voor henzelf, maar ook voor de samenleving, al was het maar door de eruit voortvloeiende hogere kosten voor ziekenhuisverzorging.

De jongste jaren hebben heel wat factoren tegelijk de toegang tot de gezondheidszorg voor een deel van de bevolking bemoeilijkt: de verhoging van het remgeld voor bepaalde zorgverstrekkingen, de vermindering van het aantal terugbetaalde consultaties, het verbod op de derdebetalersregeling voor ambulante verzorging sinds 1986, de prijs van de innoverende geneesmiddelen – dat alles in een context van structurele werkloosheid en niet-welvaartsvaste sociale uitkeringen.

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

La problématique de la santé occupe une place importante dans les différents rapports officiels et les multiples études consacrés ces dernières années à la question de la pauvreté.

À un moment où le pouvoir d'achat s'effrite, précipitant un nombre de plus en plus important de nos concitoyens dans des situations de grande précarité, la question se pose de manière de plus en plus aigüe.

Le lien entre santé et précarité est établi et reconnu par tous: d'une part, les conditions économiques constituent un déterminant majeur de l'état de santé d'une personne: plus on est pauvre, moins bonne est la santé.

Mais la santé, ou plutôt la mauvaise santé, est aussi une cause de précarité et d'exclusion sociale: l'accès au travail, par exemple, est largement conditionné par la bonne santé; de la même manière, des soins de santé peuvent coûter cher et peser lourdement sur un budget, au point de pousser certain(e)s à reporter des soins, avec autant de nouvelles conséquences sur leur santé. Mauvaise santé et pauvreté constituent donc un couple infernal et puissant, conduisant à l'exclusion sociale, auquel il importe d'apporter des réponses conséquentes.

Même si la santé ne se résume pas aux soins, loin s'en faut, il est certain que l'accessibilité aux soins, particulièrement de première ligne, est un élément important pour la santé des citoyens.

Des coûts de santé trop importants ont deux effets pervers majeurs: ils appauvrissent encore les populations pauvres et, bien souvent, ils excluent les personnes de soins parfois élémentaires, ce qui peut avoir des conséquences dramatiques pour elles-mêmes, comme pour la collectivité, par l'augmentation des coûts en soins hospitaliers, par exemple.

Ces dernières années, une conjonction d'éléments est venue réduire l'accès aux soins d'une partie de la population: l'augmentation des tickets modérateurs pour certains soins, la réduction du nombre de séances remboursées, l'interdiction du tiers payant en ambulatoire depuis 1986, le prix des médicaments innovants. Le tout, sur un fond de chômage chronique et de non liaison des allocations sociales au bien-être.

Om daar iets tegen te doen, werden verschillende maatregelen genomen, zoals de verplichte verzekering kleine risico's voor zelfstandigen, de afstemming van de socialezekerheidsregeling voor de zelfstandigen op die van de loontrekkenden, de invoering van de maximumfactuur en, in april 2007, de invoering van het Omnio-statuuut. Dat initiatief was interessant omdat het op het grondbeginsel beruiste dat alle gezinnen met een laag inkomen een verhoogde tegemoetkoming moeten kunnen krijgen in het kader van de ziekteverzekering, zoals dat eerder al voor de mensen onder het voormalige WIGW-statuuut het geval was.

De Omnio-regeling heeft echter niet het verhoopte resultaat gehad. In juli 2008, dus 15 maanden na de invoering van de regeling, hebben slechts 155.000 potentiële begunstigten - op een totaal van 818.000, dus slechts 19% - hun rechten terzake doen gelden. Ook al neemt dat percentage gaandeweg kennelijk toe, dan nog lijkt het weinig waarschijnlijk dat ooit de maximale dekking zal worden bereikt.

In jaargang 2007 van zijn tweejaarlijks verslag doet het Steunpunt tot bestrijding van armoede, bestaansonzekerheid en sociale uitsluiting de volgende vaststelling: *«Het Omnio-statuuut wordt weliswaar niet automatisch toegekend maar moet bij het ziekenfonds aangevraagd worden. Dit doet de vraag rijzen hoe personen, die uit deze maatregel voordeel zullen halen, geïnformeerd zullen worden. Het lijkt erop dat tot op heden nog maar weinig potentiële rechthebbenden zich hebben aangemeld. Ziektenfondsen van hun kant klagen de administratieve complexiteit van deze maatregel aan alsook de hun toegewezen rol van controle van de inkomsten, waardoor tijd verloren gaat voor de begeleiding en verdediging van hun leden.»*

Een nauwkeurige observatie van wat zich in het veld afspeelt leert dat de informatie, in weerwil van de informatiecampagnes, niet goed doordringt. De mensen voor wie de maatregel geldt, zijn ondanks alles veelal niet op de hoogte. Sommige ziekenfondsen of zorginstellingen, zoals gezondheidscentra, hebben zelf zeer intensieve campagnes gevoerd, met weinig resultaat.

Bovendien blijkt dat het niet volstaat geïnformeerd te zijn. De betrokkenen moeten zelf nog zware en complexe demarches ondernemen; ze stellen die uit zolang ze niet echt nood hebben aan het voor hen voordelige statuut (de meeste mensen doen niet vaak een beroep op verzorging). Wanneer ze er echter nood aan hebben, is het al te laat om nog een aanvraag in te dienen.

Daar komt nog bij dat de regeling zo complex is dat zelfs de beroepsmensen uit de sociale sector en de

Pour contrecarrer ce phénomène, diverses mesures ont été prises, comme notamment l'obligation de couverture des petits risques pour les indépendants, l'alignement de la sécurité sociale des indépendants sur celle des salariés, l'instauration du maximum à facturer et, en avril 2007, la mise sur pied du statut OMNIO. L'initiative était intéressante sur son principe fondateur: faire bénéficier tous les ménages ayant un faible revenu d'une augmentation majorée de l'intervention de l'assurance maladie, comme en disposaient déjà les anciens «VIPO».

Le dispositif, cependant, n'a pas produit les résultats escomptés puisque, en juillet 2008, soit quinze mois après sa mise sur pied, seulement 155.000 bénéficiaires potentiels sur 818.000 ont fait valoir ce droit, soit 19%. Même si ce taux tend à croître avec le temps, il est probable que la couverture maximale ne sera jamais atteinte.

Le service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale, dans son dernier rapport bisannuel, fait le constat suivant: *«Le statut Omnio n'est pas octroyé automatiquement. Il doit être demandé à la mutuelle. Une question se pose dès lors: comment les bénéficiaires potentiels seront-ils informés? Il semble que, jusqu'à présent, peu d'entre eux se soient manifestés. Les mutuelles se plaignent de la complexité administrative de cette mesure et du rôle de contrôleur des revenus qui leur est confié. De ce fait, elles disposent de moins de temps pour l'accompagnement et la défense de leurs affiliés.»*

Une observation attentive de la situation sur le terrain met en évidence ceci: malgré les campagnes, l'information ne passe pas bien. Les personnes à qui la mesure s'adresse ne sont généralement pas informées, malgré les campagnes. Certaines mutuelles, ou encore certaines institutions de soins comme des maisons médicales, ont réalisé des campagnes très intensives avec peu de résultats.

De plus, on constate que le fait que les personnes soient informées ne suffit pas. Les démarches à effectuer sont lourdes et complexes, et les usagers retardent la démarche tant qu'ils n'en ont pas vraiment besoin (une majorité de gens ne consomment pas régulièrement de soins). Mais, quand ils en ont besoin, il est trop tard pour le demander.

De plus, la complexité du système fait que les professionnels du social et de la santé ne s'y retrouvent

gezondheidssector er amper nog hun weg in vinden, waardoor ze de begunstigten niet naar behoren kunnen informeren. Die complexiteit is te wijten aan de verschillende systemen voor verhoogde tegemoetkomingen (WIGW, RVV, Omnio) en aan de complexiteit van de administratieve procedure om op die voordelen aanspraak te maken.

Wellicht kunnen intensieve informatiecampaagnes helpen om deze gang van zaken te verbeteren, maar zelfs dan ziet het ernaar uit dat heel wat potentiële rechthebbenden zullen verzuimen de nodige stappen te zetten.

Zonder twijfel bestaat de beste oplossing erin het statuut zo ruim mogelijk automatisch toe te kennen. Dit wetsvoorstel strekt daartoe. Tegelijkertijd is het de bedoeling de regeling te vereenvoudigen, door de drie huidige regelingen die toegang bieden tot verhoogde tegemoetkomingen (WIGW, RVV en Omnio) samen te smelten tot één regeling.

Aangezien een dergelijke doelstelling al zit vervat in het in juli 2008 door de Ministerraad aangenomen Federaal Plan Armoedebestrijding, stelt de indienster voor die doelstelling meteen bij wet werk te verankeren.

Het principe is eenvoudig: alle leden van een gezin met een inkomen dat onder het grensbedrag ligt, hebben er automatisch recht op. De Kruispuntbank van de sociale zekerheid moet elk kwartaal de samenstelling en de inkomsten van het gezin bepalen op grond van de beschikbare gegevens: RSZ-aangifte, sociale uitkeringen, leefloon enz. Als het gezinsinkomen onder die grensbedragen ligt, brengt de Kruispuntbank van de sociale zekerheid dat ter kennis van de verzekeringsinstelling, die het statuut verleent voor een tijdspanne van één jaar.

Om de zorg nog toegankelijker te maken, doen wij een bijkomend voorstel, met name een regeling met twee grensbedragen. Thans ligt de inkomensgrens om recht te hebben op het Omnio-statuuat immers vrij laag. Dat heeft tot gevolg dat een werkloze die actief werk zoekt maar die in het beste geval slechts een tijdelijke job van enkele maanden vindt, bestraft wordt omdat hij de toegang tot dat statuut verliest en dus ook tot de afgeleide rechten, zoals het 50%-tarief voor de NMBS of voor de TEC, in Wallonië. Dat is een echte werkloosheidsval; wij stellen voor die ten dele weg te werken via de creatie van de Omnio- en Omnio Plus-regelingen.

Gelijklopend met die bijsturing van het Omnio-statuuat moeten andere maatregelen worden genomen om de toegang tot de gezondheidszorg te vergemakkelijken.

plus eux-mêmes et donc ne peuvent pas informer correctement les usagers. Complexité due aux différents systèmes de remboursements préférentiels: VIPO, BIM et OMNIO, et complexité des démarches administratives à effectuer pour ouvrir le droit.

La situation pourrait sans doute être améliorée via des campagnes d'information intensives; mais, même dans ce cas, il est plus que probable que de nombreux ayants-droit n'entreprendront pas les démarches nécessaires.

La solution la plus efficace serait, sans conteste, de rendre le statut automatique dans toute la mesure du possible. C'est l'objet de la présente proposition. Par la même occasion, il s'agit de simplifier le système, en refondant les trois systèmes d'accès au remboursement préférentiel actuels (VIPO, BIM et OMNIO) en un seul.

Ces mesures étant inscrites dans le plan fédéral de lutte contre la pauvreté, adopté par le conseil des ministres en juillet 2008, nous proposons de les inscrire sans plus tarder dans la loi.

Le principe est simple: toutes les personnes faisant partie d'un ménage ayant des revenus inférieurs au plafond y ont automatiquement droit. Pour déterminer la composition du ménage et les revenus dont il dispose, c'est la Banque carrefour qui est chargée de le vérifier pour l'ensemble des assurés sociaux, sur la base des données disponibles: déclarations ONSS, allocations sociales, revenus d'insertion sociale,..., et ce chaque trimestre. Dès lors qu'un ménage se trouve en dessous des plafonds, la Banque carrefour transmet l'information à l'organisme assureur qui octroie le statut pour une période d'un an.

Pour renforcer encore l'accessibilité aux soins, nous formulons une proposition supplémentaire, à savoir un système à deux plafonds. En effet, actuellement, le plafond de revenus pour avoir droit au statut OMNIO est relativement bas. Il en résulte par exemple qu'une personne, au chômage cherchant activement du travail et trouvant tout au plus quelques mois d'intérim, se voit pénalisée en perdant l'accès à ce statut... et aux droits dérivés, comme par exemple le tarif de 50% pour la SNCB ou pour les TEC, en Wallonie. Il s'agit là d'un véritable piège à l'emploi que nous proposons d'atténuer en créant les systèmes OMNIO et OMNIO plus.

Parallèlement à cette refonte du statut OMNIO, d'autres mesures doivent être prises pour faciliter l'accès aux soins de santé.

De eerste maatregel bestaat erin voor alle verzekerden het terugbetalingspercentage voor de huisartsgeneeskunde te verhogen van 75 naar 85% voor de gewone verzekerden en van 90 naar 95 en 100% voor de mensen met het Omnio- en het Omnio Plus-statuuut.

Het is immers zaak de eerstelijnszorg toegankelijker te maken. Thans geven tal van mensen die in moeilijkheden verkeren er de voorkeur aan naar het ziekenhuis te gaan in plaats van een huisarts te raadplegen, gewoon omdat ze niet over voldoende middelen beschikken. Bij de arts moet het consult worden betaald, terwijl de ziekenhuisfactuur later wordt opgestuurd. Dat brengt nutteloze uitgaven met zich voor bijkomende onderzoeken en ziekenhuisopnames, hetgeen kosten veroorzaakt voor de ziekteverzekering én voor de patiënt, die met nog meer schulden opgezadeld raakt. Dat verschijnsel werd bevestigd door een recent onderzoek van de Christelijke Mutualiteit over de ongelijkheden inzake gezondheid: de mensen die tot de laagste sociaal-economische klasse behoren, hebben de slechtste gezondheidstoestand; ze raadplegen minder snel de huisarts, maar worden vaker opgenomen in het ziekenhuis.

Om het stelsel te vervolledigen, moet de derdebetalersregeling voor ambulante zorg absoluut worden gewijzigd. Die regeling is thans immers verboden, behalve in bepaalde omstandigheden. Opdat de huisarts die regeling mag toepassen, moet aan tal van voorwaarden zijn voldaan en moeten veel administratieve stappen worden genomen. In geval van toepassing van de derdebetalersregeling verliest de arts bovendien het remgeld, behalve als de patiënt het hem rechtstreeks kan betalen, wat zelden het geval is. Een en ander brengt met zich dat weinig artsen ermee instemmen de derdebetalersregeling toe te passen; die situatie dreigt de komende jaren te verergeren als gevolg van de daling van het aantal huisartsen, die dus almaar minder tijd zullen hebben voor administratieve taken. Dat is een van de redenen voor de zwakste sociale klassen om de eerstelijnszorg de rug toe te keren.

Krachtens artikel 53 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt de Koning voor welke prestaties de derdebetalersregeling toegestaan, verplicht of verboden is. Het koninklijk besluit van 10 oktober 1986¹ preciseert dat de derdebetalersregeling verboden is voor de bezoeken aan en de raadplegingen van artsen, behalve uitzonderingen. Wij stellen voor in de wet zelf te voorzien in een uitzondering

¹ Koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, § 1, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

La première consiste en l'augmentation du taux de remboursement pour la médecine générale, pour l'ensemble des assurés: de 75 à 85% pour les assurés ordinaires et de 90 à 95 et 100% pour les personnes relevant respectivement du statut OMNIO et OMNIO plus.

Il importe en effet de rendre les soins de première ligne plus accessibles. Actuellement, nombre de personnes en situation de précarité préfèrent se rendre à l'hôpital plutôt que chez le généraliste, simplement par ce qu'ils n'ont pas de liquidités disponibles. Chez le médecin, il faut payer sa consultation tandis que, à l'hôpital, la facture est envoyée plus tard. Ceci a pour effet d'induire des dépenses inutiles en termes d'exams complémentaires et d'hospitalisations, ce qui a un coût pour l'assurance maladie comme pour le patient. Et celui-ci s'endette encore plus. Ce phénomène a été confirmé par une étude récente de la Mutualité chrétienne sur les inégalités de santé: la classe socio-économique la plus basse a la plus mauvaise santé, se rend moins vite chez le généraliste mais subit plus d'hospitalisations.

Enfin, pour compléter le dispositif, il faut impérativement modifier le système du tiers payant en ambulatoire. Celui-ci est, en effet, interdit actuellement, sauf dans certaines conditions. Pour que le médecin généraliste puisse l'appliquer, il y a de nombreuses conditions à remplir, et de formalités administratives à réaliser. De plus, en cas d'application du tiers payant, le médecin perd le ticket modérateur, sauf s'il arrive à en obtenir un paiement direct du patient, ce qui est rarement le cas. Il en résulte que peu de généralistes acceptent de pratiquer le tiers payant; cette situation risque de s'aggraver dans les années à venir, en raison de la diminution du nombre de généralistes qui auront de moins en moins de temps à consacrer à des tâches administratives. C'est un des éléments qui explique que les classes sociales les plus fragiles se détournent des soins de première ligne.

L'article 53 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit actuellement que le Roi détermine les prestations pour lesquelles le tiers payant est autorisé, obligatoire ou interdit. L'arrêté royal du 10 octobre 1986¹ précise que le tiers payant est interdit pour les visites et consultations de médecins, sauf exceptions. Nous proposons de prévoir une exception à cette règle, dans la loi même, pour autoriser l'application du tiers payant

¹ Arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

op die regel, teneinde de toepassing van de derdebetalersregeling toe te staan voor de bezoeken aan en de raadplegingen van huisartsen buiten het ziekenhuis.

Om eventuele misbruiken te voorkomen, is het onontbeerlijk te voorzien in een systeem van medeonder-tekening van het getuigschrift voor verstrekte hulp door de patiënt die werd verzorgd. Opdat de hele regeling doeltreffend zou zijn, zou ze moeten worden aangevuld door de oprichting, onder een of andere vorm, van een tarifieringsdienst, die de artsen administratieve taken uit handen zou nemen die de toepassing van de derdebetalersregeling verhinderen.

Zodoende brengen wij een regeling tot stand die het voor de mensen met een laag inkomen financieel mogelijk maakt zo gemakkelijk mogelijk toegang te hebben tot de eerstelijnszorg, zonder daarbij de arts te bestraffen door hem een financieel verlies te doen lijden of hem administratieve rompslomp op te leggen.

Op budgettair vlak zou een en ander niet noodzakelijk kosten met zich brengen op termijn; integendeel, de bijsturingen kunnen zelfs voor besparingen zorgen. Uit het recente onderzoek van het Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg over het systeem van de forfaitaire financiering waarvan de gezondheidscentra gebruik maken, blijkt immers overduidelijk dat de in het kader van die regeling verzorgde patiënten iets meer kosten aan eerstelijnszorg maar dat ze, over het geheel genomen, minder duur zijn voor de verzekering omdat ze in mindere mate een beroep doen op de gespecialiseerde zorg en/of de ziekenhuiszorg. In de financieringsregeling van de gezondheidscentra is de huisartsgeneeskundige zorg echter niet betalend, waardoor ze bijzonder toegankelijk is voor mensen die het financieel moeilijk hebben.

Er mag dus redelijkerwijs van worden uitgegaan dat, mocht de financiële toegankelijkheid in de algemene regeling worden versterkt, vaker gebruik zou worden gemaakt van de eerstelijnszorg, en ook dat de algemene kosten niet zouden stijgen, maar dat ze zelfs zouden kunnen afnemen.

pour les visites et consultations de généralistes en dehors de l'hôpital.

Afin d'éviter d'éventuels abus, il est indispensable de prévoir un système de contre-signature de l'attestation de soins par le patient qui a bénéficié de la prestation. Pour que l'ensemble du dispositif soit efficace, il conviendrait de le compléter par la mise sur pied, d'une manière ou d'une autre, d'un office de tarification, qui libérerait les médecins de tâches administratives entravant l'application du tiers payant.

Ce faisant, nous mettons en place un dispositif qui permet aux personnes à faibles revenus d'accéder le plus facilement possible, financièrement parlant, aux soins de première ligne, tout en ne pénalisant pas le médecin par des pertes financières et de la surcharge administrative.

Sur un plan budgétaire, l'opération n'aura pas nécessairement un coût à terme; elle pourrait même générer des économies. La récente étude réalisée par le Centre d'expertise des soins de santé, sur le système de financement forfaitaire utilisé par les maisons médicales, montre de manière très claire que les patients qui sont soignés dans le cadre de ce système coûtent un peu plus cher au niveau de la première ligne mais coûtent moins cher, globalement, pour l'assurance, en raison d'un moindre recours aux soins spécialisés et/ou hospitaliers. Or, dans le système de financement des maisons médicales, les soins de médecine générale ne sont pas payants, ce qui les rendent particulièrement accessibles pour les personnes précarisées.

On peut donc raisonnablement formuler l'hypothèse que, si l'accessibilité financière se voyait renforcée dans le système général, la première ligne serait plus utilisée et que les coûts globaux ne seraient pas augmentés, voire qu'ils pourraient même être diminués.

COMMENTAAR BIJ DE ARTIKELEN

Art. 2, 1°

Dit artikel strekt ertoe de huidige WIGW-, RVV- en Omnio-statuten te vervangen door een enkel statuut, dat gebaseerd is op het gezinsinkomen. Er wordt voorzien in twee inkomensgrensbedragen, die recht geven op verschillende terugbetalingen. De grensbedragen, alsook het in aanmerking te nemen inkomen, worden vastgesteld bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad.

Op grond van de huidige ervaring zou een alleenstaande met een jaarinkomen van minder dan 16.000 euro toegang krijgen tot het eerste statuut, wie minder dan 13.000 euro verdient, zou in aanmerking komen voor het tweede statuut.

De Kruispuntbank van de sociale zekerheid wordt ermee belast elk kwartaal de inkomensgegevens voor alle verzekerden samen te brengen en aan de verzekeringsinstellingen de naam mee te delen van de mensen met een gezinsinkomen onder de vastgestelde grensbedragen. De verzekeringsinstelling verleent de rechthebbenden dan automatisch het statuut en brengt hen ervan op de hoogte.

In dit artikel worden ook de preferentiële terugbetalingstarieven voor de rechthebbenden gepreciseerd. Voorts wordt inzake huisbezoeken en raadplegingen van huisartsen voor alle verzekerden een verhoogd tarief toegepast: 85% voor de gewone verzekerden, 95% voor de Omnio-gerechtigden en 100% voor de categorie Omnio Plus.

Tot slot wordt, zoals in de vigerende tekst, gepreciseerd wat moet worden verstaan onder het begrip «gezin».

Art. 2, 2°

Met dit artikel wordt artikel 37, § 19, van de voornoemde wet van 14 juli 1994 weggelaten. Die paragraaf heeft immers geen reden van bestaan meer, aangezien hij het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming instelt voor bepaalde categorieën van verzekerden die niet onder de toepassing van het WIGW-statuuut vielen. Die verzekerden zullen krachtens dit wetsvoorstel onder de toepassing van het Omnio-statuuut vallen.

COMMENTAIRES DES ARTICLES

Art. 2, 1°

Cet article vise à remplacer les actuels statuts VIPO, BIM et OMNIO par un seul statut OMNIO, basé sur les revenus du ménage. Deux plafonds de revenus sont prévus, donnant droit à des remboursements différenciés. Les montants des plafonds, de même que les revenus à prendre en considération, sont fixés par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres.

On peut imaginer, sur la base de l'expérience actuelle, qu'un isolé ait accès au premier statut en dessous de 16.000 euros de revenus annuels et au second en dessous de 13.000 euros.

C'est la Banque carrefour qui est chargée de collecter, chaque trimestre, les données de revenus pour l'ensemble des assurés et de communiquer aux organismes assureurs le nom des personnes dont les revenus du ménage sont inférieurs aux plafonds fixés. L'organisme assureur octroie alors automatiquement le statut aux ayants droit et les en informe.

Cet article précise également les taux de remboursement préférentiels pour les ayants droit; il précise encore que, en ce qui concerne les visites à domicile et les consultations de médecins généralistes, un taux majoré est appliqué pour l'ensemble des assurés: 85% pour les assurés ordinaires, 95% pour les OMNIO et 100% pour les OMNIO plus.

Il précise enfin ce qu'il y a lieu d'entendre par la notion de «ménage», comme le faisait l'ancien texte de loi.

Art. 2, 2°

Cet article supprime le § 19 de l'article 37 de la loi du 14 juillet 1994 précitée: celui-ci n'a plus sa raison d'être, puisqu'il instituait le droit à l'intervention majorée pour certaines catégories d'assurés n'ayant pas la qualité VIPO et que ceux-ci bénéficieraient, en vertu de la présente proposition de loi, du statut OMNIO.

Art. 3

Krachtens artikel 53 van de vigerende wet bepaalt de Koning wanneer de derdebetalersregeling verboden is, wordt toegestaan of verplicht is. In het koninklijk besluit dat toepassing geeft aan dit artikel², wordt behoudens uitzonderingen de praktijk van de derde betaler verboden voor de bezoeken en raadplegingen van artsen in de ambulante zorg. Met die wijziging staat de wet de derdebetalersregeling toe voor de bezoeken en raadplegingen van huisartsen buiten het ziekenhuis.

² Zie voetnoot nr. 1.

Art. 3

La loi actuelle prévoit, en son article 53, que le Roi détermine quand le tiers payant est interdit, autorisé ou obligatoire. L'arrêté royal d'application de cet article² interdit, sauf exceptions, la pratique du tiers payant pour les visites et consultations de médecins en ambulatoire. La présente modification introduit dans la loi l'autorisation de la pratique du tiers payant pour les visites et consultations de généralistes en dehors de l'hôpital.

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Georges GILKINET (Ecolo-Groen!)
Zoé GENOT (Ecolo-Groen!)

² Voir note de bas de page n° 1.

WETSVOORSTEL

Artikel 1.

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

Art. 2.

In artikel 37 van de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1. in § 1, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 16 april 1997 en bij de wetten van 2 augustus 2002, 27 december 2006, 26 maart 2007 en 21 december 2007, worden het tweede en het derde lid vervangen door de volgende leden, luidende:

«De rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuu, alsook de personen die van hun gezin deel uitmaken, genieten evenwel een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De Koning preciseert bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de inkomensvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn om aanspraak te maken op het Omnio- en Omnio Plus-statuu, alsmede de voorwaarden waaronder het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming ingaat, wordt behouden of wordt ingetrokken. Ieder kwartaal bepaalt de Kruispuntbank van de sociale zekerheid de inkomsten van het gezin van elke verzekerde. Vervolgens bezorgt zij aan elke verzekeringsinstelling de lijst van de verzekerden wier gezinsinkomen lager ligt dan de door de Koning bepaalde inkomens. De verzekeringsinstelling verleent voor de duur van één jaar het Omnio- en Omnio Plus-statuu aan de aangeslotenen die daartoe aan de nodige voorwaarden voldoen, met name uiterlijk op de eerste dag van de maand volgend op die waarin de Kruispuntbank de informatie heeft ontvangen.

Voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, 7°bis, 7°ter en 7°quater bedoelde verzorging wordt de verzekeringstegemoetkoming voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuu vastgesteld op respectievelijk 90 pct. en 95 pct. van de hen betreffende tarieven, behalve indien het gaat om een raadpleging van de artsenspecialisten, waarbij de verzekeringstegemoetkoming respectievelijk 85 pct. en 90 pct. van de hen betreffende tarieven bedraagt. Bij de raadplegingen en bezoeken van de huisartsen ligt de verzekeringstegemoetkoming vast op 85 pct. voor de gewone verzekerden, en respectievelijk op 95 pct. en 100 pct. voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuu.

PROPOSITION DE LOI

Article 1^{er}.

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

Art. 2.

À l'article 37 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 sont apportées les modifications suivantes:

1. au § 1^{er}, modifié par l'arrêté royal du 16 avril 1997 et par les lois du 2 août 2002, du 27 décembre 2006, du 26 mars 2007 et du 21 décembre 2007, les alinéas deux et trois sont remplacés par les alinéas suivants:

«Toutefois, les personnes bénéficiant du statut OMNIO et OMNIO plus, ainsi que les personnes faisant partie de leur ménage, bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance. Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi précise les conditions de revenus à satisfaire pour bénéficier du statut OMNIO et OMNIO plus, ainsi que les conditions dans lesquelles le droit à l'intervention majorée de l'assurance est ouvert, maintenu ou retiré. La Banque carrefour de la sécurité sociale détermine, chaque trimestre, les revenus du ménage de chaque assuré. Elle transmet ensuite à chaque organisme assureur la liste des assurés dont le revenu du ménage est inférieur à ceux fixés par le Roi. L'organisme assureur octroie le statut Omnio ou Omnio plus aux affiliés qui en remplissent les conditions, au plus tard le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de l'information de la Banque carrefour et pour une durée d'un an.

Pour les soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, 7°bis, 7°ter et 7°quater, l'intervention de l'assurance est fixée, pour les bénéficiaires des statuts OMNIO et OMNIO plus, respectivement à 90 et 95 p.c. des tarifs qui les concernent, sauf en ce qui concerne la consultation des médecins-spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est respectivement de 85 p.c. et 90 p.c. des tarifs qui les concernent. En ce qui concerne les consultations et visites de médecins généralistes, l'intervention de l'assurance est fixée à 85 p.c. pour les assurés ordinaires et, respectivement, à 95 et 100 p.c. pour les bénéficiaires du statut OMNIO et OMNIO plus.

Een 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 op 1 januari van het jaar waarvoor de toekenning van het Omnio- en Omnio Plus-statuuat wordt onderzocht. De Koning kan onder de door Hem bepaalde voorwaarden de samenstelling van het gezin wijzigen voor de personen die in een gemeenschap leven of die zich door hun gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden.».

2. paragraaf 19 wordt opgeheven.

Art. 3.

In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 26 juni 2000, 14 januari 2002, 27 december 2004 en 27 december 2005, wordt het negende lid vervangen als volgt:

«De derdebetalersregeling is toegestaan voor de buiten een ziekenhuis verrichte bezoeken en raadplegingen van huisartsen. Voor de andere prestaties stelt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad 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.».

Art. 4.

Deze wet treedt uiterlijk in werking op de eerste dag van de zevende maand volgend op die waarin ze in het *Belgisch Staatsblad* werd bekendgemaakt.

14 oktober 2008

Un ménage est constitué soit par une personne vivant habituellement seule soit par deux ou plusieurs personnes qui occupent habituellement un même logement et y vivent en commun. La composition du ménage est déterminée en fonction des données contenues au Registre national des personnes physiques au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle l'octroi du statut OMNIO et OMNIO plus est examiné. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, modifier la composition du ménage pour les personnes vivant dans une communauté ou se trouvant dans une situation de dépendance, en raison de leur état de santé.»;

2. le § 19 est abrogé.

Art. 3.

À l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois du 22 février 1998, du 25 janvier 1999, du 24 décembre 1999, du 26 juin 2000, du 14 janvier 2002, du 27 décembre 2004 et du 27 décembre 2005, l'alinéa 9 est remplacé par la disposition suivante:

«Le régime du tiers payant est autorisé pour les visites et consultations de médecins généralistes effectuées en dehors d'un hôpital. Pour les autres prestations, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.»

Art. 4.

La présente loi entre en vigueur au plus tard le premier jour du septième mois qui suit celui au cours duquel elle aura été publiée au *Moniteur belge*.

14 octobre 2008

Muriel GERKENS (Ecolo-Groen!)
Georges GILKINET (Ecolo-Groen!)
Zoé GENOT (Ecolo-Groen!)

BASISTEKST

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

§ 1. Voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, 7°bis, 7°ter en 7°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.

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

De rechthebbenden van het statuut OMNIO genieten dezelfde verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De gezinnen met bescheiden inkomens genieten dat statuut. De Koning bepaalt bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad wat moet worden verstaan onder «bescheiden inkomens» alsook de voorwaarden voor de opening, het behoud en de intrekking van het statuut OMNIO. Bij de vaststelling van deze voorwaarden wordt inzonderheid rekening gehouden met een

BASISTEKST AANGEPAST AAN HET VOORSTEL

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

§ 1. Voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, 7°bis, 7°ter en 7°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.

De rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuut, alsook de personen die van hun gezin deel uitmaken, genieten evenwel een verhoogde verzekeringstegemoetkoming. De Koning preciseert bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad de inkomensvoorwaarden waaraan voldaan moet zijn om aanspraak te maken op het Omnio- en Omnio Plus-statuut, alsmede de voorwaarden waaronder het recht op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming ingaat, wordt behouden of wordt ingetrokken. Ieder kwartaal bepaalt de Kruispuntbank van de sociale zekerheid de inkomens van het gezin van elke verzekerde. Vervolgens bezorgt zij aan elke verzekeringsinstelling de lijst van de verzekerden wier gezinsinkomen lager ligt dan de door de Koning bepaalde inkomens. De verzekeringsinstelling verleent voor de duur van één jaar het Omnio- en Omnio Plus-statuut aan de aangeslotenen die daartoe aan de nodige voorwaarden voldoen, met name uiterlijk op de eerste dag van de maand volgend op die waarin de Kruispuntbank de informatie heeft ontvangen.

Voor de in artikel 34, eerste lid, 1°, 7°bis, 7°ter en 7°quater bedoelde verzorging wordt de verzekeringstegemoetkoming voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuut vastgesteld op respectievelijk 90 pct. en 95 pct. van de hen betreffende tarieven, behalve indien het gaat om een raadpleging van de artsen-specialisten, waarbij de verzekeringstegemoetkoming respectievelijk 85 pct. en 90 pct. van de hen betreffende tarieven bedraagt. Bij de raadplegingen en bezoeken van de huisartsen ligt de verzekeringstegemoetkoming vast op 85 pct.

TEXTE DE BASE

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994

Art. 37

§ 1^{er}. Pour les soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, 7^o bis, 7^o ter et 7^o quater, l'intervention de l'assurance est fixée à 75% des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés à l'article 44, §§ 1^{er} et 2, des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}.

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

Les bénéficiaires du statut OMNIO bénéficient de la même intervention majorée de l'assurance. Bénéficient de ce statut les ménages qui disposent de revenus modestes. Le Roi définit, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, ce qu'il faut entendre par «revenus modestes» ainsi que les conditions d'ouverture, de maintien et de retrait du statut OMNIO. Lors de la fixation de ces conditions, il est notamment tenu compte d'une durée de six mois pendant laquelle le ménage susvisé a

TEXTE DE BASE ADAPTÉ À LA PROPOSITION

Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994

Art. 37

§ 1^{er}. Pour les soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, 7^o bis, 7^o ter et 7^o quater, l'intervention de l'assurance est fixée à 75% des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés à l'article 44, §§ 1^{er} et 2, des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}.

Toutefois les personnes bénéficiant du statut OMNIO et OMNIO plus, ainsi que les personnes faisant partie de leur ménage, bénéficient d'une intervention majorée de l'assurance. Par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le Roi précise les conditions de revenus à satisfaire pour bénéficier du statut OMNIO et OMNIO plus, ainsi que les conditions dans lesquelles le droit à l'intervention majorée de l'assurance est ouvert, maintenu ou retiré. La Banque carrefour de la sécurité sociale détermine, chaque trimestre, les revenus du ménage de chaque assuré. Elle transmet ensuite à chaque organisme assureur la liste des assurés dont le revenu du ménage est inférieur à ceux fixés par le Roi. L'organisme assureur octroie le statut OMNIO ou OMNIO plus aux affiliés qui en remplissent les conditions, au plus tard le 1^{er} jour du mois qui suit la réception de l'information de la Banque carrefour et pour une durée d'un an.

Pour les soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, 7^o bis, 7^o ter et 7^o quater, l'intervention de l'assurance est fixée, pour les bénéficiaires des statuts OMNIO et OMNIO plus, respectivement à 90 et 95 p.c. des tarifs qui les concernent, sauf en ce qui concerne la consultation des médecins-spécialistes pour laquelle l'intervention de l'assurance est respectivement de 85 p.c. et 90 p.c. des tarifs qui les concernent. En ce qui concerne les consultations et visites de médecins généralistes, l'intervention de l'assurance est fixée à 85 p.c. pour les assurés ordinaires et,

tijdsduur van zes maanden gedurende welke het voormelde gezin bescheiden inkomsten heeft genoten. Het 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 op 1 januari van het jaar waarvoor de toekenning van het statuut OMNIO wordt onderzocht. De Koning kan onder de door Hem bepaalde voorwaarden de samenstelling van het gezin wijzigen voor de personen die in een gemeenschap leven of die zich door hun gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden. De minister stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de nadere regelen vast volgens welke de rechthebbenden aantonen dat zij aan de hiervoor bedoelde voorwaarden voldoen. Voor het onderzoek van de aanvraag van het statuut OMNIO, kunnen de verzekeringsinstellingen alle noodzakelijke gegevens gebruiken die in hun bezit zijn met het oog op de toekenning van rechten inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, onverminderd het artikel 37*duodecies*, § 4.

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-, kinesithérapie-, 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 het tweede en derde lid en in paragraaf 19 bedoelde rechthebbenden op 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 85% gebracht voor de forfaitaire honoraria, de forfaits B en C genoemd,

voor de gewone verzekerden, en respectievelijk op 95 pct. en 100 pct. voor de rechthebbenden van het Omnio- en Omnio Plus-statuuut.

Een 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 op 1 januari van het jaar waarvoor de toekenning van het Omnio- en Omnio Plus-statuuut wordt onderzocht. De Koning kan onder de door Hem bepaalde voorwaarden de samenstelling van het gezin wijzigen voor de personen die in een gemeenschap leven of die zich door hun gezondheidstoestand in een afhankelijkheidssituatie bevinden.

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-, kinesithérapie-, 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 het tweede en derde lid en in paragraaf 19 bedoelde rechthebbenden op 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 85% gebracht voor de forfaitaire honoraria, de forfaits B en C genoemd,

bénéficié de revenus modestes. Le ménage est constitué soit par une personne vivant habituellement seule, soit par deux ou plusieurs personnes qui occupent habituellement un même logement et y vivent en commun. La composition du ménage est déterminée en fonction des données contenues au Registre national des personnes physiques au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle l'octroi du statut OMNIO est examiné. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, modifier la composition du ménage pour les personnes vivant dans une communauté ou se trouvant dans une situation de dépendance en raison de leur état de santé. Le ministre, après avis du Comité de l'assurance, fixe les modalités selon lesquelles il est établi que les bénéficiaires remplissent les conditions susvisées. Lors de l'examen de la demande de bénéfice du statut OMNIO, les organismes assureurs peuvent utiliser toutes les données nécessaires qui sont en leur possession en vue de l'octroi de droits en matière d'assurance obligatoire soins de santé, sans préjudice de l'article 37^{duodecies}, § 4.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, sur proposition ou après avis du Comité de l'assurance, supprimer l'intervention du bénéficiaire ou limiter celle-ci à un montant fixé par Lui; ce montant ne peut être supérieur à 25% du coût de la prestation ou d'un groupe de prestations, tel qu'il résulte de la convention ou de l'accord.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, augmenter l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des prestations de logopédie, de kinésithérapie, de physiothérapie, de podologie et de diététique, comme ces prestations sont énumérées dans la nomenclature des prestations de soins de santé, visée à l'article 35, § 1^{er}, quelle que soit la qualification du dispensateur de soins. Cette intervention personnelle ne peut cependant être supérieure à 40% du coût fixé. Toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés aux alinéas 2 et 3 et au paragraphe 19, cette intervention personnelle ne peut pas être supérieure à 20% des tarifs qui les concernent.

Le Roi peut pour une même prestation fixer une intervention personnelle différente selon que le dispensateur de soins répond ou non aux conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues à l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2.

L'intervention de l'assurance fixée dans l'alinéa 1^{er} à 75% est portée à 85% pour les honoraires forfaitaires, dits forfaits B et C, pour les patients dont l'état de

respectivement, à 95 et 100 p.c. pour les bénéficiaires du statut OMNIO et OMNIO plus.

Un ménage est constitué soit par une personne vivant habituellement seule soit par deux ou plusieurs personnes qui occupent habituellement un même logement et y vivent en commun. La composition du ménage est déterminée en fonction des données contenues au Registre national des personnes physiques au 1^{er} janvier de l'année pour laquelle l'octroi du statut OMNIO et OMNIO plus est examiné. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, modifier la composition du ménage pour les personnes vivant dans une communauté ou se trouvant dans une situation de dépendance, en raison de leur état de santé.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, sur proposition ou après avis du Comité de l'assurance, supprimer l'intervention du bénéficiaire ou limiter celle-ci à un montant fixé par Lui; ce montant ne peut être supérieur à 25% du coût de la prestation ou d'un groupe de prestations, tel qu'il résulte de la convention ou de l'accord.

Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, augmenter l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des prestations de logopédie, de kinésithérapie, de physiothérapie, de podologie et de diététique, comme ces prestations sont énumérées dans la nomenclature des prestations de soins de santé, visée à l'article 35, § 1^{er}, quelle que soit la qualification du dispensateur de soins. Cette intervention personnelle ne peut cependant être supérieure à 40% du coût fixé. Toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés aux alinéas 2 et 3 et au paragraphe 19, cette intervention personnelle ne peut pas être supérieure à 20% des tarifs qui les concernent.

Le Roi peut pour une même prestation fixer une intervention personnelle différente selon que le dispensateur de soins répond ou non aux conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues à l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2.

L'intervention de l'assurance fixée dans l'alinéa 1^{er} à 75% est portée à 85% pour les honoraires forfaitaires, dits forfaits B et C, pour les patients dont l'état de

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.

§ 2. Een gedeelte van de kostprijs van de in artikel 34, 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 verzekeringsteegoetkoming.

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

§ 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 35*bis* 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 35*bis*, kan van rechtswege door de minister worden aangepast om rekening te houden met

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.

§ 2. Een gedeelte van de kostprijs van de in artikel 34, 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 verzekeringsteegoetkoming.

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

§ 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 35*bis* 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 35*bis*, kan van rechtswege door de minister worden aangepast om rekening te houden met

dépendance répond aux critères fixés à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 susvisé.

§ 2. Une partie du coût des prestations visées à l'article 34, 5°, peut être laissée à charge du bénéficiaire dans les conditions déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

[...]

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles l'intervention personnelle peut être supprimée ou réduite lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés au § 1^{er}, alinéas 2 et 3 et au § 19.

Dans les limites des conditions ainsi fixées par le Roi, le ministre peut de plein droit adapter la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en ce qui concerne le montant de l'intervention personnelle.

§ 3. Pour les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, b), c), d) et e), qui sont dispensés aux bénéficiaires qui sont pris en charge dans des catégories d'hôpitaux qu'il définit, le Roi peut prévoir des règles spécifiques relatives à l'intervention de l'assurance soins de santé et à l'intervention personnelle des bénéficiaires. Le champ d'application de ce paragraphe peut, à une date à déterminer par le Roi, être étendu à tous les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, b), c), d) et e), qui sont délivrés dans une officine hospitalière.

Cette intervention personnelle peut consister en un montant fixe par journée d'hospitalisation, à charge de tous les bénéficiaires pris en charge dans un hôpital, pour l'ensemble des médicaments visés à l'alinéa précédent qui y sont dispensés. L'intervention personnelle des bénéficiaires peut également concerner les médicaments visés à l'alinéa précédent qui ne sont pas repris dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis.

Les médicaments visés à l'alinéa 1^{er} sont remboursés sur base d'un montant forfaitaire à concurrence d'un pourcentage à fixer par le Roi, à l'exception des médicaments visés à l'alinéa 1^{er} qui sont repris sur une liste qui est établie par le ministre selon les modalités définies par le Roi. La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis peut être adaptée de plein droit par le ministre en vue de tenir compte des exceptions reprises sur la liste susmentionnée des

dépendance répond aux critères fixés à l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 susvisé.

§ 2. Une partie du coût des prestations visées à l'article 34, 5°, peut être laissée à charge du bénéficiaire dans les conditions déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

[...]

Le Roi détermine les conditions dans lesquelles l'intervention personnelle peut être supprimée ou réduite lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visés au § 1^{er}, alinéas 2 et 3 et au § 19.

Dans les limites des conditions ainsi fixées par le Roi, le ministre peut de plein droit adapter la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables en ce qui concerne le montant de l'intervention personnelle.

§ 3. Pour les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, b), c), d) et e), qui sont dispensés aux bénéficiaires qui sont pris en charge dans des catégories d'hôpitaux qu'il définit, le Roi peut prévoir des règles spécifiques relatives à l'intervention de l'assurance soins de santé et à l'intervention personnelle des bénéficiaires. Le champ d'application de ce paragraphe peut, à une date à déterminer par le Roi, être étendu à tous les médicaments visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, b), c), d) et e), qui sont délivrés dans une officine hospitalière.

Cette intervention personnelle peut consister en un montant fixe par journée d'hospitalisation, à charge de tous les bénéficiaires pris en charge dans un hôpital, pour l'ensemble des médicaments visés à l'alinéa précédent qui y sont dispensés. L'intervention personnelle des bénéficiaires peut également concerner les médicaments visés à l'alinéa précédent qui ne sont pas repris dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis.

Les médicaments visés à l'alinéa 1^{er} sont remboursés sur base d'un montant forfaitaire à concurrence d'un pourcentage à fixer par le Roi, à l'exception des médicaments visés à l'alinéa 1^{er} qui sont repris sur une liste qui est établie par le ministre selon les modalités définies par le Roi. La liste des spécialités pharmaceutiques remboursables visée à l'article 35bis peut être adaptée de plein droit par le ministre en vue de tenir compte des exceptions reprises sur la liste susmentionnée des

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.

[...]

De Koning omschrijft de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde verstrekkingen en de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van deze verstrekkingen. Hij stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor deze verstrekkingen.

§ 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 producten.

§ 5. Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 2°, 3° en 4°, 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.]

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.

[...]

De Koning omschrijft de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde verstrekkingen en de voorwaarden waaronder de verzekering voor geneeskundige verzorging tegemoetkomt in de kosten van deze verstrekkingen. Hij stelt de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging vast voor deze verstrekkingen.

§ 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 producten.

§ 5. Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 2°, 3° en 4°, 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.]

médicaments qui ne sont pas remboursés sur la base d'un montant forfaitaire.

Le budget global des montants forfaitaires est établi annuellement par le Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, et est divisé suivant les règles déterminées par le Roi. Le Comité de l'assurance est chargé du suivi des contentieux, selon la procédure fixée par le Roi.

Les hôpitaux ne peuvent, pour les coûts des médicaments précités, porter en compte d'autres montants à charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle telle qu'elle est fixée par le Roi.

[...]

Le Roi définit les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, d), et les conditions sous lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le coût de ces prestations. Il fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour ces prestations.

§ 4. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, prévoir une intervention personnelle uniforme, soit pour tous les bénéficiaires, soit pour des catégories de bénéficiaires, dans le coût des produits pharmaceutiques.

§ 5. Pour les prestations visées à l'article 34, 2°, 3° et 4°, lorsqu'elles sont accomplies par des médecins-spécialistes, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des honoraires et des prix fixés par les conventions ou par les accords visés aux articles 42 et 50 ou par le document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2°, ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}.

Toutefois, le Roi peut prévoir une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations visées à l'article 34, 3° et 4°. Pour les prestations visées à l'article 34, 3°, le Roi peut encore prévoir, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, en plus de cette intervention personnelle, une intervention forfaitaire par admission, à charge de chaque bénéficiaire séjournant dans un hôpital, et ce indépendamment de l'exécution ou non d'une de ces prestations au cours de l'hospitalisation.

médicaments qui ne sont pas remboursés sur la base d'un montant forfaitaire.

Le budget global des montants forfaitaires est établi annuellement par le Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, et est divisé suivant les règles déterminées par le Roi. Le Comité de l'assurance est chargé du suivi des contentieux, selon la procédure fixée par le Roi.

Les hôpitaux ne peuvent, pour les coûts des médicaments précités, porter en compte d'autres montants à charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle telle qu'elle est fixée par le Roi.

[...]

Le Roi définit les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, d), et les conditions sous lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans le coût de ces prestations. Il fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour ces prestations.

§ 4. Le Roi peut, dans les conditions qu'il détermine, prévoir une intervention personnelle uniforme, soit pour tous les bénéficiaires, soit pour des catégories de bénéficiaires, dans le coût des produits pharmaceutiques.

§ 5. Pour les prestations visées à l'article 34, 2°, 3° et 4°, lorsqu'elles sont accomplies par des médecins-spécialistes, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des honoraires et des prix fixés par les conventions ou par les accords visés aux articles 42 et 50 ou par le document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2°, ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}.

Toutefois, le Roi peut prévoir une intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût de certaines prestations visées à l'article 34, 3° et 4°. Pour les prestations visées à l'article 34, 3°, le Roi peut encore prévoir, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, en plus de cette intervention personnelle, une intervention forfaitaire par admission, à charge de chaque bénéficiaire séjournant dans un hôpital, et ce indépendamment de l'exécution ou non d'une de ces prestations au cours de l'hospitalisation.

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% 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 de in artikel 170 bedoelde sancties moeten naleven voor de in artikel 34, 7°, bedoelde verstrekkingen, die niet mogen 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 op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987. 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

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% 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 de in artikel 170 bedoelde sancties moeten naleven voor de in artikel 34, 7°, bedoelde verstrekkingen, die niet mogen 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 op de ziekenhuizen gecoördineerd op 7 augustus 1987. 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

Cette intervention personnelle peut être différente pour une même prestation selon que le dispensateur de soins répond ou ne répond pas aux conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues à l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2.

§ 6. Pour les prestations visées à l'article 34, 7°, 8° et 9°, a), l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des prix et honoraires fixés par les conventions prévues à l'article 22, 6°.

Cette intervention peut être réduite dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant des honoraires que les dispensateurs de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention au sens de l'article 42, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer les sanctions visées à l'article 170 pour les prestations visées à l'article 34, 7°, qui ne sont pas effectuées dans le cadre des conventions visées à l'article 22, 6°. A cet effet, Il peut se référer aux facteurs de multiplication fixés dans les conventions visées à l'article 42 et qui s'appliquent aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1^{er}. Il détermine également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les prix et honoraires de ces prestations.

§ 7. Pour les prestations visées à l'article 34, 6°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Dans les autres cas, elle est fixée par le ministre.

Cette intervention peut être réduite, dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 8. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 15°, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 9. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 17°, qu'il détermine, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 10. Les frais de déplacement visés à l'article 44, § 2, et ceux prévus par les accords visés à l'article 50 sont remboursés à concurrence de 75% par l'assurance

Cette intervention personnelle peut être différente pour une même prestation selon que le dispensateur de soins répond ou ne répond pas aux conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues à l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2.

§ 6. Pour les prestations visées à l'article 34, 7°, 8° et 9°, a), l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des prix et honoraires fixés par les conventions prévues à l'article 22, 6°.

Cette intervention peut être réduite dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant des honoraires que les dispensateurs de soins, pour lesquels il n'existe pas de convention au sens de l'article 42, sont tenus de respecter, sous peine de se voir appliquer les sanctions visées à l'article 170 pour les prestations visées à l'article 34, 7°, qui ne sont pas effectuées dans le cadre des conventions visées à l'article 22, 6°. A cet effet, Il peut se référer aux facteurs de multiplication fixés dans les conventions visées à l'article 42 et qui s'appliquent aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1^{er}. Il détermine également, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les prix et honoraires de ces prestations.

§ 7. Pour les prestations visées à l'article 34, 6°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Dans les autres cas, elle est fixée par le Ministre.

Cette intervention peut être réduite, dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 8. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 15°, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 9. Le Roi fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 17°, qu'il détermine, ainsi que les conditions d'intervention.

§ 10. es frais de déplacement visés à l'article 44, § 2, et ceux prévus par les accords visés à l'article 50 sont remboursés à concurrence de 75% par l'assurance

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 thuispatient 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 het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen [alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming.

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

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 thuispatient 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 het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming vast voor de in artikel 34, 11°, 12° en 13°, bedoelde verstrekkingen [alsmede de voorwaarden voor die tegemoetkoming.

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

soins de santé lorsque le bénéficiaire est soigné à domicile ou lorsque les frais de déplacement résultent du fait qu'un médecin est appelé en consultation par le médecin traitant.

Dans la première hypothèse, les accords ou les conventions peuvent fixer les modalités d'octroi de cette intervention.

Le Roi peut cependant fixer l'intervention dans les frais de déplacement à un montant forfaitaire qui ne peut cependant pas être supérieur à 50% des frais concernés.

Aucune intervention personnelle n'est due par le patient palliatif à domicile au sens de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, dans les frais de déplacement liés aux honoraires forfaitaires, dits forfaits PA, PB, PC et PP.

§ 11. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de voyage visés à l'article 34, 10°, est fixée par le ministre.

Cette intervention peut être réduite, dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 12. Le ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11°, 12° et 13°, ainsi que les conditions de cette intervention.

Les personnes bénéficiant des prestations fournies par les structures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, 12° et 13°, ne peuvent prétendre à une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire sur la base de la nomenclature des prestations de santé prévue à l'article 35 de la présente loi, figurant au paquet de soins déterminé par le Roi en exécution de l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, 12° et 13°, sauf exceptions expressément prévues par le Roi.

§ 13. Le Roi peut, sur la proposition ou après avis de la commission de conventions et après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire, fixer une intervention forfaitaire de l'assurance pour les prestations qu'il détermine et qui sont visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, b), ainsi que pour les coûts spécifiques

soins de santé lorsque le bénéficiaire est soigné à domicile ou lorsque les frais de déplacement résultent du fait qu'un médecin est appelé en consultation par le médecin traitant.

Dans la première hypothèse, les accords ou les conventions peuvent fixer les modalités d'octroi de cette intervention.

Le Roi peut cependant fixer l'intervention dans les frais de déplacement à un montant forfaitaire qui ne peut cependant pas être supérieur à 50% des frais concernés.

Aucune intervention personnelle n'est due par le patient palliatif à domicile au sens de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, dans les frais de déplacement liés aux honoraires forfaitaires, dits forfaits PA, PB, PC et PP.

§ 11. L'intervention de l'assurance soins de santé dans les frais de voyage visés à l'article 34, 10°, est fixée par le ministre.

Cette intervention peut être réduite, dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 12. Le ministre fixe, sur proposition du Comité de l'assurance, l'intervention pour les prestations visées à l'article 34, 11°, 12° et 13°, ainsi que les conditions de cette intervention.

Les personnes bénéficiant des prestations fournies par les structures visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, 12° et 13°, ne peuvent prétendre à une intervention de l'assurance soins de santé obligatoire sur la base de la nomenclature des prestations de santé prévue à l'article 35 de la présente loi, figurant au paquet de soins déterminé par le Roi en exécution de l'article 34, alinéa 1^{er}, 11°, 12° et 13°, sauf exceptions expressément prévues par le Roi.

§ 13. Le Roi peut, sur la proposition ou après avis de la commission de conventions et après avis du Comité de l'assurance et de la Commission de contrôle budgétaire, fixer une intervention forfaitaire de l'assurance pour les prestations qu'il détermine et qui sont visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, b), ainsi que pour les coûts spécifiques

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 op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, 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 viscero-synthesemateriaal bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, 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.

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 op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, 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 viscero-synthesemateriaal bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20°, 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.

des services de soins infirmiers à domicile mentionnés dans cet article, et fixer les conditions d'octroi de ces interventions.

Le Roi peut cependant prévoir que les prestations auxquelles le forfait est applicable, ne sont remboursées par le forfait que pour une partie précisée par Lui.

§ 14. Pour les prestations visées à l'article 34, 18°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et ses arrêtés d'exécution.

Cette intervention peut être diminuée dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 14bis. Le Roi détermine les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 19°, et les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans les coûts de ces prestations. Il fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour ces prestations.

§ 14ter. Pour les prestations visées à l'article 34, 20°, qui ne relèvent pas exclusivement de la compétence des pharmaciens, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100 p.c. des prix prévus par les conventions visées à l'article 42 ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2.

Le Roi peut toutefois fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, une intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût de certaines des prestations mentionnées à l'alinéa précédent.

Le Roi détermine les prestations de matériel endoscopique et de viscérosynthèse visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20°, pour lesquelles l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée par Lui à un pourcentage qui ne peut être inférieur à 10 p.c. des prix prévus par les conventions visées à l'article 42 ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2.

des services de soins infirmiers à domicile mentionnés dans cet article, et fixer les conditions d'octroi de ces interventions.

Le Roi peut cependant prévoir que les prestations auxquelles le forfait est applicable, ne sont remboursées par le forfait que pour une partie précisée par Lui.

§ 14. Pour les prestations visées à l'article 34, 18°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée conformément aux dispositions prévues en la matière par la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, et ses arrêtés d'exécution.

Cette intervention peut être diminuée dans les conditions fixées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 14bis. Le Roi détermine les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 19°, et les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient dans les coûts de ces prestations. Il fixe l'intervention de l'assurance soins de santé pour ces prestations.

§ 14ter. Pour les prestations visées à l'article 34, 20°, qui ne relèvent pas exclusivement de la compétence des pharmaciens, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100 p.c. des prix prévus par les conventions visées à l'article 42 ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2.

Le Roi peut toutefois fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, une intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût de certaines des prestations mentionnées à l'alinéa précédent.

Le Roi détermine les prestations de matériel endoscopique et de viscérosynthèse visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 20°, pour lesquelles l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée par Lui à un pourcentage qui ne peut être inférieur à 10 p.c. des prix prévus par les conventions visées à l'article 42 ou 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 ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2.

Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 2°, 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.

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

§ 14^{quinquies}. 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 96 of van artikel 107^{bis} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, geheel of gedeeltelijk wordt opgeheven.

§ 16^{bis}. 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.

Voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 34, 2°, 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.

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

§ 14^{quinquies}. 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 96 of van artikel 107^{bis} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, geheel of gedeeltelijk wordt opgeheven.

§ 16^{bis}. 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.

Pour les prestations visées à l'article 34, 20°, qui relèvent exclusivement de la compétence des pharmaciens, une partie du coût peut être laissée à la charge du bénéficiaire dans les conditions déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 14^{quater}. Pour les prestations visées à l'article 34, 21°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des honoraires et des prix déterminés par les conventions visées à l'article 22, 6^{ter}.

§ 14^{quinquies}. Le Roi fixe, après avis du Comité de l'assurance, les conditions de remboursement pour les prestations visées à l'article 34, 22° et 23°.

§ 15. Pour les prestations visées à l'article 68, § 2, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui était applicable au tarif non réduit.

Pour les prestations visées à l'article 34, 1°, a), pour lesquelles, en application de l'article 77, des honoraires différents sont appliqués, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui serait en vigueur si l'article 77 n'était pas appliqué.

§ 16. Le Roi peut décider que l'intervention de l'assurance est totalement ou partiellement supprimée pour les prestations de santé faisant l'objet de l'application de l'article 96 ou de l'article 107^{bis} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qu'il détermine.

§ 16^{bis}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine:

1° supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique;

2° instaurer une allocation forfaitaire dont Il fixe le montant, à l'intention des bénéficiaires susvisés à titre d'intervention supplémentaire dans leurs dépenses pour soins de santé;

3° instaurer une intervention complémentaire dans des dépenses de soins de santé générées par certaines affections figurant sur une liste établie par Lui ou en faveur de bénéficiaires qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt décrite par Lui, compte tenu en particulier de l'âge ou du sexe des bénéficiaires concernés.

Pour les prestations visées à l'article 34, 20°, qui relèvent exclusivement de la compétence des pharmaciens, une partie du coût peut être laissée à la charge du bénéficiaire dans les conditions déterminées par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des ministres.

§ 14^{quater}. Pour les prestations visées à l'article 34, 21°, l'intervention de l'assurance soins de santé est fixée à 100% des honoraires et des prix déterminés par les conventions visées à l'article 22, 6^{ter}.

§ 14^{quinquies}. Le Roi fixe, après avis du Comité de l'assurance, les conditions de remboursement pour les prestations visées à l'article 34, 22° et 23°.

§ 15. Pour les prestations visées à l'article 68, § 2, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui était applicable au tarif non réduit.

Pour les prestations visées à l'article 34, 1°, a), pour lesquelles, en application de l'article 77, des honoraires différents sont appliqués, l'intervention personnelle du bénéficiaire est maintenue au niveau qui serait en vigueur si l'article 77 n'était pas appliqué.

§ 16. Le Roi peut décider que l'intervention de l'assurance est totalement ou partiellement supprimée pour les prestations de santé faisant l'objet de l'application de l'article 96 ou de l'article 107^{bis} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, qu'il détermine.

§ 16^{bis}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine:

1° supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires atteints d'une maladie chronique;

° instaurer une allocation forfaitaire dont Il fixe le montant, à l'intention des bénéficiaires susvisés à titre d'intervention supplémentaire dans leurs dépenses pour soins de santé;

3° instaurer une intervention complémentaire dans des dépenses de soins de santé générées par certaines affections figurant sur une liste établie par Lui ou en faveur de bénéficiaires qui se trouvent dans une situation digne d'intérêt décrite par Lui, compte tenu en particulier de l'âge ou du sexe des bénéficiaires concernés.

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.

§ 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

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.

§ 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

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les bénéficiaires qui, pour l'application de l'alinéa 1^{er}, 2^o, doivent être considérés comme des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique, ces bénéficiaires devant satisfaire à une ou plusieurs des conditions mentionnées ci-après:

- soit souffrir d'une maladie qui figure sur une liste établie par Lui;
- soit atteindre un degré de dépendance de soins à déterminer par Lui;
- soit avoir payé pendant une période à fixer par Lui des interventions personnelles dont le montant dépasse le plafond fixé par Lui.

Après avis du Conseil technique compétent, le Roi peut déterminer les prestations de santé auxquelles s'applique la disposition de l'alinéa 1^{er}, 1^o. L'avis du Conseil technique est censé avoir été donné s'il n'a pas été formulé dans un délai de deux mois après qu'il ait été invité à le formuler.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention visée à l'alinéa 1^{er}, 3^o, les conditions auxquelles l'allocation peut être accordée, les dépenses auxquelles l'intervention se rapporte ainsi que les conditions auxquelles ces dépenses doivent satisfaire. Le Roi peut fixer les règles selon lesquelles l'intervention peut être soumise à une autorisation préalable du médecin-conseil ou à une appréciation du collège des médecins-directeurs. Dans la mesure où les dépenses de soins de santé concernent des médicaments, toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes assureurs sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés par le ministre, conformément aux dispositions de l'article 165.

§ 16^{ter}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine, supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires qui nécessitent des soins palliatifs.

§ 17. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins, visée dans cet article, est exigible dans tous les cas. Cette intervention personnelle est perçue obligatoirement pour les prestations de biologie clinique pour lesquelles une telle intervention est prévue par le Roi. Le Roi peut étendre cette obligation à d'autres prestations, prévoir des dérogations à cette obligation ou

Le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les bénéficiaires qui, pour l'application de l'alinéa 1^{er}, 2^o, doivent être considérés comme des bénéficiaires atteints d'une maladie chronique, ces bénéficiaires devant satisfaire à une ou plusieurs des conditions mentionnées ci-après:

- soit souffrir d'une maladie qui figure sur une liste établie par Lui;
- soit atteindre un degré de dépendance de soins à déterminer par Lui;
- soit avoir payé pendant une période à fixer par Lui des interventions personnelles dont le montant dépasse le plafond fixé par Lui.

Après avis du Conseil technique compétent, le Roi peut déterminer les prestations de santé auxquelles s'applique la disposition de l'alinéa 1^{er}, 1^o. L'avis du Conseil technique est censé avoir été donné s'il n'a pas été formulé dans un délai de deux mois après qu'il ait été invité à le formuler.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, le montant de l'intervention visée à l'alinéa 1^{er}, 3^o, les conditions auxquelles l'allocation peut être accordée, les dépenses auxquelles l'intervention se rapporte ainsi que les conditions auxquelles ces dépenses doivent satisfaire. Le Roi peut fixer les règles selon lesquelles l'intervention peut être soumise à une autorisation préalable du médecin-conseil ou à une appréciation du collège des médecins-directeurs. Dans la mesure où les dépenses de soins de santé concernent des médicaments, toutes les opérations de tarification et tous les paiements des organismes assureurs sont obligatoirement effectués par l'intermédiaire d'offices de tarification agréés par le ministre, conformément aux dispositions de l'article 165.

§ 16^{ter}. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, dans les conditions qu'il détermine, supprimer totalement ou partiellement l'intervention personnelle relative aux prestations de santé octroyées aux bénéficiaires qui nécessitent des soins palliatifs.

§ 17. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins, visée dans cet article, est exigible dans tous les cas. Cette intervention personnelle est perçue obligatoirement pour les prestations de biologie clinique pour lesquelles une telle intervention est prévue par le Roi. Le Roi peut étendre cette obligation à d'autres prestations, prévoir des dérogations à cette obligation ou

verplichting of een minimumhoeveelheid aan prestaties bepalen waarop deze verplichting van toepassing is. Hij bepaalt de toepassingsregels van deze bepaling.

§ 18. [...]

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

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

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

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

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

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

Deze ongeschiktheid wordt vastgesteld door een geneesheer van de Directie-generaal Personen met een handicap van de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid.

De Koning bepaalt de regels volgens welke de lichamelijke of geestelijke ongeschiktheid van ten minste 66 pct wordt vastgesteld;

6° de in artikel 32, eerste lid, 3°, bedoelde gerechtigden die langdurig werkloos zijn overeenkomstig de modaliteiten bedoeld in artikel 32, tweede lid.

De Koning kan eveneens, bij in Ministerraad overlegd besluit, een minimumduur vaststellen tijdens welke men een van de in het eerste lid, 1° en 2°, bedoelde rechten of tegemoetkomingen moet genieten om de verhoogde verzekeringstegemoetkoming te verkrijgen onder de in § 1, tweede lid, gestelde voorwaarden. Evenzo bepaalt de

verplichting of een minimumhoeveelheid aan prestaties bepalen waarop deze verplichting van toepassing is. Hij bepaalt de toepassingsregels van deze bepaling.

§ 18. [...]

§ 19. [...]

fixer une proportion minimale de prestations auxquelles s'applique cette obligation. Il fixe les modalités d'application de cette disposition.

§ 18. [...]

§ 19. Bénéficient aussi de l'intervention majorée de l'assurance aux conditions prévues au § 1^{er}, alinéa 2:

1° les bénéficiaires auxquels est accordé le droit au revenu d'intégration institué par la loi du 26 mai 2002;

2° les bénéficiaires auxquels un centre public d'aide sociale accorde un secours partiellement ou totalement pris en charge par l'État fédéral sur la base des articles 4 et 5 de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'aide sociale;

3° les bénéficiaires qui bénéficient d'un revenu garanti aux personnes âgées institué par la loi du 1^{er} avril 1969 ou conservent par application de l'article 21, § 2, de la même loi le droit à la majoration de rente; sont également visés les bénéficiaires de la garantie de revenus aux personnes âgées instituée par la loi du 22 mars 2001;

4° les bénéficiaires auxquels est accordée une des allocations visées dans la loi du 27 février 1987 relative aux allocations de handicapés;

5° les enfants qui sont atteints d'une incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c.

Cette incapacité est constatée par un médecin de la Direction générale Personnes handicapées du Service public fédéral Sécurité sociale.

Le Roi détermine les règles selon lesquelles l'incapacité physique ou mentale d'au moins 66 p.c. est constatée.

6° les titulaires visés à l'article 32, alinéa 1^{er}, 3°, qui sont chômeurs de longue durée, selon les modalités visées à l'article 32, alinéa 2.

Le Roi peut également, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, prévoir une durée minimale pendant laquelle le bénéfice d'un des droits ou allocations visés à l'alinéa 1^{er}, 1° et 2° est requis pour bénéficier de l'intervention majorée de l'assurance dans les conditions prévues au § 1^{er}, alinéa 2. e même, le Roi détermine,

fixer une proportion minimale de prestations auxquelles s'applique cette obligation. Il fixe les modalités d'application de cette disposition.

§ 18. [...]

§ 19. [...]

Koning, bij een in Ministerraad overlegd besluit, de leeftijd van de gerechtigden bedoeld in het eerste lid, 6°, en wat moet verstaan worden onder «langdurig werklozen», door met name de minimum werkloosheidsduur vast te stellen alsmede de eventuele voorwaarden voor de gelijkstelling van de tijdvakken van arbeidsongeschiktheid en van korte arbeidshervatting met die tijdvakken van werkloosheid voor de toepassing van deze paragraaf.

§ 20. De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de in artikel 34, 14°, 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 kan beslissen de tegemoetkoming voor de verstrekking bedoeld in artikel 34, 24°, na de bevalling te verlengen, voor een maximale periode van 6 maanden.

§ 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. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent, in hoofde van kinderen tot de 12^{de} verjaardag, rechthebbenden bedoeld in het artikel 4 van het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, voor verstrekkingen die voldoen aan de omschrijving voorzien in het artikel 5,

§ 20. De Koning stelt, na advies van het Verzekeringscomité, de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor de in artikel 34, 14°, 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 kan beslissen de tegemoetkoming voor de verstrekking bedoeld in artikel 34, 24°, na de bevalling te verlengen, voor een maximale periode van 6 maanden.

§ 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. De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent, in hoofde van kinderen tot de 12^{de} verjaardag, rechthebbenden bedoeld in het artikel 4 van het koninklijk besluit van 29 december 1997 houdende de voorwaarden waaronder de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot de zelfstandigen en de leden van de kloostergemeenschappen wordt verruimd, voor verstrekkingen die voldoen aan de omschrijving voorzien in het artikel 5,

par arrêté délibéré en Conseil des ministres, l'âge des titulaires visés à l'alinéa 1^{er}, 6°, et ce qu'il convient d'entendre par «chômeurs de longue durée» en précisant notamment la durée minimale de chômage et les conditions éventuelles de l'assimilation des périodes d'incapacité de travail et de courte reprise de travail à ces périodes de chômage pour l'application du présent paragraphe.

§ 20. Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 14°, 24° et 25°, ainsi que les conditions de remboursement. Il peut déterminer que ces interventions sont accordées sous la forme d'un montant forfaitaire ou d'un montant maximum pour une période qu'il détermine.

Le Roi peut décider d'étendre l'intervention fixée pour la prestation visée à l'article 34, 24°, au-delà de l'accouchement, pour une période n'excédant pas six mois.

§ 21. Le Roi définit l'étendue de la prestation visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 26°, et fixe les conditions et modalités de remboursement de cette intervention, qui est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire aux hôpitaux disposant des centres concernés, moyennant le respect d'une obligation d'enregistrement. Le Roi détermine les modalités selon lesquelles les données peuvent être enregistrées.

Le Roi peut également fixer un montant d'intervention personnelle, qui est dû par le bénéficiaire pour chaque prestation. Le montant de cette intervention personnelle peut être réduit lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de l'intervention majorée visés au présent article. En ce qui concerne les coûts de la prestation telle qu'elle est définie par le Roi qui se rapportent à des médicaments visés à l'article 1^{er}, § 1^{er}, 1), a), de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, les hôpitaux disposant des centres concernés ne peuvent pas porter en compte d'autres montants à charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle susvisée.

§ 22. L'assurance obligatoire de soins de santé octroie, dans le chef d'enfants jusqu'à leur 12^e anniversaire, des bénéficiaires visées à l'article 4 de l'arrêté royal de 29 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, pour des prestations qui satisfont à la description prévue à l'article 5, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé,

§ 20. Le Roi détermine, après avis du Comité de l'assurance, l'intervention de l'assurance soins de santé pour les prestations visées à l'article 34, 14°, 24° et 25°, ainsi que les conditions de remboursement. Il peut déterminer que ces interventions sont accordées sous la forme d'un montant forfaitaire ou d'un montant maximum pour une période qu'il détermine.

Le Roi peut décider d'étendre l'intervention fixée pour la prestation visée à l'article 34, 24°, au-delà de l'accouchement, pour une période n'excédant pas six mois.

§ 21. Le Roi définit l'étendue de la prestation visée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 26°, et fixe les conditions et modalités de remboursement de cette intervention, qui est octroyée sous la forme d'un montant forfaitaire aux hôpitaux disposant des centres concernés, moyennant le respect d'une obligation d'enregistrement. Le Roi détermine les modalités selon lesquelles les données peuvent être enregistrées.

Le Roi peut également fixer un montant d'intervention personnelle, qui est dû par le bénéficiaire pour chaque prestation. Le montant de cette intervention personnelle peut être réduit lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de l'intervention majorée visés au présent article. En ce qui concerne les coûts de la prestation telle qu'elle est définie par le Roi qui se rapportent à des médicaments visés à l'article 1^{er}, § 1^{er}, 1), a), de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, les hôpitaux disposant des centres concernés ne peuvent pas porter en compte d'autres montants à charge des bénéficiaires que l'intervention personnelle susvisée.

§ 22. L'assurance obligatoire de soins de santé octroie, dans le chef d'enfants jusqu'à leur 12^e anniversaire, des bénéficiaires visées à l'article 4 de l'arrêté royal de 9 décembre 1997 portant les conditions dans lesquelles l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est étendue aux travailleurs indépendants et aux membres des communautés religieuses, pour des prestations qui satisfont à la description prévue à l'article 5, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé,

§ 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, maximaal een tegemoetkoming voor een bedrag dat overeenstemt met het persoonlijk aandeel van de in het voornoemde artikel 5, § 1, bedoelde verstrekkingen inzake tandverzorging, zoals dit zou worden bepaald met uitsluiting van de regel voorzien in het artikel 5*bis* van het koninklijk besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen.

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 in het vorige lid bedoelde documenten mogen evenwel niet worden uitgereikt voor de verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de duur van het in artikel 156 bedoelde verbod tot tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

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, overhandigen. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 euro 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.

§ 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, maximaal een tegemoetkoming voor een bedrag dat overeenstemt met het persoonlijk aandeel van de in het voornoemde artikel 5, § 1, bedoelde verstrekkingen inzake tandverzorging, zoals dit zou worden bepaald met uitsluiting van de regel voorzien in het artikel 5*bis* van het koninklijk besluit van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen.

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 in het vorige lid bedoelde documenten mogen evenwel niet worden uitgereikt voor de verstrekkingen die zijn uitgevoerd tijdens de duur van het in artikel 156 bedoelde verbod tot tegemoetkoming in de kosten van de geneeskundige verstrekkingen.

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, overhandigen. Een administratieve geldboete van 25 tot 250 euro 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.

au maximum une intervention pour un montant qui correspond à la quote-part personnelle des prestations visées à l'article 5, § 1^{er}, en matière de soins dentaires, tel qu'il serait défini par exception à la règle prévue à l'article 5bis de l'arrêté royal de 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires.

Art. 53

§ 1^{er}. Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un Règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations.

Toutefois, les documents dont question à l'alinéa précédent ne pourront pas être délivrés pour les prestations effectuées pendant la durée de l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé visée à l'article 156.

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins ou de fournitures ou le document en tenant lieu ne leur est remis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ces documents dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 25 à 250 euros est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

au maximum une intervention pour un montant qui correspond à la quote-part personnelle des prestations visées à l'article 5, § 1^{er}, en matière de soins dentaires, tel qu'il serait défini par exception à la règle prévue à l'article 5bis de l'arrêté royal de 29 février 1996 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires pour certaines prestations dentaires.

Art. 53

§ 1^{er}. Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un Règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations.

Toutefois, les documents dont question à l'alinéa précédent ne pourront pas être délivrés pour les prestations effectuées pendant la durée de l'interdiction d'intervention dans le coût des prestations de santé visée à l'article 156.

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins ou de fournitures ou le document en tenant lieu ne leur est remis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ces documents dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 25 à 250 euros est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

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 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 derdebetalingsregeling 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 van de verzekeringstegemoetkoming door de verzekeringsinstelling 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 toepas-

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 derdebetalersregeling is toegestaan voor de buiten een ziekenhuis verrichte bezoeken en raadplegingen van huisartsen. Voor de andere prestaties stelt de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad 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 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 derdebetalingsregeling 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 van de verzekeringstegemoetkoming door de verzekeringsinstelling 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 toepas-

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.

Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.

[...]

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles spécifiques par lesquelles le bénéfice du régime du tiers payant pour les prestations de biologie clinique dispensées aux bénéficiaires non hospitalisés peut être accordé ou retiré par les organismes assureurs aux laboratoires visés à l'article 63.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont utilisé la carte d'identité sociale de l'assuré social conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.

Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.

Le régime du tiers payant est autorisé pour les visites et consultations de médecins généralistes effectuées en dehors d'un hôpital. Pour les autres prestations, le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.

[...]

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles spécifiques par lesquelles le bénéfice du régime du tiers payant pour les prestations de biologie clinique dispensées aux bénéficiaires non hospitalisés peut être accordé ou retiré par les organismes assureurs aux laboratoires visés à l'article 63.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont utilisé la carte d'identité sociale de l'assuré social conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation

sing 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.

sing 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.

de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, ou qui fournissent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données figurant sur la carte d'identité sociale ou conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.

§ 2. L'Institut a la responsabilité exclusive de l'impression et de la distribution des attestations de soins visées au § 1^{er} et des vignettes de concordance, établies en vertu des articles 320 et 321 du Code des impôts sur les revenus 1992. Les attestations et vignettes sont fournies sur commande des dispensateurs de soins et contre paiement préalable.

§ 3. L'Institut peut octroyer une concession pour la gestion des commandes, l'impression et la distribution des attestations de soins et des vignettes de concordance, ainsi que pour la réception du paiement.

§ 4. L'Institut communique au service compétent du SPF Finances les éléments que le concessionnaire est tenu de lui transmettre, relatifs aux commandes et fournitures des attestations de soins et vignettes de concordance visées au § 2.

Tant l'Institut que le concessionnaire sont tenus au respect de la législation relative à la protection de la vie privée au sujet des données à caractère personnel dont ils ont connaissance en raison de l'exercice des missions décrites au présent article.

de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, ou qui fournissent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données figurant sur la carte d'identité sociale ou conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.

§ 2. L'Institut a la responsabilité exclusive de l'impression et de la distribution des attestations de soins visées au § 1^{er} et des vignettes de concordance, établies en vertu des articles 320 et 321 du Code des impôts sur les revenus 1992. Les attestations et vignettes sont fournies sur commande des dispensateurs de soins et contre paiement préalable.

§ 3. L'Institut peut octroyer une concession pour la gestion des commandes, l'impression et la distribution des attestations de soins et des vignettes de concordance, ainsi que pour la réception du paiement.

§ 4. L'Institut communique au service compétent du SPF Finances les éléments que le concessionnaire est tenu de lui transmettre, relatifs aux commandes et fournitures des attestations de soins et vignettes de concordance visées au § 2.

Tant l'Institut que le concessionnaire sont tenus au respect de la législation relative à la protection de la vie privée au sujet des données à caractère personnel dont ils ont connaissance en raison de l'exercice des missions décrites au présent article.