

**TITEL VI**  
**FINANCIELE EN STATISTISCHE BEPALINGEN**

**HOOFDSTUK I**  
**ONTVANGSTENBESCHEIDEN**

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 1](°)

**Art. 331.** De verzekeringsinstellingen zenden het Instituut de in artikel 276, § 1, 1 tot 6 bedoelde bijdragebescheiden in de [door het Algemeen beheerscomité na advies van de Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle] voorgeschreven vormen en termijnen.

**Art. 332.** De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden jaarlijks de naamlijsten op te stellen van de bij hen per 30 juni, aangesloten of ingeschreven rechthebbenden, met onderscheid tussen de bijdrageplichtigen en de niet-bijdrageplichtigen. Voor elk kwartaal worden bijwerkingen opgesteld.

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 2](°°)

De in het eerste lid bedoelde lijsten stroken met de modellen die [door het Algemeen beheerscomité na advies van de Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle] zijn vastgesteld en worden binnen drie maanden na het einde van de periode waarop zij betrekking hebben overgezonden [aan het Instituut].

**Art. 333.** De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden driemaandelijks de naamlijsten van de gerechtigden en de ascendenten op te stellen die een persoonlijke bijdrage hebben betaald in toepassing van de artikelen 287, 130, 131 en 250.

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 3](°°°)

De in het eerste lid bedoelde lijsten stroken met de modellen vastgesteld [door het Algemeen beheerscomité na advies van de Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle] en worden overgezonden [aan het Instituut] binnen de drie maanden volgend op de periode waarop zij betrekking hebben.

**Art. 334.** De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden jaarlijks de bescheiden op te stellen waarin de ontvangsten uit de door de rechthebbenden gestorte bijdragen en de gerechtelijke interesten, zijn opgenomen.

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 4](°°°°)

Deze bescheiden stroken met de door het Algemeen comité opgemaakte modellen en worden [aan het Instituut] overgemaakt binnen de drie maanden volgend op het einde van het jaar waarop zij betrekking hebben.

---

(°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°°°) van toepassing vanaf 1-1-2014

## HOOFDSTUK II UITGAVENBESCHEIDEN

**Art. 335.** Ten einde de diensten van het Instituut toe te laten de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen af te sluiten, zijn de verzekeringsinstellingen verplicht, overeenkomstig de in deze afdeling vermelde modaliteiten, enerzijds maandelijks bescheiden op te maken die alle tijdens de betrokken maand geboekte uitgaven bedoeld in titel III, hoofdstuk III van de gecoördineerde wet omvatten en anderzijds trimestriële bescheiden op te maken die alle tijdens het betrokken trimester geboekte uitgaven bedoeld in titel IV, hoofdstuk III en in titel V, hoofdstuk III van de gecoördineerde wet omvatten. Deze uitgavenbescheiden zijn cumulatief voor de maanden, respectievelijk de trimesters, van eenzelfde dienstjaar, met uitzondering van de bescheiden bedoeld in de artikelen 339 en 340.

Zij worden zowel op het niveau van de verzekeringsinstelling als op het niveau van elk ziekenfonds of elke gewestelijke dienst opgemaakt, overeenkomstig de modellen die worden vastgesteld door het Verzekeringscomité of het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen, naargelang het respectievelijk uitgaven bedoeld in titel III, hoofdstuk III of uitgaven bedoeld in titel IV, hoofdstuk III en in titel V, hoofdstuk III van de gecoördineerde wet betreft.

De door de verzekeringsinstellingen opgemaakte uitgavenbescheiden worden opgesteld aan de hand van de verzamelde uitgavenbescheiden van de ziekenfondsen of gewestelijke diensten, die voorafgaandelijk het voorwerp moeten hebben uitgemaakt van controle en tarificatie op het niveau van de verzekeringsinstelling.

De op het niveau van de ziekenfondsen of gewestelijke diensten opgemaakte uitgavenbescheiden worden door de verzekeringsinstellingen in tweevoud overgemaakt aan het Instituut binnen drie maanden na het einde van het trimester waarop ze betrekking hebben.

De op het niveau van de verzekeringsinstellingen opgemaakte uitgavenbescheiden worden door de verzekeringsinstellingen in tweevoud overgemaakt aan het Instituut, binnen drie maanden na het einde van de maand, waarop ze betrekking hebben.

**Art. 336.** [W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 5](°)

Teneinde de Dienst voor administratieve controle toe te laten de uitgavenbescheiden te vergelijken met de boekhouding van de ziekenfondsen, de gewestelijke diensten of de verzekeringsinstellingen worden voor elk van de categorieën van uitgaven bedoeld in artikel 335, eerste lid, trimestrieel afzonderlijk verzamelbescheiden opgemaakt op het niveau van elk controlepunt. Zij worden overgemaakt [aan het Instituut] binnen de termijnen bedoeld in artikel 335, vierde lid.

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 5](°°)

Zij worden opgemaakt overeenkomstig een model dat wordt vastgesteld [door het Algemeen beheerscomité na advies van de Technische commissie van de Dienst voor administratieve controle] en omvatten tenminste volgende uitsplitsingen:

---

(°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°) van toepassing vanaf 1-1-2014

1° het tijdens het betrokken trimester in de boekhouding ingeschreven bedrag van contant betaalde prestaties en van tijdens het betrokken trimester nageziene en getarifeerde facturen;

2° het bedrag van de onder 1° vermelde operaties die ingevolge de validiteitscontrole bedoeld in artikel 335 niet werden weerhouden voor inschrijving op de uitgavenbescheiden;

3° het bedrag van alle tijdens het betrokken of een voorgaand trimester onder 2° vermelde operaties die na regularisatie op de uitgavenbescheiden van het betrokken trimester worden ingeschreven;

4° het bedrag van de tijdens het betrokken trimester of voorgaande trimesters op de in artikel 335 bedoelde uitgavenbescheiden opgenomen uitgaven, die tijdens het betrokken trimester worden afgevoerd.

**Art. 337.** De staten betreffende de geneeskundige verzorging waarvan het model wordt opgemaakt door het Verzekeringscomité bevatten ten minste volgende inlichtingen:

- het bedrag van de uitgaven;
- het aantal verstrekkingen;
- het aantal dagen ziekenhuisverpleging in een inrichting bedoeld in de artikelen 23 en 34, 6°, 9°, 11° en 12° van de gecoördineerde wet.

Deze gegevens moeten rekening houden met de volgende schiftingsen:

- a) 1. met uitsluiting van de onder 2 bedoelde rechthebbenden, de in artikel 32, eerste lid, 1° tot 6°, van de gecoördineerde wet bedoelde gerechtigden en de personen te hunnen laste, ingedeeld naar de stand van de gerechtigde, alsmede de in artikel 32, eerste lid, 14°, 15° en 16°, van de gecoördineerde wet bedoelde rechthebbenden;
2. de gerechtigden in staat van invaliditeit en de personen te hunnen laste;
3. de in artikel 32, eerste lid, 7°, 8° en 9 van de gecoördineerde wet bedoelde gerechtigden en de personen te hunnen laste;
4. de in artikel 32, eerste lid, 12° van de gecoördineerde wet bedoelde gerechtigden en de personen te hunnen laste, alsmede de gerechtigden bedoeld in artikel 32, eerste lid, 16°, van de gecoördineerde wet;

De staten betreffende de onder 2, 3 en 4 bedoelde groepen, dienen daarenboven afzonderlijk te worden opgesteld naargelang hun inkomens zoals ze door de Koning zijn vastgesteld, al of niet meer bedragen dan het door Hem bepaalde jaarbedrag.

b) de groepen van de in artikel 34 van de gecoördineerde wet bepaalde verstrekkingen en, in die groepen, een indeling volgens de voornaamste soorten van verstrekkingen of de voornaamste klassen van vergoedingstarieven, die zijn omschreven door het Verzekeringscomité.

c) een schifting naargelang de verstrekking in het lopend boekjaar werd verricht, dan wel in een vorig boekjaar.

De bepalingen van dit artikel zijn niet van toepassing op de uitgaven ingevolge herfacturering van de ligdagprijs, doorgevoerd in het raam van artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

**Art. 338.** Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen stelt het model vast:

1° van de staten betreffende de primaire ongeschiktheid;

2° van de staten betreffende de moederschapsverzekering waarin invalide gerechtigden niet in aanmerking genomen worden.

Deze staten bevatten ten minste de volgende inlichtingen:

- het bedrag van de uitgaven;
- het aantal uitkeringsdagen, met inachtneming van de schifting naar de stand van de gerechtigden.

**Art. 339.** Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen stelt het model vast:

1° van de kwartaalstaten op naam betreffende de invaliditeit;

2° van de kwartaalstaten op naam betreffende de moederschapsverzekering voor invalide gerechtigden.

Deze staten bevatten ten minste de volgende inlichtingen:

- identificering van de gerechtigde, inzonderheid zijn statistische aanwijzer, alsmede het nummer dat hem door de Dienst voor uitkeringen is toegewezen;
- het betaalde bedrag;
- het aantal uitkeringsdagen.

**Art. 340.** [Opgeheven door: K.B. 22-11-13 – B.S. 19-12 – ed. 1 – art. 7] (°)

### HOOFDSTUK III

#### VERMINDERING VAN DE OP DE UITGAVENBESCHEIDEN VERMELDE BEDRAGEN

**Art. 341.** Indien de uitgaven vermeld op de in artikel 348 bedoelde tabel minder bedragen dan de overeenkomstige uitgaven vermeld op het in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheid, wordt bovendien het verschil in mindering gebracht van het bedrag dat voorkomt op het uitgavenbescheid. De hiervoor noodzakelijk zijnde vergelijking wordt uitgevoerd voor het geheel van alle disciplines samen waarvoor de in artikel 348 bedoelde staat wordt opgesteld. Ze wordt slechts uitgevoerd vanaf het tweede volledig jaar waarvoor de in artikel 348 bedoelde staat wordt opgesteld, en voor het eerst bij de afsluiting van de rekeningen met betrekking tot 1986.

### HOOFDSTUK IV

#### VERZAMELBESCHEIDEN EN FINANCIËLE BESCHEIDEN

**Art. 342.** De verzekeringsinstellingen zijn verplicht jaarlijks verzamelbescheiden op te maken van alle tijdens het betrokken dienstjaar geboekte uitgaven bedoeld in artikel 194 van de gecoördineerde wet.

Deze verzamelbescheiden worden op het niveau van de verzekeringsinstelling opgemaakt, overeenkomstig een model dat wordt vastgesteld door het Algemeen comité en bevatten tenminste inlichtingen aangaande personeelskosten, kosten voor infrastructuur, kantoorkosten, afschrijvingen, onrechtmatige betalingen en sancties.

Deze verzamelbescheiden worden door de verzekeringsinstellingen in tweevoud overgemaakt aan het Instituut binnen vier maanden na het einde van het dienstjaar waarop ze betrekking hebben.

---

(°) van toepassing vanaf 1-1-2013

**Art. 343.** De verzekeringsinstellingen zijn verplicht jaarlijks globale verzamelbescheiden op te maken van alle tijdens het betrokken dienstjaar geboekte ontvangsten en uitgaven met betrekking tot het beheer van het stelsel van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, alsmede een verzamelbescheid betreffende de stand van activa en passiva.

Zij worden zowel op het niveau van de verzekeringsinstelling als op het niveau van elk ziekenfonds of elke gewestelijke dienst opgemaakt, overeenkomstig modellen vastgesteld door het Algemeen comité.

[V - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 6](°)

[Deze globale verzamelbescheiden van alle tijdens het betrokken dienstjaar geboekte ontvangsten en uitgaven worden door de verzekeringsinstellingen overgemaakt aan het Instituut vóór 30 juni van het jaar dat volgt op het betrokken boekjaar.]

[I - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 6](°°)

[Verzamelbescheiden betreffende de stand van activa en passiva worden door de verzekeringsinstellingen overgemaakt aan het Instituut vóór het einde van de maand na het opmaken van de jaarlijkse beheersrekeningen voor de verschillende takken van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen door het Algemeen comité.]

**Art. 344.** De verzekeringsinstellingen zijn verplicht maandelijks bescheiden op te maken betreffende de financiële stand van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Deze financiële bescheiden worden zowel op het niveau van de verzekeringsinstellingen als op het niveau van elk ziekenfonds of van elke gewestelijke dienst opgemaakt, overeenkomstig modellen die worden vastgesteld door het Algemeen comité, en bevatten tenminste inlichtingen omtrent de beschikbare fondsen bij het begin en het einde van de betrokken maand, de ontvangsten en de uitgaven tijdens de betrokken maand, de stand van de leningen en de onvereffende facturen.

[W - K.B. 27-5-14 - B.S. 13-6 - art. 7](°°°)

Deze financiële bescheiden worden door de verzekeringsinstellingen in tweevoud overgemaakt aan het Instituut vóór de [negenentwintigste] dag van de maand die volgt op de maand waarop deze stukken betrekking hebben.

## HOOFDSTUK V GETALSTERKTESTATEN

**Art. 345.** De verzekeringsinstellingen zijn ertoe gehouden driemaandelijks voor elk ziekenfonds of gewestelijke dienst de getalsterktestaten op te stellen op basis van de op de laatste dag van het betrokken trimester bekende effectieven.

Deze staten stroken met de modellen vastgesteld door de diensten van het Instituut en worden binnen de twee maanden volgend op het trimester waarop zij betrekking hebben aan de genoemde diensten overgezonden.

---

(°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°) van toepassing vanaf 1-1-2014  
(°°°) van toepassing vanaf 1-1-2014

## HOOFDSTUK VI STATISTISCHE TABELLEN

[W - K.B. 21-9-99 - B.S. 9-10]

**Art. 346.** De verzekeringsinstellingen zijn verplicht, met inachtneming van de in deze afdeling vermelde modaliteiten, statistische tabellen op te maken, overeenkomstig modellen die, voor wat de in de artikelen 347 tot 351bis, bedoelde tabellen betreft, worden vastgesteld door het Verzekeringscomité en voor wat de in de artikelen 352 en 353, bedoelde tabellen betreft, worden opgevaardigd door het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen.

**Art. 347.** Met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen worden maandelijks cumulatieve statistische tabellen opgesteld per nomenclatuurcode of pseudonomenclatuurcode, voor de medische en paramedische disciplines, bepaald door het Verzekeringscomité. Deze tabellen bevatten de bedragen van de uitgaven, het aantal verstrekkingen en het aantal verpleegdagen voor het geheel van de algemene regeling en de regeling der zelfstandigen samen, zonder onderscheid van ziekenfonds of gewestelijke dienst. De desbetreffende uitgaven dienen minstens het niveau te bereiken van de gegevens opgenomen op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

De verzekeringsinstellingen zenden hun tabellen aan de diensten van het Instituut, binnen drie maanden na de maand waarop ze betrekking hebben.

**Art. 348.** Met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen worden semestriële niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per zorgverlener, per voorschrijvend geneesheer of per verplegingsinstelling, voor de disciplines en volgens de modaliteiten, bepaald door het Verzekeringscomité. De desbetreffende uitgaven en verstrekkingen dienen minstens het niveau te bereiken van de gegevens opgenomen op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

De verzekeringsinstellingen zenden hun tabellen aan de Dienst voor geneeskundige verzorging binnen vier maanden na het semester waarop ze betrekking hebben.

[W - K.B. 21-9-99 - B.S. 9-10]

**Art. 349.** Bij het opstellen van de in de artikelen 347, 348, 350, 351 en 351bis, voorziene statistische tabellen wordt door de verzekeringsinstellingen een validiteitscontrole uitgevoerd op de in te brengen gegevens. De lijst van de te controleren elementen wordt opgesteld door het Verzekeringscomité. De uitgaven die het gevolg zijn van verwerpingen ingevolge de validiteitscontrole, komen niet in aanmerking voor boeking op de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

**Art. 350. § 1.** Met betrekking tot de vergoede verpleegdagen worden semestriële niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per verpleeginrichting en per dienst.

**§ 2.** Met betrekking tot de forfaitaire verpleegdagen vergoed krachtens een overeenkomst met de verpleeginrichtingen, worden semestriële niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per verpleeginrichting waarin eveneens de basisverstrekking wordt vermeld die tot de voormelde forfaits heeft geleid.

**§ 3.** Met betrekking tot de farmaceutische producten die in verpleeginrichtingen worden afgeleverd, worden semestriële niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per categorie, per product, per inrichting en per dienst.

**§ 4.** Met betrekking tot de forfaitaire vergoedingen die per dag, per maand, per aanvraag of per zitting worden betaald, worden semestriële niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per revalidatiecentrum, per rust- en verzorgingstehuis, per rustoord voor bejaarden, per psychiatrisch verzorgingstehuis en per initiatief voor beschut wonen.

**§ 5.** Het Verzekeringscomité legt de modaliteiten vast volgens welke de verzekeringsinstellingen de statistische tabellen, bedoeld in de voorgaande paragrafen, aan de Dienst voor geneeskundige verzorging bezorgen binnen vier maanden na het semester waarop ze betrekking hebben. De uitgaven moeten op zijn minst het niveau bereiken van de gegevens welke opgenomen zijn in de in artikel 337 bedoelde uitgavenbescheiden.

[V - K.B. 20-12-07 - B.S. 18-1-08 - ed. 3 - art. 1]

**Art. 351. § 1.** Met betrekking tot de relatieve uitgaven die vergoed worden voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, worden er jaarlijks per verblijf in een ziekenhuis statistische tabellen opgesteld op basis van de uitgaven geboekt over acht trimesters. Deze statistische tabellen bevatten volgende gegevens:

[W - K.B. 11-5-09 - B.S. 8-6 - art. 1]

1° een index die de identificatie van de verpleeginrichting waar het verblijf heeft plaatsgevonden, het gecodeerd nummer van het verblijf en de vermelding of het gaat om een opname of heropname, bevat [alook het jaar, de maand en de dag van ontslag];

2° kenmerken van het verblijf en van de patiënt:

a) de dienst van opname;

b) de code gerechtigde die het verzekeringsregime en de categorie van verzekerde aanduidt;

[V - K.B. 11-5-09 - B.S. 8-6 - art. 1]

[c) het geboortjaar van de patiënt;]

d) het interval tussen twee opnames in dagen;

[V - K.B. 11-5-09 - B.S. 8-6 - art. 1]

[e) het jaar, de maand en de dag van opname of heropname;]



- f) het geslacht van de patiënt;
- 3° het aantal verpleegdagen en het gefactureerd bedrag per datum en plaats van verstrekking;
- 4° de gedetailleerde gegevens betreffende de farmaceutische producten, bloed en bloedplasma, per productcode en per datum en plaats van aflevering;
- 5° de gedetailleerde gegevens van de geneeskundige verstrekkingen per nomenclatuurcodenummer, per identificatienummer van de zorgverlener en per datum en plaats van verstrekking;

[W – K.B. 11-5-09 – B.S. 8-6 – art. 1]

- 6° de [gedetailleerde] gegevens betreffende de klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro, per datum en plaats van verstrekking.

Het Verzekeringscomité bepaalt de nadere regels volgens dewelke de verzekeringsinstellingen de statistische tabellen, bedoeld in het eerste lid, bezorgen aan het Instituut, binnen zes maanden volgend op de boekingsperiode van deze statistische tabellen.

§ 2. Met betrekking tot de relatieve uitgaven voor rechthebbenden ten laste genomen in het kader van de dagen waarvoor de bedragen werden toegekend, bepaald in artikel 4, §§ 3 tot 7 inbegrepen, van de Nationale overeenkomst van 12 december 2005 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen, alsook in het kader van de dagen waarvoor het bedrag per verpleegdag is verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie, worden jaarlijks statistische tabellen opgesteld op basis van de uitgaven geboekt over een periode van zes trimesters. Deze statistische tabellen bevatten volgende gegevens:

[W – K.B. 11-5-09 – B.S. 8-6 – art. 1]

- 1° een index die de identificatie van de verpleeginrichting bevat waar de geneeskundige verstrekkingen hebben plaatsgevonden in het kader van de vorenbedoelde dagen, het gecodeerd nummer van de vorenbedoelde dagen en de vermelding of het gaat om een opname of een heropname [alsook het jaar, de maand en de dag van ontslag];

- 2° kenmerken van de vorenbedoelde dagen en van de patiënt:

- a) de pseudocode met betrekking tot de dienst waar de vorenbedoelde dagen plaatsvonden;
- b) de code gerechtigde die het verzekeringsregime en de categorie van verzekerde aanduidt;

[V – K.B. 11-5-09 – B.S. 8-6 – art. 1]

- [c] het geboortejaar van de patiënt;
- d) het interval tussen twee opnames in dagen;
- e) het jaar en de maand van opname voor de vorenbedoelde dagen;
- f) het geslacht van de patiënt;
- 3° het type vorenbedoelde dagen en het gefactureerd bedrag;

4° de gedetailleerde gegevens per productcode betreffende de farmaceutische producten, bloed en bloedplasma;

5° de gedetailleerde gegevens per nomenclatuurcodenummer van de geneeskundige verstrekkingen en de vermelding van het identificatienummer van de zorgverlener;

[W – K.B. 11-5-09 – B.S. 8-6 – art. 1]

6° de [gedetailleerde] gegevens betreffende de klinische biologie en nucleaire geneeskunde in vitro.

Het Verzekeringscomité bepaalt de nadere regels volgens dewelke de verzekeringsinstellingen de statistische tabellen, bedoeld in het eerste lid, bezorgen aan het Instituut, binnen zes maanden volgend op de boekingsperiode waarop deze tabellen betrekking hebben.

[I - K.B. 21-9-99 - B.S. 9-10; V - K.B. 1-2-10 - B.S. 26-2 - ed. 2 - art. 1]

**Art. 351bis.** [§ 1. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder :

1° « raadplegingen en bezoeken bij de algemeen geneeskundige » : de verstrekkingen die voorkomen in de bijlage van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor de geneeskundige verzorging en uitkeringen die overeenkomen met de codenummers inzake raadplegingen en bezoeken van de algemeen geneeskundigen, opgenomen onder artikel 2A van deze nomenclatuur met uitzondering van de bijkomende honoraria voor raadplegingen en bezoeken, van het bijkomend honorarium voor het beheer van het globaal medisch dossier en van het gebruik van een diabetespas;

2° « meerderheidsmethode » : de verzekeringsinstellingen bepalen voor elk lid het totaal aantal raadplegingen en bezoeken bij de algemeen geneeskundige in de loop van het betrokken boekjaar. Hierbij kunnen zich drie situaties voordoen :

a) het lid consumeert geen geneeskundige verzorging zoals gedefinieerd in 1° : er kan hem geen algemeen geneeskundige worden toegewezen; hij wordt niet als « patiënt » beschouwd;

b) het lid raadpleegt gedurende het hele boekjaar dezelfde algemeen geneeskundige : dit lid wordt beschouwd als een « patiënt » van deze arts;

c) het lid heeft verschillende algemeen geneeskundigen geraadpleegd gedurende het boekjaar : in dit geval selecteren de verzekeringsinstellingen de arts die het vaakst werd geraadpleegd. Het lid wordt enkel beschouwd als een « patiënt » van de arts die het vaakst werd geraadpleegd. Bij gelijkheid van het aantal raadplegingen van een patiënt bij verschillende huisartsen, wordt deze patiënt toegewezen aan de algemeen geneeskundige die het eerst werd geraadpleegd tijdens het jaar;

3° « het patiënteel » : voor elke algemeen geneeskundige, bepalen de verzekeringsinstellingen, op basis van de meerderheidsmethode, het aantal behandelde patiënten. Dit aantal wordt opgedeeld volgens bepaalde karakteristieken : geslacht, beheer van het globaal medisch dossier, de zorgtrajecten, het genot van de maximumfactuur, de sociale categorie van de patiënt, het geboortjaar. Dit aantal vormt het patiënteel van deze algemeen geneeskundige.

**§ 2.** Met betrekking tot de geneeskundige verstrekkingen worden jaarlijkse niet-cumulatieve statistische tabellen opgesteld per algemeen geneeskundige ter bepaling van zijn patiënteel. Deze statistische tabellen bevatten de volgende gegevens :

- 1° de identificatie van de verzekeringsinstelling;
- 2° het boekhoudkundig jaar;
- 3° het RIZIV identificatienummer van de algemeen geneeskundige;
- 4° het geslacht van de patiënt;
- 5° het bijhouden of niet van een globaal medisch dossier;
- 6° de behandelde pathologie in het kader van de zorgtraject zoals gedefinieerd in artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009;
- 7° het genot van de maximumfactuur;
- 8° de sociale categorie van de patiënt;
- 9° het geboortejaar;
- 10° het aantal patiënten, bepaald door de toepassing van de meerderheidsmethode bedoeld in § 1, 2°.

**§ 3.** Het Verzekeringscomité bepaalt de nadere regels volgens dewelke de verzekeringsinstellingen de statistische tabellen, bedoeld in § 2 doorsturen naar de Dienst voor geneeskundige verzorging, binnen de zes maanden volgend op de boekingsperiode waarop deze statistische tabellen betrekking hebben.

**§ 4.** De eerste boekingsperiode van de statistische tabellen ter bepaling van het patiënteel van de algemeen geneeskundigen betreft het boekjaar 2008. Het doorsturen van dit eerste bestand wordt voorzien voor het einde van de maand die volgt op de datum van bekendmaking van dit besluit.]

**Art. 352.** De statistische tabellen betreffende de primaire ongeschiktheidsuitkeringen bevatten de volgende gegevens:

- a) aantal gevallen van arbeidsongeschiktheid;
- b) aantal kalenderdagen;
- c) aantal vergoede dagen;
- d) bedrag van de uitkeringen.

Deze gegevens worden voor de werknemers en werklozen afzonderlijk opgemaakt en onder meer gesplitst naar sociale stand, kunne, vijfjarige leeftijdsgroepen en duur van erkende arbeidsongeschiktheid.

Deze statistische tabellen worden jaarlijks opgesteld per ziekenfonds of per gewestelijke dienst en worden overgezonden aan de Dienst voor uitkeringen binnen vijf maanden volgend op het einde van het dienstjaar waarop zij betrekking hebben.

**Art. 353.** De statistische tabellen betreffende de uitgaven in de moederschapsverzekering voor gerechtigden die niet in een periode van invaliditeit zijn, bevatten de volgende gegevens:

[W - K.B. 13-4-97 - B.S. 3-7] (°)

- a) aantal gerechtigden in een periode van moederschapsbescherming als bepaald in de artikelen 114 en 114bis van de gecoördineerde wet;
- b) aantal vergoede dagen;

---

(°) van toepassing vanaf 6-10-1996

c) bedrag van de uitkeringen.

Deze gegevens worden voor de werknemers en werklozen afzonderlijk opgemaakt en ondermeer gesplitst naar sociale stand en vijfjarige leeftijdsgroepen.

Deze statistische tabellen worden jaarlijks opgesteld per ziekenfonds of per gewestelijke dienst en worden overgezonden aan de Dienst voor uitkeringen binnen vijf maanden volgend op het einde van het dienstjaar waarop zij betrekking hebben.

## HOOFDSTUK VII

### BIJZONDERE BEPALINGEN TER ZAKE VAN DE INTERNATIONALE VERDRAGEN

**Art. 354.** De begrotingen en rekeningen met betrekking tot de toepassing van de internationale verdragen staan los van die van de algemene regeling voor verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, bepaald in de artikelen 16 en 80 van de gecoördineerde wet.

**Art. 355.** In afwijking van het bepaalde in de artikelen 331 tot 353, worden voor de ontvangsten, de uitgaven en de staten met betrekking tot personen die krachtens de bepalingen van een internationaal verdrag prestaties van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen genieten, bescheiden en staten opgemaakt welke los staan van die bepaald in de genoemde artikelen.

De bescheiden en staten, afzonderlijk opgemaakt voor elk internationaal verdrag en elke categorie van rechthebbenden, bevatten alle inlichtingen welke voor de diensten van het Instituut nodig zijn ter uitvoering van de bij de gecoördineerde wet en genoemde internationale verdragen voorgeschreven verplichtingen.

**Art. 356.** Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.