

N. 88 — 2219

21 NOVEMBER 1988. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 12, 4^o, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963 en van 8 april 1965 en op artikel 34^{quater}, gewijzigd bij de wetten van 8 april 1965 en van 7 juli 1976, en de koninklijke besluiten nr 408 van 18 april 1986 en nr 533 van 31 maart 1987;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen ter uitvoering van artikel 152, § 1, van voornoemde wet;

Gelet op het advies van de Technische Geneeskundige Raad, uitgebracht op 19 juli 1988;

Gelet op het advies van de Technische Farmaceutische Raad, uitgebracht op 10 juni 1988;

Gelet op het advies van de Technische Tandheelkundige Raad, uitgebracht op 9 september 1988;

Gelet op het advies van de Technische Raad voor ziekenhuisverpleging, uitgebracht op 1 juni 1988;

Gelet op het advies van de Technische Raad voor farmaceutische specialiteiten, uitgebracht op 2 juni 1988;

Na erover beraadslaagd te hebben in vergaderingen van 30 mei 1988 en 21 november 1988,

Besluit:

Artikel 1. In artikel 9^{ter} van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering worden de volgende bepalingen ingevoegd:

« § 12. De tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering mag slechts toegekend worden op voorwaarde dat de facturatie gepaard gaat met de aflevering van de facturatiegegevens op magnetische drager voor de hiernavolgende verstrekkingen afgerekend in het raam van de rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstelling:

1^o de verstrekkingen verricht voor een in een verplegingsinrichting opgenomen rechthebbende. Deze verplichting geldt evenwel niet voor de verstrekkingen verricht door een zorgverstrekkers die niet verbonden is aan de verplegingsinrichting noch voor deze verricht door een geneesheer die op 31 december 1983 sedert ten minste twintig jaar zijn praktijk in een ziekenhuis uitoefent en op die datum zelf zijn honoraria int voor zover hij verder gemachtigd is ze zelf te blijven innen overeenkomstig de bepalingen van artikel 143, § 2, van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987;

2^o de verstrekkingen van klinische biologie, pathologische anatomie en nucleaire geneeskunde in vitro verricht door de laboratoria voor klinische biologie, erkend in de zin van artikel 153, § 6, van de voornoemde wet van 9 augustus 1963.

De verstrekkingen verricht in laboratoria waarvoor het jaarbedrag van de verzekeringstegemoetkoming de 5 miljoen frank niet bereikt, vallen niet onder de toepassing van deze bepaling.

De modaliteiten volgens dewelke de aflevering van de magnetische dragers dient te gebeuren worden vastgelegd door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

§ 13. Voor de verstrekkingen waarvoor de rechtstreekse betaling door de verzekeringsinstellingen aan de zorgverstrekkers of aan de verplegingsinrichting niet van toepassing is, worden de vergoedingen van de verzekering voor geneeskundige verzorging verleend op voorwaarde dat het getuigschrift voor verstrekte hulp, of het aldus geldend document, af te leveren door de bedefenaars van de geneeskunst, de verplegingsinrichtingen en de paramedische medewerkers, zo vlug mogelijk en uiterlijk binnen een termijn van drie maanden na het einde van de maand waarin de verzorging is verleend, aan de rechthebbende wordt uitgereikt. »

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 1989.

Brussel, 21 november 1988.

De leidend ambtenaar,
Dr. J. Riga.

De voorzitter,
R. Van Den Heuvel.

F. 88 — 2219

21 NOVEMBRE 1988. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 12, 4^o modifié par les lois des 24 décembre 1963 et 8 avril 1965 et l'article 34^{quater}, modifié par les lois des 8 avril 1965 et 7 juillet 1976 et les arrêtés royaux n^o 408 du 18 avril 1986 et n^o 533 du 31 mars 1987;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 152, § 1^{er}, de la loi précitée;

Vu l'avis du Conseil technique médical, émis le 19 juillet 1988;

Vu l'avis du Conseil technique pharmaceutique, émis le 10 juin 1988;

Vu l'avis du Conseil technique dentaire, émis le 9 septembre 1988;

Vu l'avis du Conseil technique de l'hospitalisation, émis le 1er juin 1988;

Vu l'avis du Conseil technique des spécialités pharmaceutiques, émis le 2 juin 1988;

Après en avoir délibéré au cours de ses séances des 30 mai 1988 et 21 novembre 1988,

Arrête:

Article 1^{er}. Dans l'article 9^{ter} de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, sont insérées les dispositions suivantes:

« § 12. L'intervention de l'assurance maladie obligatoire ne peut être accordée qu'à la condition que la facturation soit associée à la délivrance des données de facturation sur support magnétique, pour les prestations suivantes facturées dans le cadre du paiement direct par l'organisme assureur:

1^o les prestations dispensées à un bénéficiaire hospitalisé. Cette obligation ne joue cependant pas pour les prestations effectuées par un dispensateur de soins non attaché à l'hôpital ni pour celles exécutées par le médecin qui, au 31 décembre 1983, exerce depuis vingt ans au minimum dans un hôpital et qui, à cette date, perçoit lui-même ses honoraires pour autant qu'il soit autorisé à continuer à les percevoir lui-même, conformément aux dispositions de l'article 143, § 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987,

2^o les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie et de médecine nucléaire in vitro effectuées par les laboratoires de biologie clinique agréés au sens de l'article 153, § 6, de la loi du 9 août 1963 précitée.

Les prestations effectuées dans des laboratoires pour lesquels le montant annuel de l'intervention de l'assurance n'atteint pas 5 millions de francs, ne tombent pas sous l'application de cette disposition.

Les modalités selon lesquelles doit s'effectuer la délivrance des supports magnétiques sont fixées par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

§ 13. Pour les prestations auxquelles le paiement direct par les organismes assureurs au dispensateur de soins ou à l'établissement de soins n'est pas applicable, les remboursements de l'assurance soins de santé sont octroyés à la condition que l'attestation de soins donnés ou le document qui en tient lieu, à délivrer par les praticiens de l'art de guérir, les établissements hospitaliers et les auxiliaires paramédicaux soit remis au bénéficiaire dès que possible et au plus tard dans un délai de trois mois suivant la fin du mois au cours duquel les soins ont été donnés. »

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1er janvier 1989.

Bruxelles, le 21 novembre 1988.

Le fonctionnaire dirigeant,
Dr. J. Riga.

Le président,
R. Van Den Heuvel.