

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 20 février 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 27 juin 2003;

Vu l'urgence motivée par l'entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2003 des arrêtés royaux du 26 juin 2003 relatif à la publicité des actes et documents des associations sans but lucratif et des fondations et du 23 juin 2003 modifiant l'arrêté royal du 30 janvier 2001 portant exécution du Code des sociétés,

Arrête :

Article 1^{er}. Les frais de publication par voie des annexes au *Moniteur belge* des actes et documents concernant les sociétés commerciales, les sociétés civiles à forme commerciale, les groupements européens d'intérêt économique, sont fixés comme suit :

1° 160 EUR, hors T.V.A., pour un acte constitutif;

2° 100 EUR, hors T.V.A., pour un acte modificatif.

Art. 2. Les frais de publication par voie des annexes au *Moniteur belge* des actes et documents concernant les associations sans but lucratif, les associations internationales sans but lucratif et les fondations sont fixés comme suit :

1° 106 EUR, hors T.V.A., pour un acte constitutif;

2° 80 EUR, hors T.V.A., pour un acte modificatif.

Art. 3. Les montants visés aux articles 1^{er} et 2 sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année à l'indice des prix à la consommation du mois d'octobre de l'année précédente. L'indice de départ est celui du mois d'octobre 2002.

L'adaptation de chaque montant est effectuée conformément à la formule suivante : le nouveau montant est égal au montant de base multiplié par le nouvel indice et divisé par l'indice de départ.

Les montants adaptés sont publiés au *Moniteur belge* au plus tard le 15 décembre de chaque année.

Art. 4. Le présent tarif ne s'applique pas aux avis de convocation et autres avis. Ceux-ci continuent à figurer sous la rubrique « Annonces » à la fin du *Moniteur belge* et sont soumis au tarif des annonces.

Art. 5. L'arrêté ministériel du 14 février 1994 relatif aux frais de publicité des actes et documents des sociétés et des entreprises est abrogé.

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003.

M. VERWILGHEN

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 20 februari 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 27 juni 2003;

Gelet op de hoogdringendheid, gemotiveerd door het inwerkingtreden op 1 juli 2003 van de koninklijke besluiten van 26 juni 2003 op de openbaarmaking van akten en stukken van verenigingen zonder winstoogmerk en stichtingen en van 23 juni 2003 tot wijziging van het koninklijk besluit van 30 januari 2001 tot uitvoering van het Wetboek van vennootschappen,

Besluit :

Artikel 1. Voor de bekendmaking in de bijlagen tot het *Belgisch Staatsblad* van de akten en stukken betreffende handelsvennootschappen, burgerlijke vennootschappen die de rechtsvorm van een handelsvennootschap hebben aangenomen, en Europese economische samenwerkingsverbanden is verschuldigd :

1° 160 EUR, exclusief BTW, voor een oprichtingsakte;

2° 100 EUR, exclusief BTW, voor een akte tot wijziging.

Art. 2. Voor de bekendmaking in de bijlagen tot het *Belgisch Staatsblad* van de akten en stukken betreffende verenigingen zonder winstoogmerk, internationale verenigingen zonder winstoogmerk en stichtingen is verschuldigd :

1° 106 EUR, exclusief BTW, voor een oprichtingsakte;

2° 80 EUR, exclusief BTW, voor een akte tot wijziging.

Art. 3. De in de artikelen 1 en 2 bepaalde bedragen worden jaarlijks op 1 januari aangepast aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van de maand oktober van het jaar voordien. Het aanvangsindexcijfer is dat van de maand oktober 2002.

De aanpassing van de bedragen geschiedt volgens de volgende formule : het nieuwe bedrag is gelijk aan het basisbedrag vermenigvuldigd met het nieuwe indexcijfer en gedeeld door het aanvangsindexcijfer.

De aangepaste bedragen worden in het *Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt uiterlijk 15 december van elk jaar.

Art. 4. Dit tarief is niet toepasselijk op oproepingsberichten en andere berichten. Deze worden verder opgenomen onder de rubriek « Aankondigingen » achteraan in het *Belgisch Staatsblad* en vallen onder het tarief voor de aankondigingen.

Art. 5. Het ministerieel besluit van 14 februari 1994 betreffende de bekendmakingskosten van akten en stukken van vennootschappen en ondernemingen wordt opgeheven.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2003.

M. VERWILGHEN

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

F. 2003 — 2673

[C — 2003/22744]

23 JUNI 2003. — Arrêté royal portant exécution de l'article 71bis, §§ 1^{er} et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en particulier l'article 71bis, §§ 1 et 2, tels qu'insérés dans l'article 10 de la loi du 22 août 2002.

Vu l'avis de la Commission de conventions établissements hospitaliers — organismes assureurs, donné le 22 janvier 2003;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 17 mars 2003;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 3 avril 2003;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

N. 2003 — 2673

[C — 2003/22744]

23 JUNI 2003. — Koninklijk besluit tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid artikel 71bis, §§ 1 en 2, zoals ingevoegd bij artikel 10 van de wet van 22 augustus 2002.

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie verpleeginrichtingen — verzekeringsinstellingen, gegeven op 22 januari 2003;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 17 maart 2003;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 3 april 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget donné le 30 avril 2003;

Vu l'avis n° 35.450/1 du Conseil d'Etat donné le 22 mai 2003.

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Intervention pour hémodialyse dans un centre pour hémodialyse chronique.*

Article 1^{er}. § 1^{er}. Par hémodialyse effectuée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente (numéros de codes 761272 - 761283), est due une intervention pour hémodialyse égale à 37,80 euros, majorés de 25 % de la journée d'entretien au 30 juin 2002 dudit hôpital à l'exclusion des montants complémentaires ou de rattrapage, prévus dans la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, ainsi que du subsidie universitaire prévu à l'article 102 de la même loi.

En cas de fusion entre deux ou plusieurs hôpitaux, l'intervention susvisée en faveur de l'hôpital qui comprend un centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé, resté d'application.

Cette intervention sera majorée par catégorie de pourcentage si le centre de dialyse dispose d'un programme de traitement alternatif de substitution à la fonction rénale extra-hospitalier de 18,59 euros, 59,49 euros, 80,56 euros et 85,52 euros si respectivement entre 5 % et 10 %, entre 10 % et 25 %, entre 25 % et 35 % et à partir de 35 % du nombre total de patients placés sous la surveillance de ce centre subissent un traitement alternatif de substitution à la fonction rénale.

Cette intervention s'élève à 111,55 euros minimum et à 247,89 euros maximum.

Par traitement alternatif de substitution à la fonction rénale, il est entendu les traitements tels que prévus dans le chapitre II du présent arrêté.

§ 2. S'il s'agit d'un bénéficiaire subissant une hémodialyse chronique qui est admis dans un service classique d'un établissement hospitalier agréé pour effectuer des hémodialyses, le cumul du montant par admission et le montant par journée d'entretien en hôpital et l'intervention pour hémodialyse visée au § 1 du présent article est possible; dans ce cas, l'intervention pour cette hémodialyse chronique s'élève à 50 % des interventions visées à l'alinéa 1^{er} avec un minimum de 86,76 euros.

§ 3. S'il s'agit d'un bénéficiaire admis dans un autre établissement hospitalier non agréé pour effectuer des hémodialyses, l'établissement hospitalier où est effectuée l'hémodialyse peut porter en compte une intervention à l'assurance dont le montant correspond à l'intervention visée au § 1^{er}.

Art. 2. § 1^{er}. L'intervention visée à l'article 1^{er} est déterminée par hôpital par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

Le pourcentage de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale est fixé par hôpital par le Service sur la base des données que chaque hôpital communique chaque année au Service. Ces données doivent être communiquées par le truchement d'un questionnaire dont le modèle est arrêté par le Service et dans lequel des informations sont demandées tant sur le nombre d'hémodialyses chroniques que sur le nombre d'hémodialyses aiguës et sur le nombre de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale effectués en faveur de patients placés sous la surveillance du centre. Ces données doivent être communiquées au plus tard dans le mois suivant l'envoi du questionnaire aux hôpitaux. Si les données sont transmises après ce délai, les interventions visées à l'article 1^{er}, §§ 1^{er} et 2 sont limitées respectivement à 111,55 euros et 86,76 euros pendant la période du 1^{er} juillet au 30 juin qui suit la période de référence.

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 30 april 2003;

Gelet op het advies nr. 35.450/1 van de Raad van State, gegeven op 22 mei 2003,

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — *Tegemoetkoming voor hemodialyse in een centrum voor chronische hemodialyse*

Artikel 1. § 1. Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse (codenummers 761272 - 761283), is een tegemoetkoming verschuldigd gelijk aan 37,80 euro, verhoogd met 25 % van de verpleegdagprijs van 30 juni 2002 van dit ziekenhuis met uitsluiting van de aanvullende bedragen of inhaalbedragen waarin is voorzien in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, alsmede met uitsluiting van de universitaire toelagen waarin is voorzien in artikel 102 van dezelfde wet.

In geval van fusie tussen twee of meerdere ziekenhuizen blijft de hierboven bedoelde tegemoetkoming van het ziekenhuis dat een erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie heeft verder van toepassing.

Indien het dialysecentrum beschikt over een programma van alternatieve niervervangende behandeling buiten het ziekenhuis, wordt deze tegemoetkoming, per categorie van percentage, verhoogd, met 18,59 euro, 59,49 euro, 80,56 euro en 85,52 euro indien respectievelijk tussen 5 % en minder dan 10 %, tussen 10 % en minder dan 25 %, tussen 25 % en minder dan 35 % en vanaf 35 % van het totaal aantal patiënten dat onder toezicht staat van dat centrum een alternatieve niervervangende behandeling ondergaat.

Deze tegemoetkoming bedraagt minimum 111,55 euro en maximum 247,89 euro.

Onder een alternatieve niervervangende behandeling worden de behandelingen verstaan zoals voorzien in hoofdstuk II van dit besluit.

§ 2. Indien het gaat om een rechthebbende die een chronische hemodialyse ondergaat en die opgenomen is in een klassieke dienst van een verpleeginrichting die is erkend voor het uitvoeren van hemodialyse, is de cumul tussen het bedrag per opname en het bedrag per verpleegdag in een ziekenhuis en de tegemoetkoming voor hemodialyse zoals bedoeld in § 1 van onderhavig artikel mogelijk; in dat geval bedraagt de tegemoetkoming voor deze chronische hemodialyse 50 % van de in § 1 bedoelde tegemoetkoming met een minimum van 86,76 euro.

§ 3. Indien het gaat om een rechthebbende die is opgenomen in een andere verpleeginrichting die niet erkend is voor het uitvoeren van hemodialyse, kan de verpleeginrichting waar de hemodialyse wordt uitgevoerd een verzekeringstegemoetkoming aanrekenen waarvan het bedrag overeenstemt met de in § 1 bedoelde tegemoetkoming.

Art. 2. § 1. De tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 1 wordt per ziekenhuis door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) bepaald.

Het percentage van alternatieve niervervangende behandeling wordt per ziekenhuis door de Dienst bepaald aan de hand van de gegevens die elk ziekenhuis jaarlijks aan de Dienst meedeelt. Deze gegevens moeten worden meegedeeld via een vragenlijst waarvan het model wordt vastgelegd door de Dienst en waarin zowel informatie wordt opgevraagd over het verrichte aantal chronische als over het aantal acute hemodialyses en over het aantal alternatieve niervervangende behandelingen van patiënten die onder het toezicht staan van het centrum. Deze gegevens moeten ten laatste worden meegedeeld binnen de maand na het versturen van de vragenlijst aan de ziekenhuizen. Indien de gegevens na deze periode worden overgemaakt worden de tegemoetkomingen zoals bedoeld in artikel 1, §§ 1 en 2 tijdens de periode van 1 juli tot 30 juni die volgt op de referentieperiode beperkt tot respectievelijk 111,55 euro en 86,76 euro.

Le pourcentage de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale est fixé pour une période de référence par hôpital comme suit :

Pourcentage = $[(A/156 + B/52 + C/\text{jours}) / (A/156 + B/52 + C/\text{jours} + D/156)] \times 100$

Où :

A = le nombre de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale visés au chapitre II, portant les numéros de code 761493, 761456 et 761515 et effectués dans la période de référence

B = le nombre de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale visés au chapitre II, portant les numéros de code 761552, 761530 et 761471 et effectués par semaine dans la période de référence

C = le nombre de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale visés au chapitre II, portant les numéros de code 761574, 761655 et 761670 et effectués dans la période de référence

D = le nombre d'hémodialyses chroniques effectuées telles que visées au chapitre 1^{er}

Jours : nombre de jours calendrier dans la période de référence

Période de référence = la période du 1^{er} janvier au 31 décembre.

§ 2. L'intervention visée à l'article 1^{er} est adaptée lorsque l'hôpital, sur la base des données visées à l'article 2, § 1^{er}, alinéa 2, est classé dans une autre catégorie de pourcentage de traitements alternatifs de substitution à la fonction rénale. Dans ce cas, l'intervention est adaptée à partir du 1^{er} juillet de l'année qui suit la période de référence.

CHAPITRE II. — *Intervention dans les frais d'hémodialyse à domicile, de dialyse péritonéale à domicile et les frais de dialyse dans un service collectif d'autodialyse.*

Section 1^{er}. — De l'intervention de l'assurance dans les frais pour hémodialyse et dialyse péritonéale à domicile.

Art. 3. § 1^{er}. Cette forme de dialyse se pratique au domicile du patient. L'assurance intervient dans le financement de la dialyse à domicile à la condition qu'elle se pratique sous la responsabilité et sous la surveillance médicale d'un centre de dialyse agréé disposant d'un centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé conformément à l'arrêté royal du 27 novembre 1996 fixant les normes auxquelles les centres de dialyse pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique doivent répondre pour être agréés comme service médical technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987.

§ 2. En outre, pour pouvoir bénéficier de l'intervention de l'assurance pour la dialyse à domicile, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique doit satisfaire aux conditions suivantes :

a) le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique prend à sa charge le supplément des frais supportés par le patient, occasionnés par la dialyse à domicile, à savoir la consommation accrue d'eau, d'électricité et de téléphone et ce, à concurrence d'un montant forfaitaire de 4,66 euro par hémodialyse ou de 3,45 euro par semaine de dialyse péritonéale, et à payer au patient. Ce coût est couvert par l'intervention visée au § 3.

b) aucun frais lié à la dialyse comme telle ne peut être porté en compte au patient, sauf des frais résultant d'un endommagement de l'équipement dû à une négligence;

c) le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique tient une comptabilité séparée concernant toutes les recettes et dépenses relatives à la dialyse à domicile; cette comptabilité doit permettre de connaître séparément les rubriques de frais prévus au § 3, a) à g) inclus; elle doit permettre également de ventiler les recettes selon qu'elles proviennent de l'intervention prévue au § 1^{er}, ou selon qu'il s'agit d'autres recettes. Ces données doivent être mises à la disposition du Comité de l'assurance visé sous le § 3 à la demande de celui-ci;

§ 3. L'intervention de l'assurance dans la dialyse est fixée à :

- 231,70 euros par hémodialyse à domicile (numéro de code 761493);

- 278,31 euros pour l'hémodialyse à domicile avec l'assistance d'un praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue; ce montant peut être porté en compte au maximum trois fois par semaine (numéro de code 761456). Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais mentionnés ci-dessous, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile;

Het percentage van alternatieve niervervangende behandeling wordt voor een referentieperiode per ziekenhuis als volgt bepaald :

Percentage = $[(A/156 + B/52 + C/\text{dagen}) / (A/156 + B/52 + C/\text{dagen} + D/156)] \times 100$

Waarbij :

A = aantal verrichte alternatieve niervervangende behandelingen zoals bedoeld in hoofdstuk II met codenummers 761493, 761456 en 761515 in de referentieperiode

B = aantal verrichte alternatieve niervervangende behandelingen zoals bedoeld in hoofdstuk II met codenummers 761552, 761530 en 761471 en uitgevoerd per week, in de referentieperiode

C = aantal verrichte alternatieve niervervangende behandelingen zoals bedoeld in hoofdstuk II met codenummers 761574, 761655 en 761670 in de referentieperiode

D = aantal verrichte chronische hemodialyses zoals bedoeld in hoofdstuk I

Dagen = aantal kalenderdagen in de referentieperiode

Referentieperiode = de periode van 1 januari tot 31 december.

§ 2. De tegemoetkoming zoals bedoeld in artikel 1 wordt aangepast indien het ziekenhuis op basis van de gegevens zoals bedoeld in artikel 2, § 1, tweede lid wordt gerangschikt in een andere categorie van percentage van alternatieve niervervangende behandelingen. In dat geval wordt de tegemoetkoming aangepast vanaf 1 juli van het jaar dat volgt op de referentieperiode.

HOOFDSTUK II. — *Tegemoetkoming in de kosten voor hemodialyse thuis, in peritoneale dialyse thuis en in de kosten voor dialyse in een dienst voor Collectieve autodialyse*

Afdeling 1. — *Verzekeringstegemoetkoming in de kosten voor hemodialyse en peritoneale dialyse thuis.*

Art. 3. § 1. Die vorm van dialyse wordt beoefend bij de patiënt thuis. De verzekering komt tegemoet in de financiering van de dialyse thuis, op voorwaarde dat zij uitgevoerd wordt onder de verantwoordelijkheid en onder het medisch toezicht van een erkend dialysecentrum dat beschikt over een centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie dat erkend is overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 november 1996 tot vaststelling van de normen waaraan de dialysecentra voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie moeten beantwoorden om te worden erkend als zware medisch-technische dienst in de zin van artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

§ 2. Om bovendien de verzekeringstegemoetkoming voor de dialyse thuis te kunnen genieten, moet het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie aan de volgende voorwaarden voldoen :

a) het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie neemt het supplement van de kosten die door de patiënt worden gedragen en die door de dialyse thuis worden veroorzaakt, te zijnen laste, namelijk het verhoogd verbruik van water, elektriciteit en telefoon ten belope van een forfaitair bedrag van 4,66 euro per hemodialyse of van 3,45 euro per week peritoneale dialyse, dat aan de patiënt moet worden betaald. Deze kost is begrepen in de tegemoetkoming die wordt voorzien in § 3.

b) kosten, gemoeid met de dialyse als zodanig, mogen niet aan de patiënt worden aangerekend, behoudens die welke voortvloeien uit beschadiging van de uitrusting ten gevolge van nalatigheid;

c) het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie voert een afzonderlijke boekhouding voor alle ontvangsten en uitgaven betreffende de dialyse thuis; deze boekhouding moet het mogelijk maken de kostenrubrieken waarin is voorzien in § 3, a) tot en met g) afzonderlijk te kennen; ze moet het eveneens mogelijk maken de ontvangsten uit te splitsen naargelang het gaat om ontvangsten afkomstig van de in § 1 vermelde tegemoetkoming of om andere ontvangsten. Deze gegevens moeten worden ter beschikking gesteld van het RIZIV, indien erom wordt verzocht.

§ 3. De verzekeringstegemoetkoming in de dialyse wordt vastgesteld op :

- 231,70 euro per hemodialyse thuis (codenummer 761493)

- 278,31 euro voor de hemodialyse thuis met verpleegkundige assistentie aan huis, op voorschrift van de geneesheer-nefroloog van het toezichthoudend hemodialysecentrum en na kennisgeving ervan aan de adviserend geneesheer met een door de nefroloog afgeleverd omstandig medisch verslag. Dit bedrag is maximaal driemaal per week aanrekenbaar (codenummer 761456). Het bedrag van de verzekerings-tegemoetkoming dekt naast de hieronder vermelde kosten eveneens deze van de verplaatsing en van de verpleegkundige assistentie aan huis;

- 659,21 euros par semaine de traitement par dialyse péritonéale (numéro de code 761552) et à 94,17 euros par journée de traitement par dialyse péritonéale en cas d'interruption du traitement au cours de la semaine (code 761574);

- 733,58 euros par semaine (numéro de code 761530) pour la dialyse péritonéale à domicile avec transfusion continue de dialysat par le biais d'un système de pompe (CCPD), sur prescription du médecin-néphrologue du centre de dialyse. Ce dernier couvre tous les frais relatifs à la dialyse (y compris le dialysat et l'utilisation de la pompe). Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, une intervention de 104,80 euros (numéro de code 761655) peut être attesté par jour de traitement.

- 832,74 euros par semaine pour la dialyse péritonéale à domicile avec l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile, sur prescription du médecin-néphrologue du centre d'hémodialyse de tutelle et après notification au médecin-conseil au moyen d'un rapport médical détaillé fourni par le néphrologue (numéro de code 761471). Si le traitement ne couvre pas une semaine complète, une intervention de 118,96 euros (numéro de code 761670) peut être attesté par jour de traitement. Le montant de l'intervention de l'assurance couvre, en plus des frais sousmentionnés, également les frais de déplacement et l'assistance du praticien de l'art infirmier à domicile

Cette intervention comporte tous les frais liés à la dialyse à domicile, à savoir :

a) amortissements :

- amortissement de l'appareillage, muni des éléments de contrôle et des accessoires nécessaires;

- amortissement des frais d'équipement relatifs à l'exécution des travaux d'adaptation indispensables à l'intérieur de la maison et aux amenées d'eau, d'électricité et de téléphone, de l'installation de l'unité de dialyse prête à fonctionner et de l'entretien, de la réparation ou de l'adaptation à l'évolution de la technique de cette dernière;

- amortissement du matériel médical de réserve;

- amortissement des locaux pour le personnel du centre;

- amortissement du matériel roulant;

b) charges du personnel médical et paramédical (traitement, charges sociales, assurance-loi);

c) frais directs comme les charges financières (intérêts sur emprunts, sur ouvertures de crédit), les frais généraux (assurance, entretien, dépenses d'utilisation de voiture);

d) entretien, chauffage, électricité des locaux du centre;

e) frais d'administration;

f) produits de consommation, médicaments et accessoires nécessaires à la dialyse.

g) le coût, visé à l'article 3, § 2, a).

L'intervention de l'assurance dans la dialyse à domicile est payée directement par l'organisme assureur du bénéficiaire au centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé. A cet effet, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé introduit, sur un relevé mensuel, par patient, la facture auprès de l'organisme assureur du patient. Six hémodialyses au plus par quinzaine peuvent être portées en compte pour le même patient. En cas de dialyse péritonéale, une semaine de traitement compte un minimum de vingt échanges par patient.

Section 2. — De l'intervention de l'assurance dans les frais pour dialyse dans un service collectif d'autodialyse.

Art. 4. § 1^{er}. Cette forme de dialyse se pratique dans un service, où le patient est assisté par du personnel paramédical pour la préparation de l'équipement de la dialyse, des manipulations de connexion et de déconnexion, de la surveillance de l'épuration.

L'assurance intervient dans le financement de l'autodialyse en service collectif à la condition que ce service agréé soit sous la surveillance des médecins du centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé.

§ 2. En outre, pour bénéficier de l'intervention de l'assurance pour l'autodialyse en service collectif, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé satisfait aux conditions suivantes :

- aucun des frais liés à la dialyse comme telle ne peut être porté en compte au patient;

- 659,21 euro per week behandeling met peritoneale dialyse (codenummer 761552) en op 94,17 euro per dag behandeling met peritoneale dialyse in geval van onderbreking van de behandeling tijdens de week (codenummer 761574);

- 733,58 euro per week (codenummer 761530) voor de peritoneale dialyse thuis met continue uitwisseling van dialysaat via een pompstelsel (CCPD), op voorschrift van de geneesheer-nefroloog van het dialysecentrum. Dit laatste bedrag dekt alle kosten voor de uitvoering van de dialyse (inclusief dialysaat en gebruik van de pomp). Indien deze behandeling geen volledige week behelst mag per behandelingsdag 104,80 euro (codenummer 761655) worden aangerekend;

- 832,74 euro per week voor de peritoneale dialyse thuis met verpleegkundige assistentie aan huis, op voorschrift van de geneesheer-nefroloog van het toezichthoudend hemodialysecentrum en na kennisgeving ervan aan de adviserend geneesheer met een door de nefroloog afgeleverd omstandig medisch verslag (codenummer 761471). Indien de behandeling geen volledige week behelst mag per behandelingsdag 118,96 euro (codenummer 761670) worden aangerekend. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming dekt naast de hieronder vermelde kosten eveneens deze van de verplaatsing en de verpleegkundige assistentie aan huis.

Deze tegemoetkoming omvat alle kosten die gemoeid zijn met de dialyse thuis, namelijk :

a) afschrijvingen :

- afschrijving van de apparatuur, voorzien van de nodige controle-elementen en het toebehoren;

- afschrijving van de uitrustingskosten met betrekking tot het uitvoeren van de onontbeerlijke aanpassingswerken binnenshuis en aan de water-, elektriciteit- en telefoonleiding, het werkingsklaar installeren, onderhouden, herstellen of aanpassen aan de evolutie van de techniek van de dialyse-eenheid;

- afschrijving van het medisch reservematerieel;

- afschrijving van de lokalen voor het personeel van het centrum;

- afschrijving van het rollend materieel;

b) lasten (wedden, sociale lasten, wetsverzekering) van het medisch en paramedisch personeel;

c) directe kosten zoals de financiële lasten (intresten op leningen, op kredietopeningen), de algemene kosten (verzekering, onderhoud, uitgaven voor het gebruik van een auto);

d) onderhoud, verwarming, elektriciteit van de lokalen van het centrum;

e) administratiekosten;

f) de voor de dialyse noodzakelijke verbruiksproducten en geneesmiddelen en toebehoren.

g) de kost zoals bedoeld in artikel 3, § 2, a).

De verzekeringstegemoetkoming in de dialyse thuis wordt rechtstreeks door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende betaald aan het erkend centrum voor de behandeling van chronische. Daartoe dient het erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie op een maandelijkse staat, per patiënt, de rekening in bij de verzekeringsinstelling van de patiënt. Ten hoogste zes hemodialyses per veertien dagen mogen voor dezelfde patiënt in rekening worden gebracht. In geval van peritoneale dialyse telt een week behandeling minimum twintig uitwisselingen per patiënt.

Afdeling 2. — Verzekeringstegemoetkoming in de kosten voor dialyse in een dienst voor collectieve autodialyse.

Art. 4. § 1. Deze vorm van dialyse wordt beoefend in een dienst waar de patiënt wordt bijgestaan door paramedisch personeel voor het klaarmaken van de dialyse-uitrusting, voor de manipulaties voor het aan- en loskoppelen, voor het toezicht op de epuratie.

De verzekering komt tegemoet in de financiering van de autodialyse in een collectieve dienst op voorwaarde dat die erkende dienst onder het toezicht staat van de geneesheren van het erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie.

§ 2. Om bovendien de verzekeringstegemoetkoming voor autodialyse in een collectieve dienst te genieten, komt het erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie de volgende verplichtingen na :

- kosten, gemoeid met de dialyse als zodanig, mogen de patiënt niet worden aangerekend;

- le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique tient une comptabilité séparée des recettes et dépenses relatives au service collectif d'autodialyse; cette comptabilité doit permettre de connaître séparément les rubriques de frais prévus au § 3, a) à g) inclus; elle doit permettre également de ventiler les recettes selon qu'elles proviennent de l'intervention prévue au § 3, ou selon qu'il s'agit d'autres recettes. Ces données doivent être mises à la disposition du Comité de l'assurance susvisé, à la demande de celui-ci.

§ 3. L'intervention de l'assurance dans la dialyse est fixée à 236,50 euros par dialyse (numéro de code 761515).

Ce montant comporte tous les frais liés à la dialyse et supportés tant par le service collectif d'autodialyse que par le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique, tels que :

a) amortissements :

- amortissement des charges concernant le bâtiment et son équipement permanent;

- amortissement de l'équipement médical et des accessoires;

- amortissement du matériel médical de réserve;

b) charges du personnel médical et paramédical (traitements, charges sociales, assurance-loi);

c) frais directs comme les charges financières (intérêts sur emprunts, sur ouvertures de crédit), les frais généraux, (assurance, entretien, dépenses d'utilisation de voiture);

d) charges concernant les locaux du centre (loyer, entretien, chauffage, électricité);

e) frais d'administration;

f) produits de consommation, médicaments et accessoires nécessaires à la dialyse.

L'intervention de l'assurance pour l'autodialyse en service collectif est payée directement par l'organisme assureur du bénéficiaire au centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique agréé et dont la dénomination a été publiée par circulaire. A cet effet, le centre pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique introduit sur un relevé mensuel, par patient, la facture auprès de l'organisme assureur du patient. Six dialyses au plus par quinzaine peuvent être portées en compte pour le même patient.

Art. 5. § 1^{er}. L'intervention de l'assurance dans le coût des prestations susvisées ne peut être accordée que lorsque l'attestation de soins donnés ou le document en tenant lieu mentionne en regard de la rubrique "Laboratoire ou appareillage agréé sous le n°", le numéro d'identification attribué par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité au type de service agréé.

Art. 6. Les données visées à l'article 2, § 1^{er}, alinéa 2 peuvent être contrôlées dans l'hôpital, dans le centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique ou auprès de l'organisme assureur par les Services de l'INAMI compétents à cet effet.

Art. 7. Les interventions prévues dans le présent arrêté sont liées à l'indice pivot 109,45 (base 1996 = 100) des prix à la consommation; elles sont adaptées le 1^{er} janvier de chaque année à l'indice pivot auquel les prestations sociales sont liquidées à cette date.

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2003.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 juin 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

- het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie voert een afzonderlijke boekhouding voor de ontvangsten en uitgaven betreffende de dienst voor collectieve autodialyse; deze boekhouding moet het mogelijk maken de kostenrubrieken voorzien in § 3, a) tot en met g) afzonderlijk te kennen; ze moet het eveneens mogelijk maken de ontvangsten uit te splitsen naargelang het gaat om ontvangsten afkomstig van de in § 3 vermelde tegemoetkoming, of om andere ontvangsten. Deze gegevens moeten worden ter beschikking gesteld aan het Riziv indien erom wordt verzocht.

§ 3. De verzekeringstegemoetkoming in de dialyse wordt vastgesteld op 236,50 euro per dialyse (codenummer 761515).

Dat bedrag omvat alle kosten die gemoeid zijn met de dialyse en die worden gedragen zowel door de dienst voor collectieve autodialyse als door de het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie zoals :

a) afschrijvingen :

- afschrijving van de lasten betreffende het gebouw en de vaste uitrusting ervan;

- afschrijving van de medische uitrusting en van het toebehoren;

- afschrijving van het medisch reservematerieel;

b) lasten (wedden, sociale lasten, wetsverzekering) van het medisch en paramedisch personeel;

c) directe kosten zoals de financiële lasten (intresten op leningen, op kredietopeningen), de algemene kosten (verzekering, onderhoud, uitgaven voor het gebruik van een auto);

d) lasten betreffende de lokalen van het centrum (huur, onderhoud, verwarming, elektriciteit);

e) administratiekosten;

f) de voor de dialyse noodzakelijke verbruiksproducten, geneesmiddelen en toebehoren.

De verzekeringstegemoetkoming in de autodialyse in een collectieve dienst wordt rechtstreeks door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende betaald aan het erkend centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie wiens benaming gepubliceerd werd per chronischbrief. Daartoe dient het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie, op een maandelijks staat, per patiënt, de rekening in bij de verzekeringsinstelling van de patiënt. Ten hoogste zes dialyses per veertien dagen mogen voor dezelfde patiënt in rekening worden gebracht.

Art. 5. De verzekeringstegemoetkoming in de kosten van vorenbedoelde verstrekkingen kan slechts worden toegekend indien het getuigschrift voor verstrekte hulp of op het document dat hiervoor in de plaats komt, de rubriek "Laboratorium of apparatuur erkend onder nummer" het identificatienummer vermeldt dat door het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering aan het erkende type van dienst werd toegekend.

Art. 6. De in artikel 2, § 1, tweede lid bedoelde gegevens kunnen in het ziekenhuis, in het centrum voor de behandeling van chronische nierinsufficiëntie of bij de verzekeringsinstelling gecontroleerd worden door de daartoe bevoegde diensten van het RIZIV.

Art. 7. De tegemoetkomingen zoals voorzien in dit besluit worden gekoppeld aan het spilindexcijfer 109,45 (basis 1996 = 100) van de consumptieprijzen; ze worden op 1 januari van elk jaar aangepast aan het spilindexcijfer waartegen de sociale voorzieningen op die datum worden uitbetaald.

Art. 8. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2003.

Art. 9. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 juni 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE