

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2014/22307]

22 MEI 2014. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de medische tenlasteneming van personen die in bestaansonzekerheid leven, en in het bijzonder de personen zonder vaste verblijfplaats

FILIP, 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, artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd bij de wet van 7 februari 2014 houdende diverse bepalingen inzake de toegankelijkheid van de gezondheidszorg;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 29 januari 2014;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 24 februari 2014;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 20 maart 2014;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 24 april 2014;

Gelet op advies nr. 55.891/2 van de Raad van State, gegeven op 23 april 2014, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Overeenkomstig de voorwaarden in dit besluit, kan het Verzekeringscomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een overeenkomst sluiten met een rechtspersoon bedoeld in artikel 3, tot vaststelling van de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen die rechtspersoon een tegemoetkoming toekent voor de opvang en de medische tenlasteneming van personen die in bestaansonzekerheid leven, van wie de toestand geen ziekenhuisopname rechtvaardigt, maar een aangepaste tenlasteneming vereist die niet kan worden gegarandeerd als zij geen verblijfplaats hebben.

**Art. 2.** De opvang en de tenlasteneming bedoeld in artikel 1 kunnen zowel betrekking hebben op rechthebbenden op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging als op personen die geen rechthebbenden op de verplichte verzekering zijn. De overeenkomst beoogt ook de reïntegratie van het publiek waarop het systeem van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging is gericht.

**Art. 3.** Een overeenkomst kan worden gesloten met een rechtspersoon van wie de hoofdactiviteit op het Belgisch grondgebied plaatsvindt en van wie de maatschappelijke doelstelling hoofdzakelijk gericht is op de urgentieopvang van een publiek dat in bestaansonzekerheid leeft.

**Art. 4.** De toepassingsfeer van de overeenkomst is strikt beperkt tot de opvang en de tenlasteneming in twee types van structuren : enerzijds, in structuren die bedden aanbieden die bestemd zijn voor de tijdelijke opvang van personen die in bestaansonzekerheid leven en van wie de toestand geen ziekenhuisopname rechtvaardigt, maar een aangepaste tenlasteneming vereist, hierna "Bedden voor Zorgopvang" (bedden voor globale opvang) genoemd en, anderzijds, in structuren die bedden aanbieden die bestemd zijn voor de opvang op langere of minder lange termijn van daklozen met chronische aandoeningen, met een min of meer sombere prognose en die, gelet op hun neuropsychische mogelijkheden, in de nabije toekomst niet of niet meer voor zichzelf kunnen zorgen, hierna "Bedden voor Gemedicaliseerde Opvang" genoemd.

De duur van de tenlasteneming in de "Bedden voor Zorgopvang" mag 2 maanden niet overschrijven.

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2014/22307]

22 MAI 2014. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions, en application de l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour la prise en charge médicale des personnes en situation de grande précarité, et en particulier des personnes sans domicile fixe

PHILIPPE, 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, l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, remplacé par la loi du 10 août 2001 et modifié par la loi du 7 février 2014 portant dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 29 janvier 2014;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 24 février 2014;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 20 mars 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 24 avril 2014;

Vu l'avis n° 55.891/2 du Conseil d'Etat, donné le 23 avril 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Aux conditions énoncées dans le présent arrêté, le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité peut conclure une convention avec une personne morale visée à l'article 3, fixant les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accordée à cette personne morale une intervention pour l'accueil et la prise en charge médicale des personnes en situation de précarité dont l'état ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée qui ne peut être assurée en l'absence de domicile.

**Art. 2.** L'accueil et la prise en charge visés à l'article 1<sup>er</sup> peuvent concerner tant des bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé que des personnes qui n'en sont pas bénéficiaires. La convention vise aussi la réinsertion du public visé dans le système d'assurance obligatoire soins de santé.

**Art. 3.** Une convention peut être conclue avec une personne morale dont l'activité principale est située sur le territoire belge et dont l'objet social est principalement orienté vers l'accueil d'urgence d'un public précarisé.

**Art. 4.** Le champ d'application de la convention est strictement limité à l'accueil et la prise en charge dans deux types de structure : d'une part, dans des structures offrant des lits destinés à l'accueil temporaire des personnes en situation de précarité dont l'état ne justifie pas d'hospitalisation mais nécessite une prise en charge adaptée, dénommées ci-après « Lits Halte Soins de Santé » et, d'autre part, dans des structures offrant des lits destinés à l'accueil à plus ou moins long terme des personnes sans abri présentant des pathologies chroniques, de pronostic plus ou moins sombre et qui, au vu de leurs possibilités neuropsychiques, ne sont pas ou plus à même de se prendre en charge dans un avenir proche, dénommées ci-après « Lits d'Accueil Médicalisés ».

La durée de prise en charge dans les « Lits Halte Soins de Santé » ne peut excéder deux mois.

**Art. 5. § 1.** De tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 bedraagt 62,97 euro per dag voor de “Bedden voor Zorgopvang” en 111,63 euro per dag voor de “Bedden Voor Gemedicaliseerde Opvang”.

§ 2. Die tegemoetkoming dekt de volgende verstrekkingen :

a) de raadplegingen van de huisartsen en de technische verstrekkingen inzake diagnose en behandeling die niet de bekwaamheid van geneesheer-specialist vereisen;

b) de verzorging die door verpleegkundigen wordt verleend, met inbegrip van de verpleegkundige activiteiten die door zorgkundigen worden verricht volgens de modaliteiten die zijn vastgelegd in het Koninklijk besluit van 12 januari 2006 tot vaststelling van de verpleegkundige activiteiten die de zorgkundigen mogen uitvoeren en de voorwaarden waaronder de zorgkundigen deze handelingen mogen stellen;

c) de verzorging die door kinesitherapeuten wordt verleend;

d) de taken inzake reactivatie en sociale reïntegratie.

De tegemoetkoming dekt niet de geneesmiddelen en het klein materiaal.

§ 3. De verstrekkingen die worden gedekt door de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 mogen niet het voorwerp vormen van een andere tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging of van een andere Belgische reglementering. De overeenkomst moet de te registreren elementen voorzien met het oog op de controle van de naleving van deze bepaling.

**Art. 6.** De overeenkomst moet voorzien in de oprichting van een begeleidingscomité dat het goede beheer van het project waarborgt. Dat begeleidingscomité bestaat uit vertegenwoordigers van het RIZIV, vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, van het Verzekeringscomité en vertegenwoordigers van het in aanmerking genomen project.

**Art. 7.** De overeenkomst moet erin voorzien dat er binnen de structuur een medische comité wordt opgericht dat de goede werking van alle activiteiten van de gemedicaliseerde structuur garandeert. Dat comité beslist over de opnames, het type van tenlasteneming en de verzorging en behandelingen die moeten worden verricht. Het beoordeelt de evolutie van de gezondheidstoestand van de patiënt en beslist over diens ontslag. In de overeenkomst worden de precieze samenstelling van dat comité en de opnamecriteria vastgelegd.

**Art. 8. § 1.** De aanvragen tot het sluiten van overeenkomsten zoals bedoeld in dit besluit moeten met een ter post aangetekende brief aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, RIZIV, Tervurenlaan 211, 1150 Brussel, worden verstuurd binnen de twee maanden na het van kracht worden van dit besluit.

De aanvragen omvatten een volledige beschrijving van het globale project en moeten meer bepaald aantonen dat ze aan de bepalingen van dit besluit voldoen. De aanvragen moeten ook aantonen :

1°) dat de rechtspersoon ervaring heeft in de urgentieopvang van een publiek dat in bestaansonzekerheid leeft;

2°) dat het project beoogt om 24 uur op 24 en 365 dagen per jaar een opvang en een tenlasteneming te organiseren voor het publiek bedoeld in artikel 4;

3°) dat de rechtspersoon over een structuur beschikt die bestaat uit een multidisciplinair team dat verplicht minstens één arts, één kinesitherapeut en één verpleegkundige omvat;

4°) dat de rechtspersoon de logistiek biedt die gekoppeld is aan dat type van opvangstructuur (restaurant, wasserij, opvang);

5°) er in de organisatie van een medische comité bedoeld in artikel 7 wordt voorzien.

**Art. 9.** De duurtijd van het project is 2 jaar. Een evaluatie zal op het einde van het tweede jaar worden georganiseerd. Het in aanmerking genomen project moet het Verzekeringscomité elk jaar een gedetailleerd verslag bezorgen van de activiteiten die in het kader van de overeenkomst zijn verricht. In de overeenkomst worden de termijnen vastgelegd waarin de verslagen moeten worden bezorgd.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** L'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est de 62,97 EUR par jour pour les « Lits Halte Soins de Santé » et 111,63 EUR par jour pour les « Lits d'Accueil Médicalisés ».

§ 2. Cette intervention couvre les prestations suivantes :

a) les consultations des médecins de médecine générale et les prestations techniques de diagnostic et de traitement qui ne requièrent pas la qualification de médecin-spécialiste;

b) les soins dispensés par des praticiens de l'art infirmier, en ce compris les activités infirmières effectuées par des aides-soignants selon les modalités prévues dans l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes;

c) les soins dispensés par des kinésithérapeutes;

d) les tâches de réactivation et de réintégration sociale.

L'intervention ne couvre pas les médicaments et le petit matériel.

§ 3. Les prestations couvertes par l'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> ne peuvent pas faire l'objet d'une autre intervention de l'assurance obligatoire soins de santé ou d'une autre réglementation belge. La convention doit prévoir les éléments à enregistrer en vue de contrôler le respect de la présente disposition.

**Art. 6.** La convention doit prévoir la création d'un comité d'accompagnement garantissant la bonne gouvernance du projet. Ce comité d'accompagnement est composé de représentants de l'INAMI, de représentants des organismes assureurs, du Comité de l'assurance et des représentants du projet retenu.

**Art. 7.** La convention doit prévoir qu'un comité médical garantissant le bon fonctionnement de l'ensemble des activités de la structure médicalisée est mis en place au sein de la structure. Ce comité décide des admissions, convient du type de prise en charge à apporter et des soins et traitements à dispenser. Il évalue l'évolution de l'état de santé du patient et décide de sa sortie. La convention fixe la composition exacte de ce comité ainsi que des critères d'admission.

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** Les demandes de conclusion de conventions visées dans le présent arrêté doivent être adressées par lettre recommandée au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé, INAMI, avenue de Tervuren 211, 1150 Bruxelles, dans les deux mois de l'entrée en vigueur du présent arrêté.

Les demandes comprennent une description complète du projet global et doivent, notamment, démontrer qu'elles répondent aux dispositions du présent arrêté. Elles doivent également démontrer :

1°) que la personne morale a une expérience dans l'accueil d'urgence d'un public précarisé;

2°) que le projet vise à organiser un accueil et une prise en charge 24h sur 24 et 365 jours par an pour les publics visés à l'article 4;

3°) que la personne morale possède une structure composée d'une équipe pluridisciplinaire comprenant obligatoirement au moins un médecin, un kinésithérapeute et une infirmière.

4°) que la personne morale offre la logistique liée à de ce type de structure d'accueil (restauration, buanderie, accueil);

5°) prévoir l'organisation d'un comité médical visé à l'article 7.

**Art. 9.** Le projet est prévu pour une durée de 2 ans. Une évaluation sera organisée à l'issue de la deuxième année. Le projet retenu devra chaque année remettre au Comité de l'assurance un rapport détaillé des activités réalisées dans le cadre de la convention. La convention fixe les délais dans lesquels les rapports doivent être transmis.

In de overeenkomst worden de nadere regels bepaald voor het storten van voorschotten en voor de definitieve betaling van de tegemoetkoming op basis van de bewijsstukken.

De overeenkomst moet overlegmodaliteiten voorzien met de verantwoordelijken van de overige initiatieven voor de medische tenlasteneming van personen die in bestaansonzekerheid leven en gefinancierd worden in het kader van artikel 56 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De overeenkomst bevat een beding waarin is bepaald dat het Verzekeringscomité kan beslissen tot het terugvorderen van bedragen die niet conform de overeenkomst zijn aangewend en een beding waarbij het Verzekeringscomité de overeenkomst ten aanzien van de partner waarmee die is gesloten, te allen tijde kan opzeggen mits inachtnaam van een redelijke opzegtermijn, indien blijkt dat de rechtspersoon de overeenkomst niet of slechts gedeeltelijk uitvoert.

Het maximale jaarlijkse budget bedraagt 1.300.000 EUR.

**Art. 10.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 mei 2014.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,  
Mevr. L. ONKELINX

La convention fixe les modalités pour le versement d'acomptes et pour le paiement définitif de l'intervention sur la base des pièces justificatives.

La convention devra prévoir les modalités de concertation avec les responsables des autres initiatives visant la prise en charge médicale des personnes en situation de grande précarité et financées dans le cadre de l'article 56 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La convention contient une clause selon laquelle le Comité de l'assurance peut décider de récupérer les montants qui n'ont pas été utilisés conformément à la convention ainsi qu'une clause selon laquelle le Comité de l'assurance peut à tout moment dénoncer la convention, moyennant le respect d'un délai de préavis raisonnable, à l'égard du partenaire avec laquelle elle est conclue, s'il apparaît que la personne morale n'exécute pas ou n'exécute que partiellement la convention.

Le budget annuel maximum est de 1.300.000 EUR.

**Art. 10.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 mai 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2014/22300]

**17 JUNI 2014.** — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 25 april 2007 en 23 december 2009 en § 8, eerste lid, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, artikel 57, gewijzigd bij de koninklijk besluit van 14 april 2009;

Gelet op de mededeling aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op 10 juni 2014;

Gelet op de hoogdringendheid, gemotiveerd door het feit dat, een vrijwillige daling van de prijs en/of de vergoedingsbasis, met ingang op 1 juli 2014, van sommige farmaceutische specialiteiten noodzakelijk is om de continuïteit van de zorgen te kunnen garanderen, aangezien de apotheker verplicht is om in het geval van een voorschift op stofnaam, geneesmiddelen af te leveren binnen een beperkte lijst van geneesmiddelen en dat de vrijwillige dalingen van de prijs en/of de vergoedingsbasis het mogelijk maken dat de betrokken farmaceutische specialiteiten blijven deel uitmaken van deze beperkte lijst van geneesmiddelen;

Gelet op het advies nr. 56.461/2 van de Raad van State, gegeven op 16 juni 2014 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 3°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973.

Besluit :

**Artikel 1.** In de bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2014/22300]

**17 JUNI 2014.** — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

La Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35bis, § 1<sup>er</sup>, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, § 2, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003, 25 avril 2007 et 23 décembre 2009 et § 8, alinéa 1<sup>er</sup>, inséré par la loi du 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, l'article 57, modifié par l'arrêté royal du 14 avril 2009;

Vu la communication à la Commission de Remboursement des Médicaments le 10 juin 2014;

Vu l'urgence, motivée par le fait qu'une diminution volontaire du prix et/ou de la base de remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques, au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2014, est nécessaire afin de pouvoir garantir la continuité des soins, vu que, dans le cas d'une prescription sous DCI, le pharmacien est obligé de délivrer au sein d'une liste restrictive de médicaments et que les diminutions volontaires du prix et/ou de la base de remboursement permettent que les spécialités pharmaceutiques en question puissent continuer à faire partie de cette liste restrictive de médicaments;

Vu l'avis n° 56.461/2 du Conseil d'Etat, donné le 16 juin 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 3°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'annexe I<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des