

---

# Evolutie van de wetgeving

---

## EVOLUTIE VAN DE WETGEVING OVER DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN

4de trimester 2006

### I. INSTITUTIONELE EN ADMINISTRATIEVE ASPECTEN

#### Technische cel ziekenhuisgegevens

De technische cel die voor het RIZIV en de FOD Volksgezondheid de gegevens met betrekking tot de ziekenhuizen verwerkt, kan uitzonderlijk ook niet-anonieme gegevens ter beschikking stellen<sup>1</sup>.

- Alle gegevens die nodig zijn voor de analyse van verbanden die bestaan tussen de uitgaven van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de behandelde aandoening en anderzijds voor de uitwerking van financieringsregels, erkenningsnormen en kwaliteitsvoorwaarden in het kader van een doelmatig gezondheidsbeleid, worden rechtstreeks ter beschikking gesteld van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

#### Kankerregister

In de Gezondheidswet<sup>2</sup> wordt voorzien in een wettelijke regeling voor het organiseren van een systeem van registratie en verwerking van gegevens inzake kanker in het kader van een stichting van openbaar nut die wordt opgericht door de Staat en de verzekeringsinstellingen.

#### Toekomstfonds

Er wordt bij het RIZIV een reserve gecreëerd voor de toekomst van de geneeskundige verzorging, door middel van een fonds<sup>3</sup>. Deze reserve is bestemd om het hoofd te bieden aan de onverwachte meerkosten inzake vergrijzing en kan pas aangewend worden vanaf 2012.

---

<sup>1</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 35-38.

<sup>2</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 39-40.

<sup>3</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 111.

## Financieel

Het globaal budget van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten wordt opgetrokken<sup>4</sup>. Dit ter compensatie van een verhoging van de bijzondere heffing ten laste van de farmaceutische industrie vastgelegd in artikel 67 van de wet van 27 april 2005 betreffende de beheersing van de begroting van de gezondheidszorg<sup>5</sup> en ter compensatie van een nieuwe heffing vastgelegd in het koninklijk besluit van 10 augustus 2005<sup>6</sup> tot wijziging van artikel 191 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

## Heffingen

De inning van de heffingen ten laste van de farmaceutische industrie voor het jaar 2007 wordt vastgelegd (art. 191 van de gecoördineerde wet)<sup>7</sup>. Het betreft:

- heffingen op de omzet van vergoedbare farmaceutische specialiteiten;
- de aanvullende heffing ten laste van de aanvragers (art. 191, 1ste lid, punt 15<sup>quater</sup> van de gecoördineerde wet) is niet verschuldigd voor het jaar 2006 – omzet 2005;
- de in het provisiefonds gestorte gelden blijven eigendom van de farmaceutische industrie. Niettemin worden de interesten die dit fonds genereert ermee in opgenomen;
- de basisheffing wordt verder gezet in 2007 en bedraagt 8,73 % van de omzet verwezenlijkt in 2007;
- een solidariteitsheffing van 0,81 % op de omzet van 2006;
- er is voor 2006 geen bijdrage in de overschrijding verschuldigd, omdat de in het jaar 2005 door de verzekeringsinstellingen geboekte uitgaven niet hoger liggen dan het globaal geneesmiddelenbudget.

Voor het overige worden artikelen 191<sup>ter</sup> en 191<sup>quater</sup> van de gecoördineerde wet verduidelijkt aan de hand van de bepalingen in de Programmawet.

## Terugbetalingsvoorwaarden

Sinds de invoering van het Farmanetcircuit worden de verzekeringsinstellingen geconfronteerd met het regulariseren van zeer kleine bedragen waarvan de administratieve kost onevenredig is ten opzichte van de bedragen.

Bijgevolg krijgen de verzekeringsinstellingen de toelating om de aan de rechthebbenden verschuldigde bedragen zo samen te voegen dat enkel terugbetalingen voor een minimum bedrag van 5 EUR moeten worden uitgevoerd<sup>8</sup>.

---

<sup>4</sup> K.B. van 13 oktober 2006 tot wijziging van het K.B. van 18 april 2005 tot vaststelling van het globaal budget in 2005 van de financiële middelen voor het hele Rijk voor de verstrekkingen inzake de farmaceutische specialiteiten in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, B.S. van 31 oktober 2006 (Ed. 2), p. 58423.

<sup>5</sup> B.S. van 20 mei 2005.

<sup>6</sup> B.S. van 20 september 2005.

<sup>7</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 234-238.

<sup>8</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikel 114.

### **Maandelijks voorschotten aan de verzekeringsinstellingen**

Het RIZIV betaalt elke maand een begrotingstwaalfde aan de verzekeringsinstellingen. Deze voorschotten liggen soms hoger dan de werkelijke thesauriebehoeften van de verzekeringsinstellingen. Thans is aan de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid geboden de liquiditeitoverschotten terug te storten in een wachtreserve thesaurie<sup>9</sup>.

Er wordt tevens voorzien in een mogelijkheid tot terugstorting door de verzekeringsinstellingen als de werkelijke uitgaven lager liggen dan de begrotingsdoelstelling.

### **Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen**

De commissie wordt uitgebreid met een vertegenwoordiger van de Minister van Begroting<sup>10</sup>.

### **Buitenlandse verzekeraars**

De aan de buitenlandse verzekeraars opgelegde verplichting om een in België gevestigde aansprakelijke vertegenwoordiger te hebben, geldt voortaan enkel nog voor de verzekeraars die niet in België gevestigd zijn en waarvan de sociale zetel buiten de Europese economische ruimte gelegen is<sup>11</sup>.

## **II. VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING**

### **A. De verzekerden**

#### **Inning van het remgeld**

Er wordt een systeem in het leven geroepen dat, om ruimere inning van de remgelden te garanderen<sup>12</sup>:

- de Koning de bevoegdheid geeft om, wanneer hij de verplichting tot inning van het persoonlijk aandeel uitbreidt tot andere geneeskundige verstrekkingen, een minimumpercentage vast te stellen, waarin het persoonlijk aandeel wordt geïnd;
- een wettelijke basis voorziet (art. 168<sup>quater</sup> van de gecoördineerde wet) voor het toepassen van een administratieve boete op zorgverleners die de verplichting tot inning van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden niet eerbiedigen in een minimum aantal van de gevallen.

#### **Verzekeraarbaarheid van minderjarigen**

De dekking inzake gezondheidszorg wordt verbeterd voor niet-begeleide minderjarige vreemdelingen<sup>13</sup>, voor zover ze:

- 3 maanden onderwijs volgen in een schoolinstelling;
- aangemeld zijn bij een door de Belgische overheid erkende instelling voor gezinsondersteuning;
- niet reeds een gezondheidszorgverzekering genieten, georganiseerd door een Belgisch of buitenlands stelsel.

Tevens kunnen ook kinderen ten laste van zelfstandigen die niet meer in staat zijn hun sociale bijdragen te betalen voortaan over een eigen recht op verzekeraarbaarheid genieten.

<sup>9</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 204-205.

<sup>10</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 223.

<sup>11</sup> Wet van 27 december 2006 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 28 december 2006, artikelen 252-253.

<sup>12</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 117-118.

<sup>13</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 119-124.

### **Bijzondere tegemoetkoming**

Er wordt de mogelijkheid gecreëerd tegemoetkoming te verlenen aan rechthebbenden die ofwel lijden aan een bepaalde aandoening, ofwel zich in een behartenswaardige toestand bevinden<sup>14</sup>. Vooral contraceptie voor jongeren en de bijzondere tegemoetkoming voor chronisch zieken wordt gevisieerd. De doelgroep kan worden omschreven aan de hand van leeftijd, geslacht of aandoening. De criteria van de aandoening waren reeds opgenomen in artikel 37, § 16bis, tweede lid, van de gecoördineerde wet.

### **Statuut OMNIO**

Het statuut van rechthebbende op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming heeft een vermindering van het remgeld tot gevolg. Dit statuut kan worden toegekend indien aan twee voorwaarden is voldaan. Ten eerste is er de voorwaarde van hoedanigheid van gerechtigde (gepensioneerde, invalide, werkloze,...), ten tweede is er een inkomensvoorwaarde.

Omdat is vastgesteld dat bepaalde categorieën ongewild worden uitgesloten van een dergelijke verhoogde tegemoetkoming (arbeiders met een laag inkomen, eenoudergezinnen,...), wordt ervoor geopteerd een nieuw statuut in te voeren.

Dit nieuw statuut wordt OMNIO genoemd en breidt het recht op het voorkeurtarief inzake geneeskundige verzorging uit tot alle gezinnen met een inkomen dat lager is dan een nog bij koninklijk besluit vast te stellen niveau<sup>15</sup>.

### **Verplaatsingskosten ouders**

Er wordt voorzien in een forfaitaire vergoeding voor de verplaatsingskosten die ouders van gehospitaliseerde kankerpatiëntjes maken tussen hun woonplaats en het ziekenhuis, berekend per dag van ziekenhuisopname<sup>16</sup>.

### **Bijzonder Solidariteitsfonds**

De aanvragen voor tegemoetkoming van het Speciaal Solidariteitsfonds worden altijd ingediend door de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Wanneer de aanvragen duidelijk niet aan de criteria voor tegemoetkoming door het Fonds voldoen, mag de adviserend geneesheer deze aanvragen niet doorsturen naar het College van geneesheren-directeurs. De lijst met gevallen die niet mogen worden doorgestuurd, wordt uitgebreid tot de aanvragen voor tegemoetkoming in de kost voor weesgeneesmiddelen waarover het College van geneesheren voor weesgeneesmiddelen reeds een negatieve beslissing zou hebben genomen<sup>17</sup>.

### **Thuisverpleging verpleegzorg**

De verzekeringstegemoetkoming in de forfaitaire honoraria voor de zwaarst afhankelijke patiënten wordt van 75 % op 80 % gebracht. Geen enkel persoonlijk aandeel is verschuldigd voor de reiskosten in verband met de forfaitaire honoraria voor palliatieve thuispatiënten<sup>18</sup>.

---

<sup>14</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 197.

<sup>15</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 198-203.

<sup>16</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 210.

<sup>17</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikel 115.

<sup>18</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 218.

---

## **B. De zorgverleners**

### **1. Geneesheren**

Er wordt voorzien in een vergoeding voor kandidaat-huisartsen<sup>19</sup>. Deze vorm van vergoeding bestaat nu alleen voor de stagemeeesters in de huisartsgeneeskunde.

### **2. Tandheekkundigen**

Vanaf 1 september 2006 kunnen de stagemeeesters in de orthodontie en de parodontologie een aanvraag richten tot het RIZIV voor het verkrijgen van een vergoeding voor het begeleiden van kandidaat-specialisten in de orthodontie en de parodontologie tijdens het voorbije academiejaar. Het bedrag van deze indexeerbare vergoeding bedraagt 10 080,97 EUR op jaarbasis<sup>20</sup>.

### **3. Apothekers**

#### **Retributie van de apothekers**

De terugstorting van eventueel teveel ingehouden verminderingen aan de apothekers krijgt met de Programmawet een wettelijke basis<sup>21</sup>.

#### **Wachtdienst**

Om de apotheker toe te laten zijn verplichtingen inzake wachtdienst aan te rekenen, wordt er één honorarium per dag tijdens de wachtdienst aangerekend. Dit beschikbaarheidshonorarium komt, mits een overgangperiode, in de plaats van het bijkomend honorarium per voorschrift<sup>22</sup>.

### **4. Audiciens**

Er wordt een nieuwe formulering gegeven voor de audiciens die bevoegd zijn om de rechthebbenden prothesen en hoortoestellen te verstrekken<sup>23</sup>. Enerzijds wordt de diplomaverreiste uitgebreid, anderzijds wordt in een verplichte stage van 300 uren voorzien bij een erkende audicien.

---

<sup>19</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 208-209.

<sup>20</sup> K.B. van 5 oktober 2006 tot vaststelling van het bedrag van de vergoeding aan de stagemeeesters en coördinerende stagemeeesters in de orthodontie, B.S. van 19 oktober 2006 (Ed. 2), p. 55789 en K.B. van 5 oktober 2006 tot vaststelling van het bedrag van de vergoeding aan de stagemeeesters en coördinerende stagemeeesters in de parodontologie, B.S. van 19 oktober 2006 (Ed. 2), p. 55787.

<sup>21</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 233.

<sup>22</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 225.

<sup>23</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging, wat de erkenning van audiciens betreft, van het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 13 oktober 2006, p. 54710.

## 5. Verstrekkingenregister

Na de afschaffing van het verstrekkingenregister<sup>24</sup> moeten de kinesitherapeuten, de logopedisten en de verpleegkundigen nog volgende gegevens bewaren<sup>25</sup>:

- de data waarop de verstrekkingen worden uitgevoerd;
- de naam en voornaam van de rechthebbende;
- de aard van de verleende verstrekkingen, gedefinieerd door hun nummer van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Deze data worden bewaard op een eenmalig beschrijfbaar digitale drager of worden beheerd door een gehomologeerd softwarepakket.

De bepalingen treden in werking op een bij koninklijk besluit nader te bepalen datum<sup>26</sup>.

## 6. Laboratoria voor klinische biologie

Er zijn met verscheidene laboratoria voor klinische biologie reeds jaren verschillende gerechtelijke procedures lopende omtrent het mechanisme van *ristorno*'s aan het RIZIV wegens overschrijding van het budget voor ambulante klinische biologie.

Thans is aan het RIZIV de bevoegdheid gegeven om dadingen aan te gaan met de verschillende labo's zodat een einde aan de hangende geschillen kan worden gesteld<sup>27</sup>. De Algemene Raad is bevoegd om deze dadingen af te sluiten:

- binnen de vastgestelde sommen en limieten;
- indien het betreffende laboratorium 65 % van de definitieve factuur heeft betaald.

---

<sup>24</sup> Wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 18 januari 2006, p. 2734.

<sup>25</sup> K.B. van 10 november 2006 tot uitvoering van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 22 november 2006 (Ed. 2), p. 64603.

<sup>26</sup> K.B. van 21 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 10 november 2006 tot uitvoering van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 29 december 2006 (Ed. 6), p. 76074 en het K.B. van 21 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 10 november 2006 tot uitvoering van de wet van 7 december 2005 tot opheffing van het eerste lid van artikel 76 en van het zesde lid van artikel 168 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 17 januari 2007, p. 1949.

<sup>27</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 206-207.

## **C. De verstrekkingen**

### **1. Geneesheren**

#### **Verwijzing door de huisarts**

Er wordt voorzien in een systeem van vermindering van persoonlijk aandeel voor rechthebbenden die zich door een algemeen geneeskundige laten verwijzen naar een geneesheer-specialist<sup>28</sup>.

- De vermindering van persoonlijk aandeel bedraagt 2 EUR voor rechthebbenden met een voorkeurregeling en 5 EUR voor rechthebbenden zonder voorkeurregeling.
- Er zijn 17 welbepaalde specialiteiten waarvoor de vermindering van persoonlijk aandeel geldt.
- De remgeldvermindering wordt alleen toegekend aan rechthebbenden die een vermindering van het persoonlijk aandeel genieten omdat voor hen een globaal medisch dossier wordt beheerd.
- De verwijzing gebeurt naar aanleiding van een huisbezoek of raadpleging van een algemeen geneeskundige.
- Per rechthebbende is er eenmaal remgeldvermindering verschuldigd per specialisme en per kalenderjaar.

#### **Oftalmologie**

Er worden wijzigingen aangebracht aan curatieve oftalmologische chirurgie van strabisme<sup>29</sup>. De vroegere omschrijvingen waren onvoldoende precies en te laag gehonoreerd om te kunnen beantwoorden aan de behoeften voor soms complexe verstrekkingen, meer bepaald de corrigerende ingrepen op de oculomotorische oogspieren bij kinderen.

In de nomenclatuur worden hiertoe zowel in de afdeling heekunde-oftalmologie als in de afdeling verstrekkers van implantaten nieuwe verstrekkingen ingevoegd.

#### **Heelkunde**

Er worden 11 nieuwe verstrekkingen in de nomenclatuur ingevoegd voor de verstrekkingen uitgevoerd in het kader van het enten van hematopoïetische stamcellen<sup>30</sup>.

---

<sup>28</sup> K.B. van 26 november 2006 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden die een geneesheer-specialist raadplegen nadat ze verwezen zijn door een algemeen geneeskundige, B.S. van 15 december 2006 (Ed. 2), p. 72159.

<sup>29</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging van artikel 14, h), § 1, I, 6° en § 2 en artikel 25, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 11 oktober 2006, p. 54265 en K.B. van 16 oktober 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30 oktober 2006 (Ed. 1), p. 58146.

<sup>30</sup> K.B. van 6 oktober 2006 tot wijziging van de bepalingen van de artikelen 14 m) en 20, § 1, van de bijlage bij het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 23 oktober 2006, p. 56367.

### **Bloed en bloedderivaten van menselijke oorsprong**

Er werden drie grote wijzigingen aangebracht, waarvan de eerste omwille van nieuwe Europese regelgeving en de tweede omwille van de vooruitgang van de wetenschap<sup>31</sup>.

- De verplichting wordt ingevoerd dat eenieder die menselijk bloed of bloedderivaten aflevert, de traceerbaarheid daarvan moet garanderen.
- Het gebruik van hepatocytolysetests (= ALT-tests) wordt geschrapt.
- De categorie van personen, bevoegd voor inspectie en controle op bloedinstellingen, wordt uitgebreid tot de door de Koning aangewezen personeelsleden van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu of van het Federaal Agentschap voor geneesmiddelen en gezondheidsproducten.

In de nomenclatuur wordt er voorzien in de tegemoetkoming in de kosten van vol menselijk bloed en sommige labiele bloedproducten<sup>32</sup>.

Tegelijkertijd wordt de tegemoetkoming in de kosten van bevroren vers menselijk plasma virus-geïnactiveerd, en van erythrocytenconcentraten die niet meer beschikbaar zijn, uit het koninklijk besluit van 21 december 2001 betreffende de farmaceutische specialiteiten geschrapt.

### **Diabetespas**

De verstrekking “gebruik van een diabetespas door een erkende huisarts” wordt voortaan ook voor tegemoetkoming in aanmerking genomen<sup>33</sup>.

### **Reproductieve geneeskunde**

De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging komt voortaan tussen in de kosten van bepaalde verstrekkingen van de zorgprogramma's reproductieve geneeskunde en in de kosten gelinkt aan de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen. Bovendien wordt er voorzien in een tenlasteneming van het bedrag dat ten laste van de rechthebbende blijft in het kader van de maximumfactuur<sup>34</sup>.

## **2. Tandheelkundigen**

### **Leeftijdsgrens**

De leeftijdsgrens in de orthodontie wordt opgetrokken van 14 naar 15 jaar<sup>35</sup>. Het behoort voortaan tot de bevoegdheid van de adviserend geneesheer om te beslissen over de aanvraag tot verzekerings-tegemoetkoming voor orthodontische behandelingen voor jongeren tot de 15de verjaardag.

De leeftijdsgrens voor het jaarlijks mondonderzoek wordt opgetrokken. De verstrekking 301593 kan voortaan vanaf de 18de tot de 54ste verjaardag geattesteerd worden.

---

<sup>31</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 31-33.

<sup>32</sup> K.B. van 23 november 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tussenkomt in de kosten van menselijk volbloed en sommige labiele bloedproducten, B.S. van 19 december 2006 (Ed. 2), p. 72884.

<sup>33</sup> K.B. van 8 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, negende lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 27 december 2006 (Ed. 2), p. 74727.

<sup>34</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 220-222.

<sup>35</sup> K.B. van 5 oktober 2006 tot wijziging van het K.B. van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, B.S. van 19 oktober 2006 (Ed. 2), p. 55786.

## Tandsteenverwijdering

De nomenclatuur inzake tandsteenverwijdering wordt zodanig aangepast dat voortaan enkel nog de mentaal of lichamelijk gehandicapten, die niet in staat zijn om een voor hun leeftijd normale mondhygiëne te verwerven of te behouden, aanspraak kunnen maken op een trimestriële tegemoetkoming<sup>36</sup>. Voor patiënten die in het kader van een medische behandeling of aandoening een grotere nood hebben aan tandsteenverwijdering om zo de kans op bijwerkingen en/of verwickelingen te verkleinen, wordt de terugbetaling van de verstrekking voortaan beperkt tot één keer per kalenderjaar en tot de 18de verjaardag.

Bovendien wordt voor de twee vermelde categorieën (gehandicapten en bepaalde patiënten) de continuïteitsregel afgeschaft.

De nieuwe verstrekkingen inzake tandsteenverwijderingen worden ook ingevoegd in het koninklijk besluit van 29 februari 1996<sup>37</sup>:

- voor de nieuwe verstrekkingen tandverzorging tot de 12de verjaardag wordt het bedrag van het persoonlijk aandeel nihil;
- voor de verstrekkingen vanaf de 12de verjaardag wordt het persoonlijk aandeel vastgelegd op 25 % voor de rechthebbenden zonder voorkeurregeling en op 0 % voor de rechthebbenden met voorkeurregeling<sup>38</sup>.

## Forfait

In artikel 5, § 3, van de nomenclatuur wordt de term “vast maandbedrag” vervangen door de term “forfait voor regelmatige behandeling”<sup>39</sup>. Hiermee wordt de continuïteit van de orthodontische behandeling losgekoppeld van de notie maand.

Ook in de toepassingsregelen (art. 6) wordt een wijziging aangebracht. De aanvraag om verzekeringstegemoetkoming voor verlening van orthodontische behandeling moet worden ingediend ten laatste tijdens de 3de kalendermaand volgend op die waarin het laatste van de toegestane forfaits voor regelmatige behandeling werd geattesteerd.

## Nieuwe verstrekking

Er wordt een nieuwe verstrekking ingevoegd: “Schedelanalyse op een teleradiografie, exclusief de radiografie, eenmaal per kalenderjaar”<sup>40</sup>.

<sup>36</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29 november 2006 (Ed. 2), p. 66295.

<sup>37</sup> KB van 29 februari 1996 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden voor sommige tandheelkundige verstrekkingen, B.S. van 28 maart 1996.

<sup>38</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29 november 2006 (Ed. 2), p. 66301.

<sup>39</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 29 november 2006 (Ed. 2), p. 66298.

<sup>40</sup> K.B. van 5 oktober 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19 oktober 2006 (Ed. 2), p. 55785.

## Tarieven en vergoedingen

De grondslag voor de berekening van de tegemoetkoming voor de verstrekkingen van tandheekkundigen wordt vastgelegd. Bovendien worden met ingang van 1 januari 2007 de honorariatarieven verhoogd met 1,65 %<sup>41</sup>.

Bij de verstrekkingen inzake behandeling en vullen van (een) wortelkana(a)l(en) worden voortaan preoperatief gebruikte diagnostische hulpmiddelen (onder andere de radiografieën) met het oog op het bepalen van de wortellengte, en de controleradiografie forfaitair vergoed. De tegemoetkomingen worden hiervoor aangepast.

### 3. Kinesitherapeuten

De nomenclatuur wordt gewijzigd<sup>42</sup>:

1. Gangrevalidatie
  - De doelgroep voor een gangrevalidatie wordt uitgebreid van 70 naar 65 jaar.
  - Er worden nieuwe inclusietesten ingevoerd.
2. Opheffen cumulatieverbod
  - De verstrekkingen “schriftelijk verslag” en “consultatief kinesitherapeutisch onderzoek van de patiënt” kunnen voortaan voor eenzelfde pathologische situatie worden aangerekend.
3. De voorwaarden voor het aanrekenen van verstrekkingen in verband met het fibromyalgie-syndroom worden geherformuleerd.
4. De definitie van stagedoend kinesitherapeut wordt verruimd.

### 4. Verpleegkundigen

#### Katz schaal

In het kader van de controles rond de fysieke afhankelijkheid van patiënten hebben de medische gegevens die werden verzameld door de adviserend geneesheren bewijskracht en ze kunnen worden gebruikt door de ambtenaren die in het kader van hun wettelijke controleopdracht bevoegd zijn voor het opstellen van een proces-verbaal<sup>43</sup>.

---

<sup>41</sup> K.B. van 21 december 2006 tot vaststelling van de grondslag voor de berekening van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor de verstrekkingen van de tandheekkundigen, B.S. van 29 december 2006 (Ed. 6), p. 76072.

<sup>42</sup> K.B. van 26 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 30 november 2006 (Ed. 2), p. 66650.

<sup>43</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2).

## De zorgkundige

De vergrijzing van de bevolking doet de nood ontstaan om de rol van de zorgkundigen in de verzorging van de patiënt thuis te bespreken<sup>44</sup>.

- Er wordt daarom een proefproject opgezet om in de diensten van thuisverpleging de juiste omkadering van de zorgkundige te verzekeren en anderzijds de strikte en goed georganiseerde follow-up en controle van de handelingen van de zorgkundige te garanderen.  
De Minister kan met de diensten thuisverpleging overeenkomsten sluiten met het oog op de organisatie van een dergelijk proefproject.
- Het project wordt geëvalueerd na een periode van 4 jaar.

## Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging

In het kader van de therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg worden twee tegemoetkomingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging (te weten voor de deelname aan het multidisciplinair overleg en voor de registratie daarvan) ingevoerd. De manier waarop de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging die tegemoetkomingen kunnen aanrekenen wordt vastgelegd aan de hand van een verordening<sup>45</sup>.

## 5. Vroedvrouwen

In de nieuwe Gezondheidswet<sup>46</sup> wordt voor vroedvrouwen een evenwaardige wettelijke basis gegeven als voor de andere gezondheidsberoepen, door invoering van een nieuw hoofdstuk in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967<sup>47</sup>.

Eenzijds worden de activiteiten op globale wijze omschreven en anderzijds de voorwaarden voor de uitoefening van het beroep. In de Franse tekst wordt de titel “accoucheuse” vervangen door die van “sage-femme”.

De omschrijving van de activiteiten van de vroedvrouw is aangepast aan de taken en de verantwoordelijkheden die de vroedvrouw momenteel te beurt vallen.

- Het autonoom uitvoeren van:
  - a) diagnose van de zwangerschap;
  - b) toezicht op, zorg en advies aan de vrouw tijdens de zwangerschap, de bevalling en de periode na de bevalling;
  - c) het opvolgen van normale zwangerschappen, het verrichten van normale bevallingen en het verlenen van de eerste zorg aan pasgeborenen en gezonde zuigelingen;
  - d) preventieve maatregelen, het opsporen van risico's bij moeder en kind;
  - e) in dringende gevallen het verrichten van de noodzakelijke handelingen in afwachting van deskundige medische hulp;
  - f) gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de vrouw, de familie en de maatschappij;

<sup>44</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikel 217.

<sup>45</sup> Verordening van 6 november 2006 tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 29 november 2006 (Ed. 2), p. 66304.

<sup>46</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 2-29.

<sup>47</sup> K.B. nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, B.S. van 14 november 1967.

- g) prenatale opvoeding en voorbereiding op het ouderschap.  
➤ Het meewerken, samen met de arts en onder diens verantwoordelijkheid, aan de opvang en de behandeling van vruchtbaarheidsproblemen, van zwangerschappen en bevallingen met verhoogd risico en van pasgeborenen die in levensbedreigende of bijzondere ziektecondities verkeren, alsook aan de zorg die in die gevallen moet worden verleend.

Tevens worden de voorwaarden bepaald om erkend te worden als houder van de beroepstitel van vroedvrouw, alsook de voorwaarden die moeten worden vervuld om deze titel te behouden.

## 6. Apothekers

Er wordt een aparte nomenclatuur voor de zuurstoftherapie gecreëerd door de medische hulpmiddelen die voor deze therapie worden gebruikt, uit de gewone nomenclatuur te lichten<sup>48</sup>.

## 7. Verstrekkers van implantaten

### Algemeen<sup>49</sup>

De wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid voert een belangrijke vernieuwing in het domein van de implantaten in. Met deze wet zoekt men een betere bescherming van de rechthebbenden tegen de supplementen die verbonden zijn aan implantaten en invasieve medische hulpmiddelen en dit voornamelijk door middel van een snellere tegemoetkoming van de verplichte verzekering in deze verstrekkingen.

Daarnaast heeft men de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering tegemoet komt, willen verduidelijken en beter omschrijven, alsook de voorwaarden verduidelijken die maken dat hun financiering in het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen wordt opgenomen.

Er wordt een notificatie ingevoerd voor implantaten met een EG-certificaat. Op die manier kan er een overzicht worden geboden van alle implantaten die reeds op de markt bestaan.

Alleen de implantaten waarvoor aan de verplichting tot notificatie zal worden voldaan, zullen voorwerp kunnen zijn van een aanvraag tot tegemoetkoming van de verplichte verzekering.

De voorwaarden waaronder de terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen kan worden gewijzigd worden opnieuw vastgelegd.

De procedure voor opname bij de lijst van vergoedbare implantaten en invasieve medische hulpmiddelen wordt versneld door het bepalen van een maximumtermijn voor het behandelen van de aanvragen tot opname op de lijst van vergoedbare implantaten in het geval waarin de aanvraag uitgaat van een bedrijf dat een implantaat op de markt brengt.

---

<sup>48</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 226-228.

<sup>49</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikelen 50-58.

Er wordt een nieuwe commissie opgericht: "De Commissie tegemoetkoming implantaten en invasieve medische hulpmiddelen".

De Commissie is belast met:

1. het formuleren van voorstellen en het uitvoeren van de opdrachten bedoeld in artikel 35<sup>septies</sup> van de gecoördineerde wet (onder meer het behandelen van de aanvragen tot opname op de lijst van vergoedbare implantaten en medische hulpmiddelen);
2. het verlenen van adviezen op vraag van de Minister over de beleidsaspecten inzake de terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen.

Tevens worden de verplichtingen van de firma's die een aanvraag hebben gedaan voor toelating tot terugbetaling van implantaten en invasieve medische hulpmiddelen, vastgelegd.

### **Heelkunde**

In het hoofdstuk "Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel" van artikel 35 van de nomenclatuur worden de bepalingen met betrekking tot de jejunale sonden en de gastrostomiesonden gewijzigd<sup>50</sup>.

In artikel 35<sup>bis</sup> van de nomenclatuur wordt de tegemoetkoming voor viscerosynthesemateriaal gebruikt bij unilaterale vermindering van het longvolume ingevoegd<sup>51</sup>.

In hetzelfde hoofdstuk wordt een toepassingsregel gewijzigd<sup>52</sup>: het systeem voor weefselstabilisatie en disposable cardiotosieset met membraanoxygenator bij extracorporele circulatie mogen niet met elkaar gecumuleerd worden.

### **Urologie en nefrologie<sup>53</sup>**

- De artikelen 28 en 35<sup>bis</sup> van de nomenclatuur worden aangepast aan de medische praktijk en aan het bestaande medisch materiaal.
- De patiënt wordt voortaan beter beschermd door de techniek van de forfaitaire terugbetaling, waarbij de supplementen voor het gebruikte materiaal (bovenop het persoonlijk aandeel) in geen enkel geval ten laste van de patiënt kunnen worden gelegd.

Om de coherentie tussen de artikelen 14, g) en 35 van de nomenclatuur te verzekeren wordt de omschrijving van de verstrekking "Transvaginaal aangebrachte suburethrale band ter behandeling van stress-incontinentie" gewijzigd<sup>54</sup>.

---

<sup>50</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 15 december 2006 (Ed. 2), p. 72157.

<sup>51</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 15 december 2006 (Ed. 2), p. 72156.

<sup>52</sup> K.B. van 8 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), p. 73775.

<sup>53</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 24 oktober 2006, p. 56517.

<sup>54</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 25 oktober 2006 (Ed. 2), p. 57268.

### **Orthopedie en traumatologie**

Er worden 4 nieuwe interpretatieregels gepubliceerd met betrekking tot implantaten gebruikt ter hoogte van de wervelkolom<sup>55</sup>.

### **Oto-rino-laryngologie**

Er wordt een nieuwe interpretatieregel gepubliceerd in verband met het herstel van een spraakprocessor<sup>56</sup>.

### **Oftalmologie**

Een nieuwe nomenclatuur voor implantaten en medische hulpmiddelen gebruikt in de oftalmologie wordt ingevoegd. De verstrekkingen van categorie B "Oftalmologie", artikel 28, § 1, van de nomenclatuur worden allemaal geschrapt. In artikelen 35 en 35*bis* worden onder hetzelfde opschrift een heel aantal nieuwe verstrekkingen ingevoegd<sup>57</sup>.

## **8. Opticiens**

Paragraaf 3 van artikel 30*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen tot vaststelling van de hernieuwingsregels van brilglazen voor kinderen wordt aangepast<sup>58</sup>.

Door deze wijziging wordt de mogelijkheid van vernieuwing van brilglazen waarvan de dioptrieën zich bevinden tussen -4,25 en -8,00 of tussen 4,25 en 8,00, als ze ten minste 0,5 dioptrie variëren, in sfeer of in cylinder, ten overstaan van de vorige levering, uitgebreid tot de kinderen van 7 tot en met 11 jaar.

## **9. ROB en RVT**

Voor de berekening van het quotum van verblijfdagen voor de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen wordt voortaan enkel rekening gehouden met de toename van het aantal erkende bedden, en niet met slechts een wijziging van het aantal erkende bedden<sup>59</sup>.

---

<sup>55</sup> Interpretatieregels van 23 oktober 2006 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 27 november 2006, p. 65838.

<sup>56</sup> Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 27 november 2006, p. 65837.

<sup>57</sup> K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), p. 73771 en K.B. van 22 november 2006 tot wijziging van het K.B. van 20 februari 2004 tot vaststelling van een persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kostprijs van sommige verstrekkingen van artikel 35*bis* van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), p. 73770.

<sup>58</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 9 oktober 2006, p. 53837.

<sup>59</sup> K.B. van 28 september tot wijziging van het K.B. van 9 juli 2003 tot uitvoering van artikel 69, § 4, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 19 oktober 2006 (Ed. 2), 55784.

De aanvraagprocedure voor een forfaitaire tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, in de rustoorden voor bejaarden en de rust- en verzorgingstehuizen en de centra voor dagverzorging wordt vereenvoudigd<sup>60</sup>.

- Voortaan zullen alle instellingen verplicht zijn een overeenkomst zoals bepaald in artikel 47 van de gecoördineerde wet af te sluiten opdat hun recht op tegemoetkoming zal worden toegekend.
- De formulering van de Katz-schaal wordt vereenvoudigd.
- De geldigheidsperiode en de aanvragen tot verlenging van de aanvraag tot verkrijgen van een tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven, worden afgeschaft.
- Een aanvraag tot herziening van de afhankelijkheidsgraad, wegens verergering, moet altijd berusten op een medische of verpleegkundige indicatie die gestaafd is met een omstandig verslag en dit na een besluit tot wijziging genomen door de adviserend geneesheer, het Nationaal College of door een plaatselijk college.

In alle gevallen (aanvraag tot aanneming of aanvraag tot herziening van de afhankelijkheids categorie), dient de aanvraag binnen een termijn van zeven dagen die volgen op de dag van de opname te worden ingediend.

## 10. Projecten van zorgverlening gecoördineerd door huisartsen

Voor bepaalde tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen, kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten, waarbinnen een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering kan worden verleend<sup>61</sup>. Deze projecten werden in de tijd beperkt tot 2 jaar, waarna een evaluatie volgde. Thans is voorzien in een verlenging van de zorgverlening in geval de resultaten op het terrein bevredigend zijn.

Het formulier om bij de verzekeringsinstelling een aanvraag voor tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijks leven in te dienen wordt vervangen<sup>62</sup>.

## 11. Gecoördineerde multidisciplinaire zorg

Voor bepaalde zorgvragen volstaat geen louter medische interventie maar dient er op meerdere vlakken te worden gewerkt om de maatschappelijke en psychische gevolgen van het ziek zijn het hoofd te kunnen bieden. Hiertoe worden door bepaalde centra multidisciplinaire zorgprogramma's aan de rechthebbende aangeboden.

Type-overeenkomsten met deze centra kunnen op voorstel van het College van geneesheren-directeurs of op voorstel van de overeenkomsten- en akkoordcommissies aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd. Ze kunnen bepalingen bevatten over het doel, de kwantitatieve en kwalitatieve voorwaarden, de programma's, de prestaties en de prijs van de beoogde multidisciplinaire zorgprogramma's.

Deze overeenkomsten worden voor advies aan de Commissie voor begrotingscontrole voorgelegd.

Nadien kan het Verzekeringscomité dan overeenkomsten afsluiten met de individuele centra<sup>63</sup>.

<sup>60</sup> K.B. van 28 september 2006 tot wijziging van het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 10 november 2006, p. 60211.

<sup>61</sup> K.B. van 8 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 22 mei 2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen, B.S. van 15 december 2006 (Ed. 3), p. 72402.

<sup>62</sup> Verordening van 4 december 2006 tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 19 december 2006 (Ed. 2), p. 72894.

<sup>63</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 213-215.

## 12. Palliatieve verzorging

Tussen het Verzekeringscomité en de Gemeenschappen (de Vlaamse, Franse en Duitstalige) kan voortaan een overeenkomst worden gesloten waarbij verstrekkingen worden gefinancierd, verleend in het kader van projecten voor palliatieve verzorging overdag<sup>64</sup>.

## 13. Therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg<sup>65</sup>

Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor de financiering van therapeutische projecten in de geestelijke gezondheidszorg, mits de nodige elementen erin zijn opgenomen.

Deze projecten:

- worden ingediend bij het Verzekeringscomité en dienen een doelgroep te beogen van patiënten die duidelijk worden geïdentificeerd op basis van hun leeftijdsgroep en die een complexe en chronische psychiatrische problematiek vertonen;
- hun werkingsgebied dient te worden gedefinieerd en indicaties dienen te worden gegeven over de prevalentie van die psychiatrische problematiek binnen die zone;
- dienen te worden georganiseerd opdat de best mogelijke behandeling van de patiënten die tot de doelgroep behoren, verzekerd wordt door zorgcontinuïteit door hun verzorging op maat aan te bieden, rekening houdende met de psychiatrische problematiek en de leefomgeving.

Elk project moet door minstens drie partners worden ingediend, waaronder:

- een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische dienst van een algemeen ziekenhuis;
- een centrum voor geestelijke gezondheidszorg of minstens een pilootproject “psychiatrische zorg voor patiënten in de thuissituatie” of “outreaching”;
- een dienst in het kader van de eerstelijnsgezondheidszorg: vereniging van huisartsen, vereniging van thuisverpleging of -zorg of een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging (GDT).

Deze partners dienen een onderling samenwerkingsakkoord af te sluiten.

Er wordt voorzien in een tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging om de kosten van coördinatie tussen partners en van het overleg rond de patiënt te dekken, behalve in het geval een geïntegreerde dienst voor thuiszorg is betrokken. Dan wordt het overleg rond de patiënt gefinancierd vanuit een budget dat specifiek voorzien is voor het overleg tussen verstrekkers in het kader van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

---

<sup>64</sup> K.B. van 8 december 2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten in verband met palliatieve dagverzorging, B.S. van 20 december 2006 (Ed. 2), p. 73296.

<sup>65</sup> K.B. van 22 oktober 2006 tot wijziging van het K.B. van 14 mei 2003 tot vaststelling van de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 6 november 2006, p. 58860, K.B. van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, overeenkomsten kan sluiten voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg, B.S. van 6 november 2006, p. 58861 en het M.B. van 24 oktober 2006 tot wijziging van het M.B. van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen, omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 6 november 2006, p. 58866.

## 14. Farmaceutische sector

### Kiwi

De procedures voor groepsgewijze herzieningen om budgettaire redenen, beter bekend als kiwi, worden aangepast.

Het is de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen of de Minister die het initiatief neemt tot een groepsgewijze herziening. De procedure kan worden beperkt tot specialiteiten die hetzelfde werkzame bestanddeel bevatten. Omdat de procedure als redelijk complex kan worden beschouwd moet het mogelijk zijn om rekening te houden met meerdere parameters en vergelijkingscriteria: werkzaam bestanddeel, dosering, toedieningsvorm en eventueel het aantal eenheden.

Met de wijzigingsbepalingen van de Programmawet<sup>66</sup> en de Gezondheidswet<sup>67</sup> wordt er ondermeer een beschermingsperiode ingevoerd, ten voordele van de aanvrager die het voordeligste voorstel heeft geformuleerd en wordt de inwerkingtreding achteruitgeschoven.

Gedurende de periode tot groepsgewijze herziening en tot het verstrijken van 18 maanden (te rekenen vanaf de eerste dag van de maand van inwerkingtreding van de beslissing genomen krachtens de procedure = beschermingsperiode) kunnen specifieke regels afwijken van de normale procedureregels. Het gaat om regels met betrekking tot:

- de onontvankelijkheid van de aanvragen tot wijziging van de vergoedingscategorie;
- de opname op de lijst van nieuwe specialiteiten, en meer bepaald met betrekking tot de vaststelling van de referentiespecialiteit en tot de vaststelling van de vergoedingsbasis van de nieuw opgenomen specialiteit;
- de vaststelling van de prijs en vergoedingsbasis van de kopieën en de generieken met betrekking tot hun referentiespecialiteit wordt uitgebreid tot parallel ingevoerde specialiteiten;
- de onbeschikbaarheid van een specialiteit waarop de beslissing genomen is;
- de schrapping van een specialiteit waarop de beslissing genomen is.

De beslissing groepsgewijze herziening treedt in werking de eerste dag van de vierde maand volgend op de publicatie in het Belgisch Staatsblad. Dit laat de farmaceutische bedrijven toe een stock aan te leggen voor de hypothese waarin hun marktaandeel zou stijgen door de tussengekomen wijzigingen.

Er wordt tevens voorzien dat de vrijwillige dalingen van prijs of vergoedingsbasis niet eerder in werking treden dan de beslissing genomen in het kader van de “kiwi-procedure”.

Er worden nadere regels bepaald voor het geval dat de “winnaar” van de “kiwi-procedure” gedurende de procedure of gedurende de beschermingsperiode na deze procedure voor minstens een maand onbeschikbaar zou zijn.

Voor onbeschikbaarheden van meer dan drie maand bestaat de mogelijkheid tot schrapping en het tijdelijk uit de handel nemen van de specialiteit.

Vanaf het moment dat men zeker is dat de specialiteit niet in de handel zal zijn drie maanden na de inwerkingtreding van de beoogde opname, wordt de procedure afgesloten. Indien de beslissing al wel was genomen maar nog niet gepubliceerd wordt ze hervormd, en indien ze reeds wel was gepubliceerd of in werking getreden, zal ze een schrapping van rechtswege tot gevolg hebben.

<sup>66</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 231-232.

<sup>67</sup> Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), artikel 78.

### III. UITKERINGSVERZEKERING

#### Arbeidsongeschiktheid

De arbeidsongeschiktheidsuitkering wordt voortaan voor de eerste maal uitbetaald binnen de dertig dagen na ontvangst van de aangifte van de arbeidsongeschiktheid<sup>68</sup>. Voorheen was dit binnen de dertig dagen na de aanvang van de arbeidsongeschiktheid.

De vooropgestelde datum voor inproductiestelling van het elektronisch inlichtingenblad, luik werkloosheid, wordt met dezelfde verordening verschoven van 1 juli 2006 naar 1 januari 2007. De testprocedures vragen echter meer tijd dan voorzien zodat de daadwerkelijke datum van inproductiestelling op een latere datum zal vallen.

#### Terugbetaling onverschuldigde prestaties

De procedure van akkoorden inzake de terugbetaling van onverschuldigde prestaties wordt hervormd. Dit om antwoord te kunnen bieden in de nieuwe juridische context waarbij de in moeilijkheden verkerende schuldenaar een betere bescherming geniet.

De verzekeringsinstelling moet een ten onrechte ontvangen bedrag aan uitkeringen principieel terugvorderen binnen een termijn van twee jaar.

Wanneer de sociaal verzekerde niet in de mogelijkheid verkeert om het onverschuldigd bedrag aan uitkeringen in één keer terug te betalen, dan bestaat de mogelijkheid tot gespreide terugbetaling door het afsluiten van een overeenkomst tussen de schuldenaar en de verzekeringsinstelling.

De reglementering wordt op twee vlakken aangepast<sup>69</sup>: voortaan moeten deze akkoorden worden goedgekeurd door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle van het RIZIV (en niet meer door de leidend ambtenaar van de Dienst voor uitkeringen) wanneer de terugvordering zal lopen over meer dan zeven jaar (twee jaar voordien).

#### Hulp van derden

Vanaf 1 januari 2007 kunnen alle gerechtigden die voldoen aan de criteria voor de erkenning van de behoefte aan andermans hulp, vanaf de vierde maand van de arbeidsongeschiktheid aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden van 12 EUR per dag (actueel dagbedrag).

De invalide gerechtigde die op 31 december 2006, op basis van de erkenning van de behoefte aan andermans hulp, aanspraak kan maken op uitkeringen als gerechtigde met gezinslast, behoudt deze hoedanigheid voor de periode tijdens dewelke de behoefte aan andermans hulp verder erkend wordt, indien het verschil tussen het bedrag van zijn uitkering als gerechtigde met gezinslast en het bedrag van zijn uitkering als gerechtigde zonder gezinslast hoger is dan 12 EUR (actueel dagbedrag)<sup>70</sup> (overgangsmaatregel).

---

<sup>68</sup> Verordening van 21 juni 2006 tot wijziging van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en van de Verordening van 18 januari 2006 tot wijziging van de Verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de voormelde gecoördineerde wet, B.S. van 20 november 2006 (Ed. 3), p. 62014.

<sup>69</sup> K.B. van 10 november 2006 tot wijziging, wat betreft de terugvordering van onverschuldigde prestaties, van het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 8 december 2006, p. 68637.

<sup>70</sup> K.B. van 29 januari 2007 tot wijziging, wat de forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden betreft, van het K.B. van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, p. 8539.

### **Dagbedrag van de minimum invaliditeitsuitkering**

Vanaf 1 januari 2007 wordt het minimumbedrag van de invaliditeitsuitkering voor een regelmatig werknemer met gezinslast en voor een regelmatig werknemer zonder gezinslast, alleenstaande, respectievelijk gekoppeld aan het gewaarborgd minimumgezinsrustpensioen en het gewaarborgd minimumrustpensioen voor de andere werknemers (bedragen voor een werknemer met een volledige loopbaan)<sup>71</sup>. Het koninklijk besluit dat verder uitwerking moet geven aan deze maatregel is nog niet gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad.

### **Welvaartsaanpassing**

In het kader van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen<sup>72</sup> worden een aantal belangrijke revalorisatiemaatregelen genomen (naar analogie met de maatregelen genomen in het kader van de uitkeringsverzekering voor werknemers in het kader van het “generatiepact”):

- invoering van het onderscheid tussen een gerechtigde zonder gezinslast, samenwonende en gerechtigde zonder gezinslast, alleenstaande (voordien was er enkel sprake van een gerechtigde zonder gezinslast);
- koppeling van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering van de gerechtigde met gezinslast en van de gerechtigde zonder gezinslast, alleenstaande, respectievelijk aan het bedrag van het minimumgezinsrustpensioen voor een zelfstandige en het bedrag van het minimumrustpensioen voor de andere zelfstandigen;
- koppeling van de invaliditeitsuitkeringen voor de gerechtigde met gezinslast en de gerechtigde zonder gezinslast, alleenstaande, met stopzetting van hun vroegere activiteit als zelfstandige, aan de minimumuitkeringsbedragen voor een regelmatig werknemer;
- het bedrag van de invaliditeitsuitkering van de gerechtigde zonder stopzetting van de zelfstandige activiteit stemt overeen met het bedrag van de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering;
- vanaf de vierde maand van de arbeidsongeschiktheid kunnen alle gerechtigden die voldoen aan de criteria voor de erkenning van de behoefte aan andermans hulp, aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden van 12 EUR per dag (actueel dagbedrag).

Deze maatregelen zijn ingegaan op 1 januari 2007.

## **IV. GENEESKUNDIGE EVALUATIE EN CONTROLE**<sup>73</sup>

### **Responsabilisering van de zorgverleners**

Sinds de Wet van 24 december 2002 bestaat de opdracht van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, naast geneeskundige controle op de zorgverzekering, de uitkeringsverzekering en de moederschapsverzekering, ook uit informatieverlening naar de zorgverleners toe om inbreuken op de wet te voorkomen en uit de evaluatie van verstrekkingen om overbodige of onnodig dure verstrekkingen op te sporen.

<sup>71</sup> Programmawet van 27 december 2006, B.S. van 28 december 2006 (Ed. 3), artikelen 134-136.

<sup>72</sup> K.B. van 21 december 2006 tot wijziging van het K.B. van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en de meewerkende echtgenoten, B.S. van 29 december 2006 (Ed. 6), p. 76070.

<sup>73</sup> Inzake geneeskundige evaluatie en controle zijn er 4 grote wetswijzigingen: wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, B.S. van 22 december 2006 (Ed. 2), wet houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 27 december 2006 (Ed. 3), wet houdende diverse bepalingen (II), B.S. van 27 december 2006 (Ed. 3) en de wet van 21 december 2006 houdende oprichting van Kamers van eerste aanleg en Kamers van beroep bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV, B.S. van 14 februari 2007.

### **Nieuwe structuren**

Om voldoende waarborgen te bieden aan de rechten van de verdediging van de zorgverleners, zijn de structuren aangepast.

Er wordt een kamer van eerste aanleg en een kamer van beroep ingevoegd, aan Nederlandstalige en Franstalige kant. Ze zijn samengesteld uit 1 magistraat, 2 leden artsen van de verzekeringsinstellingen en 2 leden zorgverleners per betrokken discipline. De kamers van beroep vormen vanzelfsprekend de tweede aanleg.

Het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle wordt eveneens aangepast in zijn samenstelling. Bepaalde groepen (verzekeringsinstellingen en geneesheren) worden in aantal teruggebracht, te weten van acht naar zes vertegenwoordigers. De orde van apothekers wordt voor het eerst vertegenwoordigd in het Comité.

### **Nieuwe bevoegdheden**

Er wordt een nieuwe bevoegdheidsverdeling ingevoegd in functie van de aard van de inbreuk:

- de niet-uitgevoerde verstrekkingen;
- de niet-conforme verstrekkingen;
- de niet-curatieve en niet-preventieve verstrekkingen;
- het uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen;
- het voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen;
- het voorschrijven van sommige farmaceutische specialiteiten waarbij de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen onvoldoende nageleefd werden;
- de louter administratieve tekortkomingen;
- het aanzetten tot overconsumptie of het overdreven voorschrijven.

Per tenlastelegging wordt een sanctie bepaald in het nieuwe artikel 142 van de gecoördineerde wet. De sancties zijn voortaan van rechtswege uitvoerbaar (geen schorsing meer in gevolge hoger beroep), er kunnen betalingstermijnen worden toegestaan en er is de mogelijkheid uitstel van betaling toe te kennen voor een termijn van maximum 3 jaar voor het geheel of een gedeelte van de boete.

A. De **leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle** heeft volgende bevoegdheden:

1. Opleggen van terugbetaling en/of een administratieve geldboete aan de zorgverleners voor de niet-uitgevoerde, de niet-conforme, de niet-curatieve of niet-preventieve verstrekkingen, wanneer:
  - de zorgverlener gedurende de 5 jaar voorafgaand aan de vaststelling niet het voorwerp is geweest van een maatregel opgelegd door een administratieve of jurisdictionele instantie;
  - de feiten geen aanwijzing vertonen van bedrieglijke handelingen;
  - de schade aan de ziekteverzekering lager is dan 25 000 EUR.
2. Het opleggen van monitoring.
3. Het instellen van hoger beroep bij de kamer van eerste aanleg tegen een beslissing van het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle tot afsluiting zonder gevolg of met een waarschuwing van een overconsumptiedossier.
4. Het instellen van hoger beroep tegen beslissingen van de kamer van eerste aanleg.

B. De **kamer van eerste aanleg** heeft volgende bevoegdheden:

1. Het opleggen van een terugbetaling of een administratieve geldboete voor:
  - de niet-uitgevoerde, niet-conforme, niet-curatieve of niet-preventieve verstrekkingen die buiten de bevoegdheid van de leidend ambtenaar vallen;
  - het uitvoeren van overbodige of onnodig dure verstrekkingen;
  - het voorschrijven van overbodige of onnodig dure verstrekkingen;
  - het voorschrijven van sommige farmaceutische specialiteiten waarbij de aanbevelingen van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen onvoldoende nageleefd werden.
2. De zorgverleners kunnen bij de kamer van eerste aanleg beroep aantekenen tegen beslissingen van de leidend ambtenaar.

C. De **Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle** kan cassatieberoep indienen bij de Raad van State.

### **Geneesmiddelen : "a posteriori-controle"**

Voor de "a posteriori-controle" van de farmaceutische specialiteiten van hoofdstuk II volgt een nieuwe procedure.

De Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen (CTG) stelt voor de farmaceutische specialiteiten aanbevelingen op, waarna het Comité voor evaluatie van de medische praktijk inzake geneesmiddelen, op eigen initiatief of op initiatief van de Minister, de indicatoren vastlegt waardoor het mogelijk wordt de drempel te bepalen waarboven het voorschrijfprofiel moet worden onderzocht.

Wanneer een zorgverlener blijkt geeft van manifeste afwijking, nodigt de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) hem uit binnen de maand zijn verweermiddelen te bezorgen. Na onderzoek kan de DGEC dan beslissen het dossier af te sluiten zonder gevolg, dan wel de zorgverlener onder monitoring te plaatsen. Dit is een evaluatie van het voorschrijfgedrag en de uitvoeringswijze van een zorgverlener op basis van de aanbevelingen van de CTG.

Wanneer na de monitoring, die ten minste 6 maanden duurt, blijkt dat de zorgverlener zich niet of onvoldoende heeft aangepast, wordt hij opnieuw verzocht binnen de maand zijn verweer voor te leggen aan de DGEC.

Deze verklaringen worden voorgelegd aan het Comité van de dienst voor geneeskundige evaluatie en controle die beslist:

- het dossier zonder gevolg af te sluiten;
- het dossier af te sluiten met een waarschuwing;
- het dossier voor te leggen aan het Nationaal college van adviserend geneesheren.

Het Nationaal college van adviserend geneesheren voert een *ad hoc* steekproef uit. Als uit het resultaat ervan blijkt dat in meer dan 20 % van de gevallen de aanbevelingen niet worden nageleefd, worden de resultaten overgemaakt aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

In het andere geval wordt de zorgverlener geconfronteerd met de bevindingen van het College en krijgt hij een maand om zijn verweermiddelen over te maken aan het Comité van de DGEC.

Het Comité kan:

- het dossier zonder gevolg afsluiten;
- het dossier afsluiten met een waarschuwing;
- het dossier aanhangig maken bij de kamer van eerste aanleg.