

WETTEN, DECRETEN, ORDONNANTIES EN VERORDENINGEN LOIS, DECRETS, ORDONNANCES ET REGLEMENTS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 3944

[C — 2012/22488]

27 DECEMBER 2012. — Wet houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg (1)

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK 1. — Inleidende bepaling

Artikel 1. Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 78 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. — *Wijzigingen van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994*

Afdeling 1. — Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

Art. 2. In artikel 32, eerste lid, 22°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 13 december 2006, wordt het eerste lid aangevuld met de volgende zin;

« De Koning kan de tijdvakken bepalen die worden gelijkgesteld met tijdvakken waarin onderwijs van het basisoniveau of tweede niveau wordt gevolgd. »

Afdeling 2. — Tabaksontwenning

Art. 3. In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 23 december 2009, wordt de bepaling onder 24° vervangen als volgt :

« 24° de tegemoetkoming voor de hulp bij de tabaksontwenning. De Koning kan de verzekeringstegemoetkoming uitbreiden tot de hulp met farmaceutische hulp bij tabaksontwenning; ».

Afdeling 3. — Haarprothesen

Art. 4. In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 24 december 2009, wordt de bepaling onder 20°*bis* ingevoegd, luidende :

« 20°*bis* het verstrekken van haarprothesen; ».

Art. 5. In artikel 35, § 1, achtste lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd bij de wetten van 22 augustus 2002 en 22 december 2003, worden de woorden « en 20° » telkens vervangen door de woorden « , 20° en 20°*bis*, ».

Art. 6. In artikel 37, § 20, eerste lid, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wetten van 27 april en 27 december 2005, worden de woorden « de in artikel 34, 14°, 24° en 25°, bedoelde verstrekkingen » vervangen door de woorden « de in artikel 34, 14°, 20°*bis*, 24° en 25°, bedoelde verstrekkingen ».

Afdeling 4. — Radio-isotopen

Art. 7. In artikel 18, vierde lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 25 januari 1999 en gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999 en 10 augustus 2001, worden de woorden « een overzichtsnota op met de wijzigingen aan de in artikel 35*bis* bedoelde lijst » vervangen door de woorden « twee overzichtsnota's op, waarvan in de eerste de wijzigingen aan de in artikel 35, § 2*ter*, bedoelde lijst zijn opgenomen en in de tweede de wijzigingen aan de in artikel 35*bis* bedoelde lijst zijn opgenomen ».

Art. 8. In artikel 22, eerste lid, 4°, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 27 december 2005, worden de woorden « de artikelen 23, § 2, 35, § 1, en 35, § 2*ter* » vervangen door de woorden « de artikelen 23, § 2 en 35, § 1 ».

Art. 9. In artikel 27, vierde lid, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 24 december 1999 en gewijzigd bij de wetten van 10 augustus 2001 en 24 december 2002, worden de woorden « bedoeld in het tweede lid » vervangen door de woorden « dat in artikel 35, § 2, is bedoeld ».

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 3944

[C — 2012/22488]

27 DECEMBRE 2012. — Loi portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé (1)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Les Chambres ont adopté et Nous sanctionnons ce qui suit :

CHAPITRE 1^{er}. — Disposition introductive

Article 1^{er}. La présente loi règle une matière visée à l'article 78 de la Constitution.

CHAPITRE 2. — *Modifications de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994*

Section 1^{re}. — Mineurs étrangers non accompagnés

Art. 2. A l'article 32, alinéa 1^{er}, 22°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 13 décembre 2006, l'alinéa 1^{er} est complété par la phrase suivante :

« Le Roi peut déterminer les périodes qui sont assimilées à des périodes de fréquentation de l'enseignement du niveau fondamental ou secondaire. »

Section 2. — Sevrage tabagique

Art. 3. Dans l'article 34, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 23 décembre 2009, le 24° est remplacé par ce qui suit :

« 24° l'intervention dans l'assistance au sevrage tabagique. Le Roi peut étendre l'intervention de l'assurance à l'aide médicamenteuse au sevrage tabagique; ».

Section 3. — Prothèses capillaires

Art. 4. Dans l'article 34, alinéa 1^{er}, de la même loi, modifié en dernier lieu par la loi du 23 décembre 2009, est inséré le 20°*bis* rédigé comme suit :

« 20°*bis* la fourniture de prothèses capillaires; ».

Art. 5. Dans l'article 35, § 1^{er}, alinéa 8, de la même loi, remplacé par la loi du 10 août 2001 et modifié par les lois des 22 août 2002 et 22 décembre 2003, les mots « et 20° » sont chaque fois remplacés par les mots « , 20° et 20°*bis*, ».

Art. 6. Dans l'article 37, § 20, alinéa 1^{er}, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par les lois des 27 avril et 27 décembre 2005, les mots « les prestations visées à l'article 34, 14°, 24° et 25° » sont remplacés par les mots « les prestations visées à l'article 34, 14°, 20°*bis*, 24° et 25° ».

Section 4. — Radio-isotopes

Art. 7. Dans l'article 18, alinéa 4, de la même loi, remplacé par la loi du 25 janvier 1999 et modifié par les lois des 24 décembre 1999 et 10 août 2001, les mots « une note récapitulant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35*bis* » sont remplacés par les mots « deux notes récapitulatives, la première reprenant les modifications apportées à la liste visée à l'article 35, § 2*ter*, et la seconde les modifications apportées à la liste visée à l'article 35*bis* ».

Art. 8. Dans l'article 22, alinéa 1^{er}, 4°, de la même loi, remplacé par la loi du 27 décembre 2005, les mots « visée aux articles 23, § 2, 35, § 1^{er}, et 35, § 2*ter* » sont remplacés par les mots « visée aux articles 23, § 2 et 35, § 1^{er} ».

Art. 9. Dans l'article 27, alinéa 4, de la même loi, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, et modifié par les lois des 10 août 2001 et 24 décembre 2002, les mots « visé à l'alinéa 2 » sont remplacés par les mots « prévu à l'article 35, § 2 ».

Art. 10. In artikel 35 van dezelfde wet wordt paragraaf 2^{ter}, vervangen bij de wet van 27 december 2005 en gewijzigd bij de wet van 13 december 2006, vervangen als volgt :

« § 2^{ter}. De Koning bekrachtigt de lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen. Op voordracht van de Technische Raad voor radio-isotopen of na diens advies wijzigt de minister de lijst van de in artikel 34, eerste lid, 5°, d), bedoelde vergoedbare radio-isotopen, alsook de vergoedingsvoorwaarden die erop betrekking hebben. Op voordracht van de Technische Raad voor radio-isotopen legt de Koning de procedure vast die moet worden gevolgd door wie de aanneming, een wijziging of de schrapping van een product uit de lijst van de vergoedbare radio-isotopen vraagt. Voorts legt Hij de termijnen en de verplichtingen vast in geval van een vraag tot aanneming, tot wijziging of tot schrapping. Voor de toepassing van deze paragraaf kan de Koning radioactieve of radioactief gemaakte producten die tot andere categorieën van geneeskundige verstrekkingen zouden behoren, gelijkstellen met radio-isotopen. »

Art. 11. In artikel 37, § 3, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 27 december 2005 en 13 december 2006, wordt het zesde lid opgeheven.

Art. 12. In titel III, hoofdstuk V, van dezelfde wet wordt een afdeling XXI ingevoegd, die een artikel 77^{quinquies} bevat, luidende :

« Afdeling XXI. — Verplichtingen van de firma's die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengen en hun aanneming voor vergoeding vragen

Art. 77^{quinquies}. § 1. De firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, is verplicht om vanaf de indiening van een vergoedingsaanvraag te garanderen dat het betrokken radiofarmaceutisch product uiterlijk de dag van inwerkingtreding van de vergoeding daadwerkelijk beschikbaar zal zijn en om de continuïteit van de beschikbaarheid van het product te garanderen.

Wanneer de firma die radiofarmaceutische producten op de Belgische markt brengt en hun vergoeding heeft gevraagd, in de onmogelijkheid verkeert om voor een verpakking de markt te bevoorraden, dan wordt die verpakking als onbeschikbaar beschouwd. De firma geeft aan de Technische Raad voor radio-isotopen kennis van de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

§ 2. Indien de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Instituut op een andere manier dan door de firma wordt ingelicht over de onbeschikbaarheid van een radiofarmaceutisch product, vraagt hij aan de firma de bevestiging dat het product daadwerkelijk onbeschikbaar is. De firma beschikt over een termijn van 14 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van die vraag, om bij aangetekende zending tegen ontvangstbewijs de onbeschikbaarheid te bevestigen of te ontkennen. Indien zij ontkent, voegt zij bij de brief de bewijsstukken die aantonen dat het product beschikbaar is. Indien de firma de onbeschikbaarheid bevestigt, vermeldt zij de begindatum, de vermoedelijke einddatum en de reden van de onbeschikbaarheid.

Indien de firma niet antwoordt binnen de opgelegde termijn of indien de door de firma meegedeelde elementen niet toelaten om met zekerheid de beschikbaarheid van het product aan te tonen, wordt de specialiteit zo snel mogelijk van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2^{ter}, zijn vastgelegd.

§ 3. Indien de firma meedeelt dat de verpakking gedurende meer dan drie maanden onbeschikbaar zal zijn of indien de onbeschikbaarheid langer dan drie maanden duurt, wordt de betrokken verpakking van rechtswege uit de lijst geschrapt, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2^{ter}, zijn vastgelegd, respectievelijk de eerste dag van de maand volgend op het verstrijken van een termijn van 10 dagen, te rekenen vanaf de ontvangst van de kennisgeving of de eerste dag van de vierde maand van de onbeschikbaarheid.

§ 4. Indien de onbeschikbaarheid het gevolg is van een aangetoond geval van overmacht, wordt de verpakking van rechtswege opnieuw opgenomen in de lijst op de eerste dag van de maand volgend op het einde van de onbeschikbaarheid, zonder rekening te houden met de procedures die krachtens artikel 35, § 2^{ter}, zijn vastgelegd. »

Art. 10. Dans l'article 35 de la même loi, le paragraphe 2^{ter}, remplacé par la loi du 27 décembre 2005 et modifié par la loi du 13 décembre 2006, est remplacé par ce qui suit :

« § 2^{ter}. Le Roi confirme la liste des radio-isotopes remboursables visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, d). Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, ou après avis de celui-ci, le ministre modifie la liste des radio-isotopes remboursables visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, d), ainsi que les conditions de remboursement y relatives. Sur proposition du Conseil technique des radio-isotopes, le Roi détermine la procédure qui doit être suivie par ceux qui demandent l'admission, une modification ou la suppression d'un produit sur la liste des radio-isotopes remboursables. Il définit en outre les délais et les obligations en cas de demande d'admission, de modification ou de suppression. Pour l'application du présent paragraphe, le Roi peut assimiler aux radio-isotopes remboursables des produits radioactifs ou rendus radioactifs qui appartiendraient à d'autres catégories de prestations de santé. »

Art. 11. Dans l'article 37, § 3, de la même loi, modifié par les lois des 22 décembre 2003, 27 décembre 2005 et 13 décembre 2006, l'alinéa 6 est abrogé.

Art. 12. Dans le titre III, chapitre V, de la même loi, il est inséré une section XXI comportant un article 77^{quinquies} rédigé comme suit :

« Section XXI. — Des obligations des firmes qui mettent des produits radiopharmaceutiques sur le marché belge et demandent leur admission au remboursement

Art. 77^{quinquies}. § 1^{er}. La firme qui met des produits radiopharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est tenue, à partir de l'introduction d'une demande de remboursement, de garantir que le produit radiopharmaceutique concerné sera effectivement disponible au plus tard à la date d'entrée en vigueur du remboursement et de garantir la continuité de la disponibilité du produit.

Lorsque la firme qui met des produits radiopharmaceutiques sur le marché belge et qui en a demandé le remboursement est dans l'incapacité d'approvisionner le marché pour un conditionnement, ce conditionnement est considéré comme indisponible. La firme notifie la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité au Conseil technique des radio-isotopes.

§ 2. Si le Service des soins de santé de l'Institut est informé de l'indisponibilité d'un produit radiopharmaceutique autrement que par la firme, il demande confirmation à la firme que le produit est effectivement indisponible. La firme dispose d'un délai de 14 jours à partir de la réception de cette demande pour confirmer ou infirmer l'indisponibilité par envoi recommandé avec accusé de réception. Si elle l'infirme, elle joint à son envoi les éléments probants qui attestent que le produit est disponible. Si la firme confirme l'indisponibilité, elle précise la date de début, la date présumée de fin et la raison de l'indisponibilité.

Si la firme ne répond pas dans le délai imparti, ou si les éléments que la firme fournit ne permettent pas d'établir avec certitude la disponibilité du produit, la spécialité est supprimée le plus rapidement possible de la liste, de plein droit et sans tenir compte des procédures déterminées en vertu de l'article 35, § 2^{ter}.

§ 3. Si la firme communique que le conditionnement va être indisponible pendant plus de trois mois, ou si l'indisponibilité dure plus de trois mois, le conditionnement concerné est supprimé de plein droit de la liste, sans tenir compte des procédures déterminées en vertu de l'article 35, § 2^{ter}, respectivement le premier jour du mois qui suit l'écoulement d'un délai de 10 jours à compter de la réception de la notification ou le premier jour du quatrième mois d'indisponibilité.

§ 4. Si l'indisponibilité est la conséquence d'un cas prouvé de force majeure, le conditionnement est de plein droit à nouveau inscrit sur la liste le premier jour du mois qui suit la fin de l'indisponibilité, sans tenir compte des procédures déterminées en vertu de l'article 35, § 2^{ter}. »

Afdeling 5. — Maximumfactuur

Art. 13. In artikel 37*sexies*, achtste lid, 1°, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in de bepaling onder *a)* worden de woorden « de persoonlijke aandelen die zijn vastgesteld met toepassing van artikel 37, § 2 (b), voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B en C van de lijst van vergoedbare farmaceutische specialiteiten » vervangen door de woorden « de persoonlijke aandelen voor de farmaceutische specialiteiten die zijn gerangschikt in de categorieën A, B, C, Fa en Fb van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten »;

2° de bepaling onder 1° wordt aangevuld met de bepaling onder *g)*, luidende :

« *g)* het forfaitair persoonlijk aandeel dat met toepassing van artikel 37, § 3/3, wordt gedragen door de rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden. »

Art. 14. In artikel 37*septies*, eerste lid, eerste streepje, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 5 juni 2002 en gewijzigd bij de wetten van 24 december 2002, 27 december 2005 en 22 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de woorden « de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B en C » worden vervangen door de woorden « de farmaceutische specialiteiten van de categorieën A, B, C, Fa en Fb »;

2° de woorden « het forfaitair persoonlijk aandeel dat wordt gedragen door rechthebbenden die verblijven in rust- en verzorgingstehuizen en centra voor dagverzorging, die door de bevoegde overheid erkend zijn, of in rustoorden voor bejaarden of centra voor kortverblijf, en die erkend zijn door de bevoegde overheid, of in de instellingen die zonder als rustoord te zijn erkend, de gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats van de bejaarden uitmaken, en die beantwoorden aan de door de Koning bepaalde voorwaarden » worden ingevoegd tussen de woorden « psychiatrisch verzorgingstehuis, » en de woorden « en het eventuele verschil ».

Art. 15. De artikelen 13 en 14 hebben uitwerking met ingang van 1 maart 2012.

Afdeling 6. — Statuut chronische aandoening

Art. 16. In titel III van dezelfde wet wordt een hoofdstuk III*ter* ingevoegd, luidende :

« Hoofdstuk III*ter*. Statuut chronische aandoening »

Art. 17. In hoofdstuk III*ter*, ingevoegd bij artikel 16, wordt een artikel 37*vicies*/1 ingevoegd, luidende :

« Art. 37*vicies*/1. Bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid bedoeld in artikel 31*bis* of na advies van deze werkgroep gegeven op verzoek van de Minister van Sociale Zaken binnen de door hem vastgestelde termijn en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning een statuut chronische aandoening vast, waaraan Hij de rechten verbindt die Hij bepaalt. Voor het opstellen van dit statuut wordt inzonderheid rekening gehouden met een of meer van de volgende criteria :

1° een door de Koning vastgesteld minimumbedrag aan uitgaven voor geneeskundige verzorging van een rechthebbende, over een periode waarvan de duur door de Koning wordt vastgesteld;

2° het genot van de forfaitaire toelage bedoeld in artikel 37, § 16*bis*, 2°;

3° lijden aan een zeldzame aandoening of een weesziekte.

Op voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid bedoeld in artikel 31*bis* en na advies van het Verzekeringscomité, stelt de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de voorwaarden vast voor de ingang, het behoud en het intrekken van het statuut chronische aandoening, alsook de rechten die eraan verbonden zijn. Hij legt eveneens vast wat moet worden verstaan onder « uitgaven voor geneeskundige verzorging » bedoeld in het eerste lid, 1°, en onder « een zeldzame aandoening of een weesziekte », voor de toepassing van het eerste lid, 3°. »

Section 5. — Maximum à facturer

Art. 13. A l'article 37*sexies*, alinéa 8, 1°, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le *a)*, les mots « des interventions personnelles fixées en application de l'article 37, § 2 (b), pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B et C dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables » sont remplacés par les mots « des interventions personnelles pour les spécialités pharmaceutiques qui sont classées en catégories A, B, C, Fa et Fb dans la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables »;

2° le 1° est complété par *g)* rédigé comme suit :

« *g)* de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée en application de l'article 37, § 3/3, par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune de personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi. »

Art. 14. A l'article 37*septies*, alinéa 1^{er}, premier tiret, de la même loi, inséré par la loi du 5 juin 2002 et modifié par les lois des 24 décembre 2002, 27 décembre 2005 et 22 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B et C » sont remplacés par les mots « des spécialités pharmaceutiques des catégories A, B, C, Fa et Fb »;

2° les mots « de l'intervention personnelle forfaitaire qui est supportée par les bénéficiaires qui séjournent dans des maisons de repos et de soins et des centres de soins de jour, agréés par les autorités compétentes, ou dans des maisons de repos pour personnes âgées ou des centres de court séjour, agréés par l'autorité compétente, ou dans les institutions qui, sans être agréées comme maisons de repos, constituent le domicile ou la résidence commune des personnes âgées, et qui répondent aux conditions fixées par le Roi » sont insérés entre les mots « maison de soins psychiatriques, » et les mots « et de la différence éventuelle ».

Art. 15. Les articles 13 et 14 produisent leurs effets le 1^{er} mars 2012.

Section 6. — Statut affection chronique

Art. 16. Dans le titre III de la même loi, il est inséré un chapitre III*ter* intitulé :

« Chapitre III*ter*. Du statut affection chronique »

Art. 17. Dans le chapitre III*ter*, inséré par l'article 16, il est inséré un article 37*vicies*/1 rédigé comme suit :

« Art. 37*vicies*/1. Le Roi établit, sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31*bis* ou après avis de ce groupe de travail rendu à la demande du Ministre des Affaires sociales dans le délai fixé par lui et après avis du Comité de l'assurance, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, un statut affection chronique auquel il lie les droits qu'il détermine. Pour l'élaboration de ce statut, il est notamment tenu compte d'un ou plusieurs des critères suivants :

1° un montant minimum de dépenses de santé d'un bénéficiaire fixé par le Roi, sur une période d'une durée fixée par le Roi;

2° le bénéfice de l'allocation forfaitaire visée à l'article 37, § 16*bis*, 2°;

3° être atteint d'une affection rare ou orpheline.

Sur proposition du groupe de travail assurabilité visé à l'article 31*bis* et après avis du Comité de l'assurance, le Roi détermine, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, les conditions d'ouverture, de maintien, de retrait du statut affection chronique ainsi que les droits qui y sont liés. Il précise également ce qu'il faut entendre par « dépenses de santé » visées à l'alinéa 1^{er}, 1° et par « affection rare ou orpheline » pour l'application de l'alinéa 1^{er}, 3°. »

Afdeling 7. — Derdebetalers

Art. 18. In artikel 53, § 1, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 26 juni 2000, 14 januari 2002, 27 december 2004, 27 december 2005 en 19 december 2008, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° het achtste lid wordt aangevuld met de volgende zin :

« De Koning kan, onder voorbehoud van de gevallen waarin de toepassing van de derdebetalersregeling verplicht is, tevens de voorwaarden en nadere regels bepalen volgens dewelke aan individuele zorgverleners een verbod wordt opgelegd om de derdebetalersregeling toe te passen. »;

2° tussen het achtste en het negende lid worden twee leden ingevoegd, luidende :

« Vanaf 1 januari 2015 wordt de verplichting tot toepassing van de derdebetalersregeling ingevoerd ten aanzien van de rechthebbenden op de in artikel 37, § 19, bedoelde verhoogde verzekeringstegemoetkoming en aan de rechthebbenden van het in artikel 37*vicies*/1 bedoelde statuut chronische aandoening voor de door de Koning bepaalde geneeskundige verstrekkingen, hetzij :

1° op grond van een voorstel van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie die beslist over het doorsturen ervan aan het Verzekeringscomité;

2° op grond van het voorstel dat door de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie wordt geformuleerd op verzoek van de minister; die voorstellen worden meegedeeld aan het Verzekeringscomité;

3° op grond van het voorstel van de minister.

De in het negende lid, 3°, bedoelde procedure kan worden gevolgd wanneer de voorstellen van de bevoegde overeenkomsten- of akkoordencommissie niet beantwoorden aan de in het in het negende lid, 2° bedoelde verzoek vervatte doelstellingen. In dat geval moet de afwijzing van het voorstel van de overeenstemmende overeenkomsten- of akkoordencommissie gemotiveerd zijn. »

Afdeling 8. — Sancties

Art. 19. In artikel 37, § 6, derde lid, van de dezelfde wet, worden de woorden « de in artikel 170 bedoelde sancties » vervangen door de woorden « een in artikel 101 van het Sociaal Strafwetboek bedoelde sanctie van niveau 2 ».

Afdeling 9. — Pediatrische liaison

Art. 20. In artikel 22, eerste lid, 6^{ter}, van dezelfde wet, vervangen bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden « en de in artikel 34, 21^obis, bedoelde pediatrischpalliatieve thuiszorgequipes » opgeheven.

Art. 21. In artikel 23, § 3bis, van dezelfde wet, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998 en gewijzigd bij de wet van 18 maart 2009, worden de woorden « en de pediatrischpalliatieve thuiszorgequipes, bedoeld in artikel 34, 21^obis, » opgeheven.

Art. 22. In artikel 34, eerste lid, van dezelfde wet wordt de bepaling onder 21^obis, ingevoegd bij de wet van 18 maart 2009, opgeheven.

HOOFDSTUK 3. — Ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen

Afdeling 1. — Wijzigingen van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008

Art. 23. In titel I van de wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, wordt een hoofdstuk VI ingevoegd, luidende « Financiële toegankelijkheid van het ziekenhuis ».

Art. 24. In hoofdstuk VI, ingevoegd bij artikel 23, wordt een artikel 30/1 ingevoegd, luidende :

« Art. 30/1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de door de Koning omschreven verstrekkingen.

Inzake het aanrekenen van supplementen kan de Koning, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, de in artikel 152, § 2, eerste en tweede lid, en in artikel 152, § 4, bedoelde bepalingen naar andere in het koninklijk besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, bedoelde en in het ziekenhuis werkzame categorieën van beroepsbeoefenaars, uitbreiden.

Section 7. — Tiers payant

Art. 18. A l'article 53, § 1^{er}, de la même loi, modifié par les lois des 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 26 juin 2000, 14 janvier 2002, 27 décembre 2004, 27 décembre 2005 et 19 décembre 2008, les modifications suivantes sont apportées :

1° l'alinéa 8 est complété par la phrase suivante :

« Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. »;

2° deux alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 8 et 9 :

« A partir du 1^{er} janvier 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite pour les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, et aux bénéficiaires du statut affection chronique visé à l'article 37*vicies*/1 pour les prestations médicales déterminées par le Roi, soit :

1° sur la base d'une proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la commission de conventions ou d'accords compétente à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre.

La procédure visée à l'alinéa 9, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 9, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé. »

Section 8. — Des sanctions

Art. 19. Dans l'article 37, § 6, alinéa 3, de la même loi, les mots « les sanctions visées à l'article 170 » sont remplacés par les mots « une sanction de niveau 2 visée à l'article 101 du Code pénal social ».

Section 9. — Liaison pédiatrique

Art. 20. Dans l'article 22, alinéa 1^{er}, 6^{ter}, de la même loi, remplacé par la loi du 18 mars 2009, les mots « , et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21^obis » sont abrogés.

Art. 21. Dans l'article 23, § 3bis, de la même loi, inséré par la loi du 22 février 1998 et modifié par la loi du 18 mars 2009, les mots « et avec les équipes de soins palliatifs pédiatriques à domicile visées à l'article 34, 21^obis, » sont abrogés.

Art. 22. Dans l'article 34, alinéa 1^{er}, de la même loi, le 21^obis, inséré par la loi du 18 mars 2009, est abrogé.

CHAPITRE 3. — Hôpitaux et autres établissements de soins

Section 1^{re}. — Modifications de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008

Art. 23. Dans le titre I^{er} de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, il est inséré un chapitre VI intitulé « Accessibilité financière de l'hôpital ».

Art. 24. Dans le chapitre VI, inséré par l'article 23, il est inséré un article 30/1 rédigé comme suit :

« Art. 30/1. Le présent article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi.

Concernant l'imputation de suppléments, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, étendre les dispositions visées à l'article 152, § 2, alinéas 1^{er} et 2, et à l'article 152, § 4, à d'autres catégories de professionnels de santé visés par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, exerçant dans l'hôpital.

Voor de toepassing van het tweede lid wordt verstaan onder supplementen, de bedragen die bovenop de verplichte tarieven worden gevraagd indien de in titel III, hoofdstuk V, afdelingen I en II van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde overeenkomsten of akkoorden gelden, of tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien dergelijke overeenkomsten of akkoorden niet van kracht zijn. »

Art. 25. In artikel 98, tweede lid, van dezelfde wet worden de woorden « , derde lid » opgeheven.

Art. 26. Artikel 152 van dezelfde wet wordt vervangen als volgt :

« Art. 152. § 1. Dit artikel is van toepassing op gehospitaliseerde patiënten, met inbegrip van patiënten opgenomen in daghospitalisatie voor de verstrekkingen omschreven door de Koning na advies van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen.

De minister kan vragen dat de Commissie binnen een maand een advies formuleert. Indien dat advies niet binnen de gewenste termijn is geformuleerd of indien de minister er niet mee kan instemmen, kan hij zijn eigen voorstel aan de Commissie voorleggen. De Commissie geeft dan binnen een maand advies over dat voorstel. Dat advies wordt beschouwd te zijn gegeven indien het advies niet binnen die termijn is geformuleerd.

§ 2. Enkel voor de opname in een individuele kamer mogen ziekenhuisgeneesheren tarieven aanrekenen die afwijken van de verbintstarieven indien een in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoeld akkoord van kracht is of tarieven die afwijken van de tarieven die als grondslag dienen voor de berekening van de verzekeringstegemoetkoming indien er geen bedoeld akkoord van kracht is. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder supplementen, de tarieven die ervan afwijken.

In afwijking op het eerste lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer geen supplement aanrekenen in de gevallen zoals bedoeld in artikel 97, § 2.

In afwijking op het tweede lid mogen ziekenhuisgeneesheren voor de opname in een individuele kamer zoals bedoeld in artikel 97, § 2, *d*), supplementen aanrekenen op voorwaarde dat :

1° de begeleidende ouder uitdrukkelijk volgens de in paragraaf 6 bedoelde nadere regels kiest voor een opname in een individuele kamer;

2° het aantal bedden dat het ziekenhuis in toepassing van artikel 97, § 1, ter beschikking stelt voor het onderbrengen van patiënten die zonder supplementen wensen te worden opgenomen, voldoende bedden omvat voor kinderen die samen met een begeleidende ouder in het ziekenhuis verblijven.

Ziekenhuisgeneesheren mogen in toepassing van het eerste en het derde lid enkel supplementen aanrekenen op voorwaarde dat maximumtarieven zijn vastgelegd in de in artikel 144 bedoelde algemene regeling. Dit onderdeel van de algemene regeling wordt voor de toepassing ervan door de beheerder aan de Nationale Paritaire Commissie geneesheren-ziekenhuizen en, via het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, aan de verzekeringsinstellingen meegedeeld.

§ 3. De beheerder en de medische raad garanderen dat patiënten opgenomen in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers evenals patiënten opgenomen in een individuele kamer in de in artikel 97, § 2, bedoelde gevallen, met uitzondering van de afwijking voorzien in paragraaf 2, derde lid, zonder de aanrekening van supplementen door de ziekenhuisgeneesheren, worden verzorgd. De beheerder neemt, na overleg met de medische raad, daartoe de nodige maatregelen en geeft daarvan kennis aan de medische raad.

De Koning kan nadere regels bepalen voor de toepassing van het eerste lid.

§ 4. De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, bijkomende categorieën van patiënten bepalen ten aanzien van welke ziekenhuisgeneesheren in toepassing van paragraaf 2 geen supplementen mogen aanrekenen bij opname in een individuele kamer.

§ 5. De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in tweepatiëntenkamers of gemeenschappelijke kamers, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het geheel van de bestanddelen van die honoraria.

Pour l'application de l'alinéa 2, on entend par suppléments, les montants réclamés en surplus des tarifs obligatoires si des conventions ou accords tels que visés au titre III, chapitre V, sections I^{er} et II de la loi sur l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont d'application, ou des tarifs qui servent de base pour le calcul de l'intervention de l'assurance si de tels conventions ou accords ne sont pas en vigueur. »

Art. 25. Dans l'article 98, alinéa 2, de la même loi, les mots « , alinéa 3 » sont abrogés.

Art. 26. L'article 152 de la même loi est remplacé par ce qui suit :

« Art. 152. § 1^{er}. Cet article est d'application aux patients hospitalisés, y compris les patients admis en hospitalisation de jour pour les prestations définies par le Roi après avis de la Commission nationale Médico-Mutualiste.

Le ministre peut demander que la Commission formule un avis dans un délai d'un mois. Si l'avis n'est pas formulé dans le délai voulu ou si le ministre ne peut s'y rallier, il peut soumettre sa propre proposition à la Commission. La Commission rend alors un avis sur cette proposition dans le délai d'un mois. Cet avis est considéré avoir été donné si l'avis n'a pas été formulé dans ce délai.

§ 2. Les médecins hospitaliers ne peuvent facturer des tarifs qui s'écartent des tarifs de l'accord au cas où un accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est en vigueur, ou des tarifs qui s'écartent des tarifs qui servent de base au calcul de l'intervention de l'assurance au cas où un tel accord n'est pas en vigueur, que pour l'admission en chambre individuelle. Pour l'application du présent article, on entend par suppléments, les tarifs qui s'en écartent.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, les médecins hospitaliers ne peuvent facturer de suppléments pour l'admission en chambre individuelle dans les cas prévus à l'article 97, § 2.

Par dérogation à l'alinéa 2, les médecins hospitaliers peuvent facturer des suppléments pour l'admission en chambre individuelle visée à l'article 97, § 2, *d*), à condition que :

1° le parent accompagnant opte expressément, selon les modalités visées au paragraphe 6, pour une admission en chambre individuelle;

2° le nombre de lits que l'hôpital met à disposition pour l'hébergement des patients souhaitant être admis sans supplément, en application de l'article 97, § 1^{er}, comporte suffisamment de lits pour les enfants qui séjournent à l'hôpital avec un parent accompagnant.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, en application des alinéas 1^{er} et 3, facturer des suppléments qu'à condition que des tarifs maximums soient fixés dans la réglementation générale visée à l'article 144. Cet élément de la réglementation générale est, avant son application, communiqué par le gestionnaire à la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux et, par le biais de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, aux organismes assureurs.

§ 3. Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, à l'exception de la dérogation prévue au paragraphe 2, alinéa 3, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les mesures nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical.

Le Roi peut fixer des modalités pour l'application de l'alinéa 1^{er}.

§ 4. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, définir des catégories supplémentaires de patients auxquels les médecins hospitaliers ne peuvent, en vertu du paragraphe 2, facturer de supplément en cas d'admission en chambre individuelle.

§ 5. Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre à deux lits ou en chambre commune, appliquer de suppléments aux honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur l'ensemble des composantes desdits honoraires.

De ziekenhuisgeneesheren mogen, voor de opname in een individuele kamer, geen supplementen aanrekenen op de forfaitaire honoraria per opname en/of per verpleegdag te betalen voor de verstrekkingen inzake klinische biologie of medische beeldvorming, en dit op het forfaitaire deel van die honoraria.

§ 6. In geval van een in artikel 97, § 2, d), bedoelde opname van een kind samen met een begeleidende ouder, wordt aan deze ouder een afzonderlijk document ter ondertekening voorgelegd, tegelijkertijd met de opnameverklaring. In dit document wordt de keuzemogelijkheid aangeboden van een opname waarbij de ziekenhuisgeneesheren geen supplementen mogen aanrekenen, namelijk een opname in een tweepatiëntenkamer of een gemeenschappelijke kamer.

De begeleidende ouder kan in dit document verzaken aan de in het eerste lid bedoelde keuzemogelijkheid en uitdrukkelijk kiezen voor een verblijf in een individuele kamer.

Indien het ondertekend document waarin door de begeleidende ouder een keuze wordt gemaakt ontbreekt, mogen de ziekenhuisgeneesheren in geen enkel geval supplementen aanrekenen. »

Art. 27. Artikel 153 van dezelfde wet wordt aangevuld met een lid, luidende :

« De ziekenhuisgeneesheren delen aan de beheerder mee of ze al dan niet verbonden zijn in het kader van het in artikel 50 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 bedoeld akkoord. De beheerder geeft daarvan kennis aan de medische raad. »

Afdeling 2. — Opheffingsbepaling

Art. 28. Het koninklijk besluit van 29 september 2002 tot uitvoering van artikel 138 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, wordt opgeheven.

Afdeling 3. — Inwerkingtreding

Art. 29. De artikelen 23 tot 28 treden in werking op 1 januari 2013.

Afdeling 4. — Advies

van de Nationale Commissie Geneesheren- Ziekenfondsen

Art. 30. Voor elke wijziging van artikel 152 van de wet op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008, of haar uitvoeringsbesluiten wordt het advies van de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen gevraagd, overeenkomstig artikel 50, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

HOOFDSTUK 4. — Steun verleend door de O.C.M.W.'s

Afdeling 1. — Wijzigingen van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn

Art. 31. In de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt een artikel *9bis* ingevoegd, luidende :

« Art. *9bis*. Wanneer de kosten overeenkomstig artikel 4 of 5 ten laste zijn van de Staat, stelt een sociaal onderzoek het bestaan en de omvang van de behoefte aan dienstverlening vast.

De Koning kan de elementen van het sociaal onderzoek vaststellen die onderworpen zullen worden aan de door de minister georganiseerde controle. »

Art. 32. In dezelfde wet wordt een artikel *9ter* ingevoegd, luidende :

« Art. *9ter*. § 1. De artikelen 9 en 10, § 1, zijn niet van toepassing wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een beslissing neemt betreffende de medische en farmaceutische hulp, met of zonder hospitalisatie, in een verplegingsinstelling, toegekend aan behoeftige personen die niet over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt en die niet verzekerd kunnen worden op basis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering ervan.

De Koning kan, bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad, het toepassingsgebied van dit artikel verruimen tot :

— behoeftige personen die over een ziektekostenverzekering beschikken die de risico's in België dekt of die verzekerd zijn op basis van de bovenvermelde wet;

— de medische en farmaceutische hulp verstrekt door zorgverleners buiten een in artikel 2, *n*), van de bovenvermelde wet bedoelde zorginrichting.

Les médecins hospitaliers ne peuvent, pour l'admission en chambre individuelle, appliquer de suppléments sur les honoraires forfaitaires payables par admission et/ou par journée d'hospitalisation pour les prestations de biologie clinique ou d'imagerie médicale, et ce sur la partie forfaitaire desdits honoraires.

§ 6. En cas d'admission d'un enfant accompagné par un parent visé à l'article 97, § 2, d), un document distinct est soumis à la signature de ce parent en même temps que la déclaration d'admission. Ce document prévoit la possibilité de choisir une admission ne permettant pas aux médecins hospitaliers de facturer des suppléments, à savoir une admission en chambre à deux lits ou en chambre commune.

Dans ce document, le parent accompagnant peut renoncer à la possibilité de choix visée à l'alinéa 1^{er} et opter expressément pour un séjour en chambre individuelle.

En cas d'absence du document signé, dans lequel le parent accompagnant fait un choix, les médecins hospitaliers ne peuvent en aucun cas facturer des suppléments. »

Art. 27. L'article 153 de la même loi est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Les médecins hospitaliers font savoir au gestionnaire s'ils sont ou non liés dans le cadre de l'accord visé à l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Le gestionnaire en informe le conseil médical. »

Section 2. — Disposition abrogatoire

Art. 28. L'arrêté royal du 29 septembre 2002 portant exécution de l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est abrogé.

Section 3. — Entrée en vigueur

Art. 29. Les articles 23 à 28 entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Section 4. — Avis de la Commission nationale Médico-Mutualiste

Art. 30. L'avis de la Commission nationale Médico-Mutualiste, conformément aux modalités définies à l'article 50, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est demandé sur toute modification de l'article 152 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, ou de ses arrêtés d'exécution.

CHAPITRE 4. — Secours accordés par les C.P.A.S.

Section 1^{re}. — Modifications de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale

Art. 31. Dans la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours accordés par les centres publics d'action sociale, il est inséré un article *9bis* rédigé comme suit :

« Art. *9bis*. Lorsque les frais sont à charge de l'Etat conformément aux articles 4 ou 5, une enquête sociale constate l'existence et l'étendue du besoin d'aide.

Le Roi peut déterminer les éléments de l'enquête sociale qui seront soumis au contrôle organisé par le ministre. »

Art. 32. Dans la même loi, il est inséré un article *9ter* rédigé comme suit :

« Art. *9ter*. § 1^{er}. Les articles 9 et 10, § 1^{er}, ne sont pas d'application lorsque le centre public d'action sociale prend une décision concernant l'aide médicale et pharmaceutique, avec ou sans hospitalisation, dans un établissement de soins, octroyée aux personnes indigentes, ne bénéficiant pas d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique et ne pouvant pas être assurées sur la base de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de celle-ci.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres étendre le champ d'application du présent article :

— aux personnes indigentes bénéficiant d'une assurance maladie couvrant les risques en Belgique ou assurées sur la base de la loi précitée, ou pouvant l'être;

— à l'aide médicale et pharmaceutique octroyée par des dispensateurs de soins hors d'établissement de soins visés à l'article 2, *n*), de la loi précitée.

§ 2. De in paragraaf 1 bedoelde beslissing kan geen betrekking hebben op de verleende hulpverlening die een aanvang nam in een periode van meer dan vijfenveertig dagen voorafgaand aan die beslissing.

§ 3. Wanneer het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn een in paragraaf 1 bedoelde beslissing neemt, brengt het deze beslissing in de daartoe vastgestelde gegevensbank in volgens de door de minister bepaalde nadere regels en dit uiterlijk wanneer de beslissing van het centrum wordt medegedeeld aan de betrokkene.

§ 4. Werd de beslissing niet ingebracht overeenkomstig paragraaf 3, dan neemt het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn deze kosten ten laste, binnen de grenzen van artikel 11, § 1, vanaf de negende dag te rekenen vanaf de datum van de beslissing tot het moment waarop het deze beslissing inbrengt in de gegevensbank.

§ 5. In het in paragraaf 1 bedoelde geval wordt de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering ermee belast om controles en de terugbetaling van de kosten van voormelde hulp, te verrichten in naam en voor rekening van de Staat.

Een voorschot zal worden betaald aan de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Elke maand betaalt de Staat de Hulpkas voor ziekte- en invaliditeitsverzekering de gestorte bedragen terug op basis van een elektronisch maandoverzicht.

De Koning bepaalt de nadere regels van de controles en de terugbetalingen.

Op voorstel van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalt de Programmatorische Federale Overheidsdienst Maatschappelijke Integratie, Armoedebestrijding, Sociale Economie en Grootstedenbeleid de instructies betreffende de facturatie op elektronische drager van toepassing op de facturatie van de in paragraaf 1 bedoelde medische en farmaceutische hulp. »

Art. 33. Artikel 10 van dezelfde wet, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende :

« § 2. Bij gebrek aan een sociaal onderzoek zoals bepaald in artikel 9bis, vordert de minister, van het openbaar centrum voor maatschappelijk welzijn de door de Staat ten laste genomen kosten terug. »

Art. 34. In artikel 11, § 1, van dezelfde wet wordt het tweede lid, ingevoegd bij de wet van 27 december 2005, opgeheven.

Art. 35. In artikel 11, § 2, van dezelfde wet, gewijzigd bij de wet van 22 december 2003, worden de woorden « voor zover een voorafgaand sociaal onderzoek het bestaan en de omvang van de behoefte aan maatschappelijke hulp heeft kunnen aantonen » opgeheven.

Art. 36. In artikel 12, eerste lid, van dezelfde wet worden de woorden « De terugvorderbare kosten zijn » vervangen door de woorden « Met uitzondering van de in artikel 9ter voorziene kosten, zijn de terugvorderbare kosten ».

Afdeling 2. — Inwerkingtreding

Art. 37. De Koning bepaalt achtereenvolgens de data van inwerkingtreding van artikel 32 en van artikel 36 voor de openbare centra voor maatschappelijk welzijn en voor de betrokken verplegingsinstellingen.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 27 december 2012.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,

Mevr. L. ONKELINX

De Minister van Justitie,

Mevr. A. TURTELBOOM

De Staatssecretaris voor Asiel en Migratie,
Maatschappelijke Integratie en Armoedebestrijding

Mevr. M. DE BLOCK

Met 's Lands zegel gezegeld :

Voor de Minister van Justitie, afwezig,

De Vice-Eerste Minister en Minister van Pensioenen,

A. DE CROO

§ 2. La décision visée au paragraphe 1^{er} ne peut pas porter sur les aides octroyées au cours d'une période qui a débuté plus de quarante-cinq jours avant cette décision.

§ 3. Lorsque le centre public d'action sociale prend une décision visée au paragraphe 1^{er}, il l'introduit dans la base de données déterminée à cet effet selon les modalités fixées par le ministre et au plus tard lors de la communication à l'intéressé de la décision du centre.

§ 4. A défaut d'avoir introduit la décision conformément au paragraphe 3, le centre public d'action sociale prend en charge ces frais dans les limites de l'article 11, § 1^{er}, à partir du neuvième jour à compter de la date de décision jusqu'au moment où il introduit cette décision dans la base de données.

§ 5. Dans le cas visé au paragraphe 1^{er}, la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité est chargée d'effectuer des contrôles et le remboursement des frais de l'aide précitée au nom et pour le compte de l'Etat.

Une avance sera versée à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Chaque mois, sur la base d'un état mensuel électronique, l'Etat rembourse à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité les montants versés.

Le Roi détermine les modalités des contrôles et des remboursements.

Sur proposition du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, le Service public fédéral de Programmation Intégration sociale, Lutte contre la Pauvreté, Economie sociale et Politique des Grandes Villes fixe les instructions de facturation sur support électronique applicables à la facturation de l'aide médicale et pharmaceutique visée au paragraphe 1^{er}. »

Art. 33. L'article 10 de la même loi, dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est complété par un paragraphe 2, rédigé comme suit :

« § 2. En cas d'absence d'enquête sociale telle que prévue à l'article 9bis, le ministre récupère, auprès du centre public d'action sociale, les frais pris en charge par l'Etat. »

Art. 34. Dans l'article 11, § 1^{er}, de la même loi, l'alinéa 2, inséré par la loi du 27 décembre 2005, est abrogé.

Art. 35. Dans l'article 11, § 2, de la même loi, modifié par la loi du 22 décembre 2003, les mots « pour autant qu'une enquête sociale préalable ait permis de constater l'existence et l'étendue du besoin d'aide sociale » sont abrogés.

Art. 36. Dans l'article 12, alinéa 1^{er}, de la même loi, les mots « Les frais recouvrables sont » sont remplacés par les mots « A l'exclusion des frais prévus à l'article 9ter, les frais recouvrables sont ».

Section 2. — Entrée en vigueur

Art. 37. Le Roi détermine successivement les dates d'entrée en vigueur de l'article 32 et de l'article 36 pour les centres publics d'action sociale et les établissements de soins concernés.

Promulguons la présente loi, ordonnons qu'elle soit revêtue du sceau de l'Etat et publiée par le *Moniteur belge*.

Donné à Bruxelles, le 27 décembre 2012.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,

Mme L. ONKELINX

La Ministre de la Justice,

Mme A. TURTELBOOM

La Secrétaire d'Etat à l'Asile et la Migration, à l'Intégration sociale
et à la Lutte contre la pauvreté

Mme M. DE BLOCK

Scellé du sceau de l'Etat :

Pour la Ministre de la Justice, absente,

Le Vice-Premier Ministre et Ministre des Pensions

A. DE CROO

Nota

(1) *Zitting 2012-2013.*

Kamer van volksvertegenwoordigers.

Stukken. — Wetsontwerp, 53-2524 - Nr. 1. - Verslag (Sociale Zaken), 53-2524 - Nr. 2. - Amendementen, 53-2524 - Nr. 3. - Verslag (Volksgezondheid), 53-2524 - Nr. 4. - Tekst aangenomen door de commissie, 53-2524 - Nr. 5. - Amendement, 53-2524 - Nr. 6. - Tekst aangenomen door de commissie, 53-2524 - Nr. 7. - Tekst aangenomen in plenaire vergadering en overgezonden aan de Senaat, 53-2524 - Nr. 8.

Integraal Verslag. — 19 en 20 décembre 2012.

Senaat.

Stukken. — Ontwerp geëvoceerd door de Senaat, 5-1895 - Nr. 1. - Verslag, 5-1895 - Nr. 2. - Beslissing om niet te amenderen, 5-1895 - Nr. 3.

Handelingen van de Senaat. — 21 december 2012.

Note

(1) *Session 2012-2013.*

Chambre des représentants.

Documents. — Projet de loi, 53-2524 - N° 1. - Rapport (Affaires sociales), 53-2524 - N° 2. - Amendements, 53-2524 - N° 3. - Rapport (Santé publique), 53-2524 - N° 4. - Texte adopté par la commission, 53-2524 - N° 5. - Amendement, 53-2524 - N° 6. - Texte adopté par la commission, 53-2524 - N° 7. — Texte adopté en séance plénière et transmis au Sénat, 53-2524 - N° 8.

Compte rendu intégral. — 19 et 20 décembre 2012.

Sénat.

Documents. — Projet évoqué au Sénat, 5-1895 - N° 1. - Rapport, 5-1895 - N° 2. - Décision de ne pas amender, 5-1895 - N° 3.

Annales du Sénat. — 21 décembre 2012.FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 3945

[C - 2012/22452]

17 DECEMBER 2012. — Verordening 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

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op 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;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 17 december 2012,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 15, § 6, 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, wordt vervolledigd door het volgende lid :

« In uitzonderlijke gevallen bepaald door de Dienst voor geneeskundige verzorging en in het geval van een wijziging van een bedrag van de tegemoetkoming voor verzorging en bijstand in de handelingen van het dagelijkse leven ontvangen in het verleden, maakt de inrichting aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende een correctiekostennota over in overeenstemming met het model in bijlage 43*bis*. »

Art. 2. Bijlage 43 van dezelfde verordening, laatst vervangen door de verordening van 21 maart 2011, wordt vervangen door de bijlage 43 die bij deze verordening gaat.

Art. 3. Bijlage 44 van dezelfde verordening, vervangen door de verordening van 23 december 2011, wordt vervangen door de bijlage 44 die bij deze verordening gaat.

Art. 4. Bijlagen 43*bis* en 44*bis*, die bij deze verordening gaan, worden na de bijlagen 43 en 44 ingevoegd.

Art. 5. Deze verordening treedt in werking op 1 januari 2013.

Brussel, 17 december 2012.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDERDe Voorzitter,
G. PERLSERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 3945

[C - 2012/22452]

17 DECEMBRE 2012. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 17 décembre 2012,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 15, § 6, du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est complété par l'alinéa suivant :

« Dans des cas exceptionnels déterminés par le Service des soins de santé, en cas de modification du montant d'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière déjà perçue dans le passé, l'institution fait parvenir à l'organisme assureur du bénéficiaire une note de frais rectificative conforme au modèle repris à l'annexe 43*bis*. »

Art. 2. L'annexe 43 du même règlement, remplacée en dernier lieu par le règlement du 21 mars 2011, est remplacée par l'annexe 43 ci-jointe.

Art. 3. L'annexe 44 du même règlement, remplacée par le règlement du 23 décembre 2011, est remplacée par l'annexe 44 ci-jointe.

Art. 4. Les annexes 43*bis* et 44*bis* ci-jointes sont insérées à la suite des annexes 43 et 44.

Art. 5. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

Bruxelles, le 17 décembre 2012.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDERLe Président,
G. PERL