

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2017/11227]

6 MARS 2017. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions visant à régler l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA

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, notamment l'article 56, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> remplacé par la loi du 17 juillet 2015 et 3<sup>o</sup> remplacé par la loi du 10 août 2001 et modifié par la loi du 7 février 2014;

Vu l'arrêté royal du 28 décembre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre de l'intervention de l'assurance obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida et de son traitement, modifié par l'article 18 du présent arrêté;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 7 septembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 septembre 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 21 octobre 2016;

Vu l'accord du Ministre du Budget donné le 29 novembre 2016;

Vu l'urgence motivée par le fait que les paiements des arriérés des années 2012, 2013, 2014, 2015 et les trois premiers trimestres de 2016 doivent être effectués dans le cadre du budget disponible en 2016;

Vu les avis 60.550/2 et 60.692/2 du Conseil d'Etat, donnés les 5 décembre 2016 et 16 janvier 2017, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — Terminologie

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans le présent arrêté, on entend par :

1<sup>o</sup> « loi SSI », la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2<sup>o</sup> « INAMI », l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

3<sup>o</sup> « assurance obligatoire », l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

4<sup>o</sup> « Comité de l'assurance », le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

5<sup>o</sup> « Centre de référence », le Centre de référence VIH/SIDA qui a conclu une convention sur la base des articles 22, 6<sup>o</sup> et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités;

6<sup>o</sup> « Centre de dépistage », le Centre de référence tel que visé au point 5<sup>o</sup> qui réalise des activités de dépistage telles que décrites dans le présent arrêté;

7<sup>o</sup> « dépistage », le dépistage anonyme (si le patient demande l'anonymat), confidentiel et gratuit du SIDA et autres maladies sexuellement transmissibles tel que décrit à l'article 6;

8<sup>o</sup> « heures de dépistage attribuées », les heures d'ouverture sur une année du Centre de dépistage durant lesquelles le Centre de dépistage réalise les activités de dépistage prévues au Chapitre 4 pour le groupe cible dont question au Chapitre 3;

9<sup>o</sup> « dépistage délocalisé », le dépistage organisé de manière ponctuelle, occasionnelle, dans des lieux particulièrement fréquentés par le public cible en dehors des locaux du Centre de dépistage;

10<sup>o</sup> « SIDA », le syndrome d'immunodéficience acquise;

11<sup>o</sup> « VIH », le virus de l'immunodéficience humaine;

12<sup>o</sup> « MST », les maladies sexuellement transmissibles en ce compris les Infections Sexuellement Transmissibles (IST);

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2017/11227]

6 MAART 2017. — Koninklijk besluit van tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten tot regeling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding

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, inzonderheid op artikel 56, § 2, eerste lid, 1<sup>o</sup> vervangen bij de wet van 17 juli 2015 en 3<sup>o</sup>, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en gewijzigd door de wet van 7 februari 2014;

Gelet op het Koninklijk besluit van 28 december 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding en –behandeling gewijzigd door artikel 18 van dit besluit;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 7 september 2016;

Gelet op het advies van het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 12 september 2016;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 21 oktober 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 29 november 2016;

Gelet op het verzoek om spoedbehandeling, gemotiveerd door de omstandigheid dat de betalingen van de achterstallen voor 2012, 2013, 2014, 2015 en de eerste 3 trimesters van 2016 moeten kunnen gedaan worden binnen het voor 2016 beschikbare budget;

Gelet op het advies 60.550/2 en 60.692/2 van de Raad van State, gegeven op 5 december 2016 en op 16 januari 2017, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — Terminologie

**Artikel 1.** In dit besluit wordt verstaan onder :

1<sup>o</sup> "GVU-wet", de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2<sup>o</sup> "RIZIV", het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

3<sup>o</sup> "verplichte verzekering", de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

4<sup>o</sup> "Verzekeringscomité", het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering;

5<sup>o</sup> "referentiecentrum", het hiv/aids-referentiecentrum dat een overeenkomst heeft gesloten op basis van de artikelen 22, 6<sup>o</sup> en 23, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

6<sup>o</sup> "screeningscentrum", het referentiecentrum zoals bedoeld onder punt 5<sup>o</sup> dat screeningsactiviteiten verricht zoals beschreven in dit besluit;

7<sup>o</sup> "screening", de anonieme (als de patiënt om anonimiteit vraagt), vertrouwelijke en gratis opsporing van aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen zoals beschreven in artikel 6;

8<sup>o</sup> "toegekende screeningsuren", de openingsuren gedurende een jaar van een screeningscentrum tijdens welke het screeningscentrum de in Hoofdstuk 4 vermelde screeningsactiviteiten verricht voor de doelgroep waarvan sprake in Hoofdstuk 3;

9<sup>o</sup> "gedecentraliseerde screening", de screening die gericht en occasioneel wordt georganiseerd, op plaatsen die in het bijzonder door het doelpubliek worden bezocht, buiten de lokalen van het screeningscentrum;

10<sup>o</sup> "aids", acquired immune deficiency syndrome;

11<sup>o</sup> "hiv", human immunodeficiency virus;

12<sup>o</sup> "soa", seksueel overdraagbare aandoeningen met inbegrip van seksueel overdraagbare infecties (soi);

CHAPITRE 2. — *Conditions auxquelles les centres de dépistage candidats répondent*

**Art. 2.** § 1<sup>er</sup>. Selon les conditions fixées par le présent arrêté, il peut être conclu, entre le Comité de l'assurance et un Centre de dépistage, une convention fixant les modalités sur base desquelles l'assurance obligatoire octroie une intervention dans les frais occasionnés par l'activité de dépistage que le Centre de dépistage organise.

§ 2. Une seule convention est conclue par Région.

**Art. 3.** Le Centre de dépistage est une entité fonctionnelle distincte disposant de sa propre équipe multidisciplinaire, d'une infrastructure et des équipements pour permettre de réaliser les activités dont question dans le présent arrêté.

Le Centre de dépistage offre son aide aux patients visés sans distinction de nationalité, de race, de sexe, d'âge, de religion, de conception de vie, de préférence sexuelle ou de domicile.

Sur le plan de l'infrastructure et des équipements, le Centre de dépistage dispose au moins d'un espace de consultation et d'entretien individuel ainsi que d'un secrétariat.

Le Centre de dépistage propose les activités prévues dans le cadre du présent arrêté sur un seul site localisé sur base d'une adresse précise et d'un numéro de téléphone.

Dans le cas où le Centre de dépistage réalise les activités prévues dans le cadre du présent arrêté en dehors de ce site, cela sera considéré comme la mise en place d'une activité de dépistage délocalisée au sens de l'article 6 § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa.

**Art. 4.** Aux fins de conclure une convention, les Centres de dépistage candidats remplissent toutes les conditions suivantes :

1° Posséder une expérience spécifique en ce qui concerne le dépistage anonyme et gratuit du SIDA, tel que visé à l'article 6.

2° *Disposer d'une équipe multidisciplinaire dont les membres possèdent tous (à l'exception des membres du secrétariat) une formation et une expertise spécifiques prouvées concernant la prise en charge des patients séropositifs et des groupes cibles et activités visés dans le présent arrêté et qui est composée :*

- a) d'au moins un médecin;
- b) d'un psychologue ou un sexologue;
- c) d'un infirmier, infirmier social et/ou assistant social;
- d) d'un(e) secrétaire.

3° Avoir mis en place, durant la dernière année calendrier complète qui précède l'introduction de la demande de conclusion de la convention, les activités dont question à l'article 6 pour un minimum de patients sur base annuelle fixé conformément aux dispositions de l'article 8. Pour déterminer le nombre de patients, seuls les patients qui répondent aux groupes cibles des patients dont question à l'article 5 et qui ont chacun eu au minimum une consultation avec un médecin du Centre de dépistage pendant l'année concernée, sont comptabilisés.

4° Introduire un dossier détaillé conformément aux dispositions de l'article 17.

CHAPITRE 3. — *Groupe cible du dépistage*

**Art. 5.** § 1<sup>er</sup>. Le dépistage dont il est question dans le présent arrêté s'adresse à toute personne qui présente un risque réel d'infection VIH ou de MST et qui fait partie d'un ou plusieurs des groupes suivants :

- 1° des migrants originaires d'un pays où la prévalence du HIV est minimum 10 fois plus élevée que la prévalence du VIH en Belgique;
- 2° des hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes;
- 3° des usagers de drogues par voie intraveineuse et leurs partenaires;
- 4° des « travailleurs et travailleuses » du sexe et leurs partenaires;
- 5° des clients de la prostitution et leurs partenaires;
- 6° des personnes qui ont des relations sexuelles en dehors du contexte d'une relation stable;
- 7° des personnes qui ont plusieurs partenaires ou qui ont des relations sexuelles avec un partenaire qui a des partenaires multiples.

§ 2. Sont exclus les patients VIH déjà diagnostiqués ainsi que les patients qui sont prises en charge par un Centre de référence.

HOOFDSTUK 2. — *Voorwaarden waaraan de kandidaat-screeningscentra voldoen*

**Art. 2.** § 1. Onder de bij dit besluit vastgestelde voorwaarden kan tussen het Verzekeringscomité en een screeningscentrum een overeenkomst worden gesloten waarin de voorwaarden worden vastgelegd waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een tegemoetkoming toekent in de kosten van de screeningsactiviteiten van het screeningscentrum.

§ 2. Per Gewest wordt slechts één enkele overeenkomst gesloten.

**Art. 3.** Het screeningscentrum is een aparte functionele eenheid die over een eigen multidisciplinair team, eigen infrastructuur en eigen uitrusting beschikt om de activiteiten te verrichten waarvan sprake in dit besluit.

Het screeningscentrum biedt hulp aan patiënten van gelijk welke nationaliteit, ras, geslacht, leeftijd, religie, levensbeschouwing, seksuele voorkeur of woonplaats.

Op het gebied van infrastructuur en uitrusting beschikt het screeningscentrum minstens over een individuele raadplegings- en gespreksruimte en een secretariaat.

Het screeningscentrum biedt de activiteiten die dit besluit voorziet, aan op een enkele plaats die op basis van een specifiek adres en telefoonnummer kan worden gelokaliseerd.

Indien het screeningscentrum de activiteiten waarin in het kader van dit besluit wordt voorzien, buiten die locatie verricht, zal dit worden beschouwd als de uitoefening van een gedecentraliseerde screeningsactiviteit zoals bedoeld in artikel 6, § 1, laatste lid.

**Art. 4.** Om een overeenkomst te kunnen sluiten, voldoen de kandidaat-screeningscentra aan alle volgende voorwaarden :

1° Beschikken over specifieke ervaring betreffende de anonieme en gratis screening van aids zoals bedoeld in artikel 6.

2° Beschikken over een multidisciplinair team waarvan alle leden (met uitzondering van de leden van het secretariaat) beschikken over een bewezen specifieke opleiding en expertise op het vlak van de tenlasteneming van seropositieve patiënten en de in dit besluit vermelde doelgroepen en activiteiten, en dat bestaat uit :

- a) minstens 1 arts;
- b) een psycholoog of seksuoloog;
- c) een verpleegkundige, een sociaal verpleegkundige en/of een maatschappelijk werker;
- d) een secretaris of secretaresse;

3° Gedurende het laatste volledige kalenderjaar voorafgaand aan de indiening van de aanvraag voor het sluiten van de overeenkomst de activiteiten waarvan sprake in artikel 6 hebben georganiseerd voor op jaarbasis een minimumaantal patiënten dat overeenkomstig de bepalingen van artikel 8 is vastgesteld. Om het aantal patiënten te bepalen, mogen enkel de patiënten worden geteld die behoren tot de patiëntendoelgroepen waarvan sprake in artikel 5 en die gedurende het desbetreffende jaar elk minstens één keer een arts van het screeningscentrum hebben geraadpleegd.

4° Een gedetailleerd dossier indienen in overeenstemming met de bepalingen van artikel 17.

HOOFDSTUK 3. — *Doelgroep van de screening*

**Art. 5.** § 1. De screening waarvan sprake in dit besluit is bedoeld voor elke persoon die een reëel risico op hiv- of soa-besmetting vertoont en die behoort tot één of meerdere van volgende groepen :

- 1° migranten afkomstig uit een land met een hiv-prevalentie die minimum 10 keer hoger is dan de hiv-prevalentie in België;
- 2° mannen die seks hebben met mannen;
- 3° intraveneuze druggebruikers en hun partners;
- 4° "sekswerk(st)ers" en hun partners;
- 5° prostitutieklanten en hun partners;
- 6° personen die onbeschermd seksuele betrekkingen hebben buiten de context van een vaste relatie;
- 7° personen die meerdere partners hebben of die seks hebben met een partner die met meerdere partners seks heeft personen die meerdere partners hebben of die seks hebben met een partner die met meerdere partners seks heeft.

§ 2. Zijn uitgesloten : de hiv-patiënten die al zijn gediagnosticeerd alsook de patiënten die door een referentiecentrum worden ten laste genomen.

## CHAPITRE 4. — Prestations à fournir par le centre de dépistage

**Art. 6.** § 1<sup>er</sup>. Les Centres de dépistage sont tenus :

1° d'offrir aux personnes visées à l'article 5, des tests VIH gratuits, complétés au besoin par un diagnostic MST et ce, dans le respect absolu de la vie privée (en observant l'anonymat total à la demande de la personne concernée par le dépistage). Ce dépistage est mis en place selon les recommandations internationales c'est-à-dire :

a) Organisation et mise en place d'une phase pré-test avec évaluation de la prise de risque du demandeur;

b) Organisation et mise en place de la phase de test HIV proprement dite et autres MST si nécessaire;

c) Organisation et mise en place de la phase post-test avec transmission des résultats (et ce, tant pour les diagnostics qui s'avèrent positifs que les diagnostics qui s'avèrent négatifs).

2° de pouvoir faire appel à tout moment au médecin visé à l'article 4, 2° pendant toutes les phases du dépistage et pendant les heures pendant lesquelles le Centre de dépistage réalise les activités de dépistage. Si le test réalisé s'avèrerait positif, les résultats seront en tout cas communiqués au patient par le médecin;

3° de tenter de prendre contact avec le patient qui ne s'est pas présenté à la phase post-test et ce, dans le respect absolu de la vie privée;

4° de sensibiliser les patients concernés aux pratiques à risque, de les informer sur le VIH et les MST et d'orienter les patients pour lesquels un test VIH s'est avéré positif vers un Centre de référence.

§ 2. Les Centres de dépistage peuvent également offrir les activités de dépistage telles que visées au § 1<sup>er</sup>, en dehors des locaux du Centre de dépistage afin d'améliorer l'accessibilité de l'activité de dépistage auprès des groupes-cibles. Cependant, le Centre de dépistage qui met en place une telle activité de dépistage délocalisé ne peut le faire que pour au maximum ¼ des heures de dépistage qui lui sont attribuées en vertu des dispositions de l'article 8 du présent arrêté.

§ 3. Les activités visées au § 1<sup>er</sup> et § 2 sont offertes de manière enregistrable et mesurable. Les Centres de dépistage font une analyse concernant :

1° l'approche concrète des différents groupes comme prévu dans l'article 5, § 1, 1° jusque 6°;

2° le résultat de l'approche et, plus précisément, les éléments qui se sont avérés fructueux ou manifestement améliorables;

3° les différents groupes qui n'ont pas pu être touchés par le dépistage et les réponses alternatives efficaces.

§ 4. Les Centres de dépistage produisent des recommandations :

1° au macro-niveau, aux responsables politiques dans une large perspective de santé;

2° sur le plan sociologique, concernant les différents groupes en question, en vue notamment d'une approche spécifique en réseaux ou par d'autres voies adéquates;

3° sur le plan organisationnel, pour une approche fonctionnelle des soins par d'autres dispensateurs de soins (Centres de référence, hôpitaux, dispensateurs de soins de première ligne).

## CHAPITRE 5. — Financement de l'activité de dépistage dispositions générales

**Art. 7.** § 1<sup>er</sup>. Le financement par l'assurance obligatoire des activités de dépistage dont il est question dans le cadre du présent arrêté est un financement annuel par Centre de dépistage.

§ 2. Sur une base annuelle, l'intervention de l'assurance obligatoire pour l'ensemble des Centres de dépistage pour les tâches visées à l'article 6 ne dépasse pas 835.006,92 €.

Du montant précité, 82,5% sont indexables. Cette partie indexable est liée à l'indice pivot des prix à la consommation (indice pivot 101,02 de juin 2016 – base 2013). Cette partie indexable est adaptée selon les dispositions de la loi du 1<sup>er</sup> mars 1977 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation du Royaume de certaines dépenses dans le secteur public.

Le budget disponible pour l'ensemble des Centres de dépistage est réparti en fonction de l'activité de chaque Centre de dépistage et selon les modalités décrites dans le présent arrêté.

§ 3. Le financement annuel par Centre de dépistage couvre l'ensemble des frais nécessaires à l'exécution des tâches telles que précisées à l'article 6.

## HOOFDSTUK 4. — Verstrekingen die het screeningscentrum zal verlenen

**Art. 6.** § 1. De screeningscentra zullen :

1° de personen zoals bedoeld in artikel 5 gratis hiv-testen aanbieden, zo nodig aangevuld met een soa-diagnostiek en dat met absoluut respect voor de privacy (en met inachtneming van de volledige anonimiteit als de persoon waarop de screening betrekking heeft, dat vraagt). Die screening wordt volgens de internationale aanbevelingen georganiseerd, namelijk :

a) het organiseren en invoeren van een pretestfase met evaluatie van het risico dat de aanvrager heeft genomen;

b) het organiseren en invoeren van de eigenlijke hiv-testfase en van andere soa's indien nodig;

c) het organiseren en invoeren van de posttestfase met terugkoppeling van de resultaten (en dat zowel voor de diagnoses die positief blijken als voor de diagnoses die negatief blijken).

2° gedurende alle screeningsfasen en gedurende de uren tijdens welke het screeningscentrum de screeningsactiviteiten verricht te allen tijde een beroep kunnen doen op een in artikel 4, 2° bedoelde arts. Indien de test positief zou blijken, zullen de resultaten in elk geval door de arts aan de patiënt worden meegedeeld;

3° de patiënt die niet voor de posttestfase is komen opdagen, proberen te contacteren en dat met absoluut respect voor de privacy;

4° patiënten die betrokken zijn bij risicovolle praktijken sensibiliseren, informatie over hiv en soa's verstrekken en patiënten voor wie de hiv-test positief bleek te zijn, naar een referentiecentrum oriënteren.

§ 2. De screeningscentra mogen de screeningsactiviteiten zoals bedoeld in § 1, eveneens buiten de lokalen van het screeningscentrum aanbieden om de toegankelijkheid van de screeningsactiviteiten bij de doelgroepen te verbeteren. Het screeningscentrum dat een dergelijke gedecentraliseerde activiteit organiseert, mag dat slechts doen voor maximum ¼ van de screeningsuren die aan dat centrum zijn toegerekend krachtens de bepalingen van artikel 8 van dit besluit.

§ 3. De activiteiten zoals bedoeld in § 1 en § 2 worden op een registreerbare en meetbare manier aangeboden. De screeningscentra doen een analyse met betrekking tot :

1° de concrete aanpak van de verschillende groepen zoals voorzien in artikel 5, § 1, 1° tot en met 6°;

2° het resultaat van de aanpak en meer bepaald welke elementen succesvol bleken of voor verbetering vatbaar zijn;

3° de verschillende groepen die niet konden worden bereikt met de screening en de doeltreffende alternatieve antwoorden.

§ 4. De screeningscentra doen aanbevelingen :

1° op beleidsmatig macroniveau, aan de politiek verantwoordelijken, vanuit een breed gezondheidsperspectief;

2° op sociologisch niveau, met betrekking tot de verschillende groepen, onder meer met het oog op een specifieke aanpak in sociale netwerken of andere geëigende kanalen;

3° op organisatorisch niveau, voor een functionele zorgaanpak door andere zorgverleners (referentiecentra, ziekenhuizen, eerstelijnszorgverleners).

## HOOFDSTUK 5. — Financiering van de screeningsactiviteit algemene bepalingen

**Art. 7.** § 1. De financiering door de verplichte verzekering van de screeningsactiviteiten waarvan sprake in het kader van dit besluit is een jaarlijkse financiering per screeningscentrum.

§ 2. Op jaarbasis bedraagt de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor alle screeningscentra samen voor de taken zoals bedoeld in artikel 6 niet meer dan 835.006,92 euro.

Van dat bedrag is 82,5 % indexeerbaar. Dat indexeerbaar gedeelte wordt gekoppeld aan de spilindex van de consumptieprijzen (spilindex 101,02 van juni 2016 - basis 2013). Dat indexeerbare gedeelte wordt aangepast volgens de bepalingen van de wet van 1 maart 1977 houdende inrichting van een stelsel waarbij sommige uitgaven in de overheidssector aan het indexcijfer van de consumptieprijzen van het Rijk worden gekoppeld.

Het beschikbare budget voor alle screeningscentra samen wordt verdeeld op basis van de activiteit van elk screeningscentrum en volgens de modaliteiten beschreven in dit besluit.

§ 3. De jaarlijkse financiering per screeningscentrum dekt alle kosten die nodig zijn voor de uitvoering van de taken zoals gepreciseerd in artikel 6.

Sur base annuelle, l'intervention de l'assurance obligatoire par Centre de dépistage couvre les coûts suivants :

- 1° Les frais de personnel;
- 2° Les frais de fonctionnement;
- 3° Les frais des tests.

L'intervention annuelle globale par Centre de dépistage ainsi que le détail de chaque poste (frais de personnel, frais de fonctionnement et frais des tests) sont fixés dans les conventions visées à l'article 2 en application des dispositions prévues par le présent arrêté.

Seuls les frais de personnel sont entièrement indexables. Les frais de fonctionnement sont pour 2/3 indexables. Ces parties indexables sont adaptées conformément aux modalités mentionnées dans le § 2.

Les frais des tests ne sont pas indexables.

§ 4. L'INAMI paie, à chaque Centre de dépistage, l'intervention de l'assurance obligatoire auquel il peut prétendre en application des dispositions prévues par le présent arrêté et ce, sur base des modalités décrites dans la convention qui sera conclue avec les Centres de dépistage dans le cadre du présent arrêté. La convention définit entre autres les modalités de versement des avances et de décompte définitif de l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, sur la base de justificatifs.

Tous les ans, chaque Centre de dépistage transmet au Service des soins de santé un rapport comptable qui porte spécifiquement sur les activités qu'il réalise dans le cadre du présent arrêté.

§ 5. Si la convention, au cours d'une année civile donnée, n'est d'application que pour une partie de l'année civile considérée, l'intervention de l'assurance obligatoire sur base annuelle pour le Centre de dépistage en question est réduite proportionnellement en tenant compte de la période durant laquelle la convention est applicable au cours de l'année civile visée.

#### CHAPITRE 6. — Financement de l'activité de dépistage - point de départ : heures de dépistage attribuées au centre de dépistage

**Art. 8.** § 1<sup>er</sup>. Un Centre de dépistage se voit attribuer, à la signature de la convention dont question à l'article 2, des heures de dépistage en fonction du nombre de patients suivis par ce Centre de dépistage durant la dernière année complète qui précède l'introduction de son dossier de candidature.

§ 2. Pour déterminer le nombre d'heures de dépistage à attribuer au Centre de dépistage dans le cadre de la convention précitée, il est tenu compte du nombre de patients suivis par ce Centre de dépistage durant la dernière année complète qui précède l'introduction de son dossier de candidature et du nombre d'heures de dépistage réalisées éventuellement en délocalisé par le Centre de dépistage durant cette même année.

A cet effet, la formule suivante s'applique :

[Nombre de patients réellement suivis durant cette année] + [(nombre d'heures réalisées en délocalisé) X 1,066667] = Nombre de patients corrigé dont il est tenu compte pour fixer le nombre d'heures de dépistage qui seront attribuées à la signature de la convention au Centre de dépistage.

Dans le cas où le résultat du calcul correspond à un chiffre inférieur à 1.280, le Centre de dépistage n'entre pas en ligne de compte pour conclure une convention dans le cadre du présent arrêté.

Op jaarbasis dekt de tegemoetkoming van de verplichte verzekering per screeningscentrum de volgende kosten :

- 1° de personeelskosten;
- 2° de werkingskosten;
- 3° de kosten van de testen.

De globale jaarlijkse tegemoetkoming per screeningscentrum evenals het detail van elke uitgavenpost (personeelskosten, werkingskosten en kosten van de testen) worden vastgelegd in de overeenkomsten zoals bedoeld in artikel 2 met toepassing van de bepalingen die in dit besluit zijn vastgesteld.

Enkel de personeelskosten zijn volledig indexeerbaar. De werkingskosten zijn voor 2/3 indexeerbaar. Die indexeerbare gedeeltes worden aangepast overeenkomstig de modaliteiten vermeld in § 2.

De kosten van de testen zijn niet-indexeerbaar.

§ 4. Het RIZIV betaalt aan elk screeningscentrum de tegemoetkoming van de verplichte verzekering waarop het aanspraak kan maken met toepassing van de bepalingen zoals bedoeld in dit besluit, en dat op basis van de modaliteiten beschreven in de overeenkomst die in het kader van dit besluit met de screeningscentra zal worden gesloten. De overeenkomst bepaalt onder meer de modaliteiten volgens welke er voorschotten moeten worden gestort en de definitieve afrekening van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging op basis van bewijsstukken.

Elk screeningscentrum bezorgt de Dienst voor Geneeskundige Verzorging jaarlijks een boekhoudkundig verslag dat specifiek betrekking heeft op de activiteiten die het in het kader van dit besluit verricht.

§ 5. Indien de overeenkomst in de loop van een bepaald kalenderjaar slechts voor een deel van dat kalenderjaar van toepassing is, wordt de jaarlijkse tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor het screeningscentrum proportioneel verminderd, rekening houdende met de periode waarin de overeenkomst in de loop van het bedoelde kalenderjaar van toepassing is.

#### HOOFDSTUK 6. — Financiering van de screeningsactiviteit - uitgangspunt : screeningsuren die aan het screeningscentrum worden toegekend

**Art. 8.** § 1. Een screeningscentrum krijgt, bij de ondertekening van de overeenkomst waarvan sprake in artikel 2, screeningsuren toegekend op basis van het aantal patiënten zoals bedoeld in artikel 4, 3° dat het gedurende het laatste volledige jaar voorafgaand aan het indienen van zijn kandidaat-dossier heeft gevolgd.

§ 2. Om te bepalen hoeveel screeningsuren aan het screeningscentrum in het kader van de voormelde overeenkomst worden toegekend, wordt rekening gehouden met het aantal patiënten dat het screeningscentrum gedurende het laatste volledige jaar voorafgaand aan het indienen van zijn kandidaat-dossier heeft gevolgd en met het aantal screeningsuren dat het screeningscentrum gedurende datzelfde jaar eventueel gedecentraliseerd heeft verricht.

Daartoe wordt de volgende formule toegepast :

[aantal werkelijk gevolgde patiënten gedurende dat jaar] + [(aantal uren gedecentraliseerde screening) X 1,066667] = gecorrigeerd aantal patiënten waarmee rekening wordt gehouden om het aantal screeningsuren vast te stellen dat bij de ondertekening van de overeenkomst aan het screeningscentrum zal worden toegekend.

Indien het resultaat van de berekening overeenstemt met een cijfer dat lager is dan 1.280, dan komt het screeningscentrum niet in aanmerking voor het sluiten van een overeenkomst in het kader van dit besluit.



Dans les autres cas, les heures de dépistage attribuées le sont de la manière suivante en fonction du résultat du calcul dont question ci-dessus :

In de andere gevallen worden de screeningsuren als volgt toegekend op basis van het resultaat van de voormelde berekening :

Nombre de patients corrigé	Heures de dépistage attribuées	Gecorrigeerd aantal patiënten	Toegekende screeningsuren
De 1280 à 1599	400	Van 1280 tot 1599	400
De 1600 à 1919	500	Van 1600 tot 1919	500
De 1920 à 2239	600	Van 1920 tot 2239	600
De 2240 à 2559	700	Van 2240 tot 2559	700
De 2560 à 2879	800	Van 2560 tot 2879	800
De 2880 à 3199	900	Van 2880 tot 3199	900
De 3200 à 3519	1000	Van 3200 tot 3519	1000
De 3520 à 3839	1100	Van 3520 tot 3839	1100
De 3840 à 4159	1200	Van 3840 tot 4159	1200
De 4160 à 4479	1300	Van 4160 tot 4479	1300
De 4480 à 4799	1400	Van 4480 tot 4799	1400
De 4800 à 5119	1500	Van 4800 tot 5119	1500
De 5120 à 5439	1600	Van 5120 tot 5439	1600
De 5440 à 5759	1700	Van 5440 tot 5759	1700
De 5760 à 6079	1800	Van 5760 tot 6079	1800
De 6080 à 6399	1900	Van 6080 tot 6399	1900
De 6400 à 6719	2000	Van 6400 tot 6719	2000
...	...	...	...

Dans le cas où dans la formule mentionnée ci-dessus, le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé par le Centre de dépistage durant la dernière année complète qui précède l'introduction de son dossier de candidature, est supérieur à 1/4 des heures de dépistage attribuées sur base du résultat de la formule et du tableau mentionné ci-dessus, le calcul du nombre de patients corrigé est refait, en diminuant le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé, jusqu'au moment où le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé ne dépasse plus 1/4 des heures de dépistage attribuées sur base du résultat de la formule et du tableau mentionné ci-dessus.

Indien in de bovenstaande formule het aantal gedecentraliseerde screeningsuren dat gedurende het laatste volledige jaar voorafgaand aan het indienen van zijn kandidaat-dossier door het screeningscentrum werd verricht, hoger ligt dan 1/4 van de screeningsuren die worden toegekend op basis van het resultaat van de formule en van de bovenvermelde tabel, wordt het gecorrigeerde aantal patiënten opnieuw berekend met vermindering van het aantal gedecentraliseerde screeningsuren, tot het moment waarop het aantal gedecentraliseerde screeningsuren niet meer hoger ligt dan 1/4 van het aantal screeningsuren dat op basis van het resultaat van de formule en de bovenstaande tabel wordt toegekend.

CHAPITRE 7. — *Financement de l'activité de dépistage - financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests*

HOOFDSTUK 7. — *Financiering van de screeningsactiviteit - financiering van de personeelskosten, werkingskosten en kosten van de testen*

Section 1<sup>re</sup>. — Financement de base

Afdeling 1. — Basisfinanciering

Art. 9. § 1<sup>er</sup>. Le financement de base s'entend comme étant le financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests à la signature de la convention dont question à l'article 2.

Art. 9. § 1. Onder basisfinanciering wordt verstaan, de financiering, bij de ondertekening van de in artikel 2 bedoelde overeenkomst, van de personeelskosten, de werkingskosten en de kosten van de testen.

§ 2. Le financement de base dont question au § 1<sup>er</sup> du présent article se réalise sur base des heures de dépistage attribuées au Centre de dépistage conformément au Chapitre 6 et des principes suivants :

§ 2. De basisfinanciering waarvan sprake in § 1 van dit artikel gebeurt op basis van de aan het screeningscentrum, conform Hoofdstuk 6, toegekende screeningsuren en onderstaande principes :



§ 3. La convention dont question à l'article 2 impose à chaque Centre de dépistage d'employer l'encadrement prévu par le tableau du § 2 du présent article, pour le nombre d'heures de dépistage attribuées au Centre de dépistage concerné.

Les frais de personnel dont question à la colonne (7) du tableau du § 2 du présent article sont fixés sur base des principes suivants :

1° Une ancienneté (forfaitaire) de 15 ans pour tous les membres de l'équipe;

2° Les barèmes applicables aux hôpitaux de la Commission paritaire 330, sauf pour le médecin;

3° Pour le médecin, le barème de Médecin-conseil auprès d'un organisme assureur conformément aux dispositions de l'article 5, 1° de l'arrêté royal du 22 octobre 2006 modifiant l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, majoré de 10% d'indemnité de coordination.

Le Comité de l'assurance peut adapter les frais de personnel dont question à la colonne (7) du tableau du § 2 du présent article afin de tenir compte de nouveaux accords sociaux conclus ou des modifications légales ayant des effets sur les frais de personnel.

§ 4. Les frais de fonctionnement dont question à la colonne (8) du tableau du § 2 du présent article couvrent tous les frais de fonctionnement du Centre de dépistage (frais des locaux, frais d'administration, frais liés aux communications téléphoniques, petit matériel nécessaire à l'activité de dépistage, désinfectant, papier de protection des tables d'examen, matériel pour le prélèvement, etc.).

§ 5. Les frais des tests dont question à la colonne (9) du tableau du § 2 du présent article permettent de financer les tests qui nécessitent une analyse en laboratoire mais qui ne peuvent pas être portés en compte à l'organisme assureur du patient pour qui le test a été réalisé au vu du fait que le patient en question souhaite préserver son anonymat. Ce financement forfaitaire permet également de financer des tests rapides qui ne sont quant à eux remboursables dans aucun autre cadre réglementaire.

En dehors de ce financement forfaitaire pour les tests permettant le remboursement des tests anonymes et des tests rapides, les Centres de dépistage peuvent porter en compte les coûts des tests de biologie clinique aux organismes assureurs des patients pour lesquels l'anonymat ne doit pas être garanti et ce, sur la base de la réglementation normale de remboursement des prestations de biologie clinique (nomenclature des prestations de santé) et des modalités y afférentes.

**Art. 10. § 1<sup>er</sup>.** Le financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests tel que prévu par l'article 9 n'est effectif qu'à partir de l'année qui suit l'année d'introduction du dossier de candidature, après la signature d'une convention telle que visée à l'article 2.

§ 2. Dans le cas où un Centre de dépistage met en place une activité de dépistage délocalisé, le financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests est calculé sur base des mêmes principes que ceux dont question dans le présent Chapitre. Ce sont les heures de dépistage qui lui ont été attribuées qui déterminent le financement.

#### Section 2. — Conditions de maintien du financement de base

**Art. 11. § 1<sup>er</sup>.** Pour qu'un Centre de dépistage maintienne son financement sur base des heures de dépistage attribuées en application des dispositions du Chapitre 6, le nombre de patients tel que visé par l'article 4, 3° et pris en charge par ce Centre (nombre corrigé sur base de la formule mentionnée au § 2 afin de tenir compte du nombre d'heures de dépistage réalisées éventuellement en délocalisé), s'élève à au moins 90% du nombre minimum de patients que le Centre, conformément aux tableaux des chapitres 6 et 7, est censé prendre en charge en vertu des heures de dépistage qui ont été attribuées à ce Centre et ce, pour chaque année complète durant laquelle la convention est en vigueur.

§ 2. Afin de vérifier si le nombre de patients corrigé atteint le taux d'occupation à 90 %, la formule suivante est d'application :

[Nombre de patients réellement suivis durant cette année par le Centre de dépistage] + [(nombre d'heures réalisées en délocalisé) X 0,96] = Nombre de patients corrigé dont il sera tenu compte pour vérifier si le Centre de dépistage peut maintenir son financement.

Dans le cas où dans la formule mentionnée ci-dessus, le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé par le Centre de dépistage, est supérieur à 1/4 des heures de dépistage attribuées, le calcul du nombre de patients corrigé est refait, en diminuant le nombre d'heures

§ 3. De overeenkomst waarvan sprake in artikel 2 verplicht elk screeningscentrum om de personeelsformatie zoals bepaald in de tabel in § 2 van dit artikel te werk te stellen voor het aantal screeningsuren dat aan het betrokken screeningscentrum wordt toegekend.

De personeelskosten waarvan sprake in kolom (7) van de tabel in § 2 van dit besluit zijn op basis van de volgende principes vastgesteld :

1° Een (forfaitaire) anciënniteit van 15 jaar voor alle teamleden;

2° De barema's van het paritair comité 330 die van toepassing zijn voor de ziekenhuizen, behalve voor de arts;

3° Voor de arts, het barema van adviserend-geneesheer bij een verzekeringsinstelling overeenkomstig de bepalingen van artikel 5, 1° van het Koninklijk Besluit van 22 oktober 2006 tot wijziging van Koninklijk Besluit nr. 35 van 20 juli 1967 houdende het statuut en het barema van de adviserend-geneesheren die tot taak hebben bij de verzekeringsinstellingen in te staan voor de geneeskundige controle op de primaire arbeidsongeschiktheid en op de gezondheidszorgverstrekkingen overeenkomstig de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, verhoogd met 10 % coördinatievergoeding.

Het Verzekeringscomité kan de personeelskosten waarvan sprake in kolom (7) van de tabel in § 2 van dit artikel aanpassen om rekening te houden met nieuwe sociale akkoorden die worden gesloten of met wetswijzigingen die een effect hebben op de personeelskosten.

§ 4. De werkingskosten waarvan sprake in kolom (8) van de tabel in § 2 van dit besluit dekken alle werkingskosten van het screeningscentrum (kosten voor de lokalen, administratie, telefoon, klein materiaal dat nodig is voor de screeningsactiviteit, ontsmettingsmiddel, beschermingspapier voor de onderzoekstafels, materiaal voor bloedafname, enz.).

§ 5. De kosten van de testen waarvan sprake in kolom (9) van de tabel in § 2 van dit besluit maken de financiering mogelijk van de testen die een laboratorium-analyse vereisen maar die niet kunnen worden aangerekend aan de verzekeringsinstelling van de patiënt voor wie de test werd verricht, aangezien de patiënt in kwestie zijn anonimiteit wenst te behouden. Die forfaitaire financiering maakt ook de financiering van sneltesten mogelijk die in geen enkel ander reglementair kader vergoedbaar zijn.

Naast die forfaitaire financiering voor de testen waarmee de anonieme testen en de sneltesten kunnen worden vergoed, kunnen de screeningscentra de kosten voor de testen inzake klinische biologie aanrekenen aan de verzekeringsinstellingen van de patiënten van wie de anonimiteit niet moet worden verzekerd, en dat op basis van de normale reglementering voor de vergoeding van de verstrekkingen inzake klinische biologie (nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) en de daaraan verbonden modaliteiten.

**Art. 10. § 1.** De financiering van de personeelskosten, werkingskosten en kosten van de testen, zoals bedoeld in artikel 9, begint pas te lopen vanaf het jaar dat volgt op het jaar, waarin het kandidaat-dossier werd ingediend, na de ondertekening van een overeenkomst zoals bedoeld in artikel 2.

§ 2. Indien een screeningscentrum een gedecentraliseerde screeningsactiviteit organiseert, wordt de financiering van de personeelskosten, werkingskosten en kosten voor de testen berekend op basis van dezelfde principes als die waarvan sprake in dit hoofdstuk. De screeningsuren die aan het centrum worden toegekend bepalen immers de financiering.

#### Afdeling 2. — Voorwaarden voor het behoud van de basisfinanciering

**Art. 11. § 1.** Om als screeningscentrum verder gefinancierd te blijven op basis van de screeningsuren die met toepassing van de bepalingen van Hoofdstuk 6 zijn toegekend, bedraagt het aantal patiënten zoals bedoeld in artikel 4, 3° dat door het centrum wordt ten laste genomen (gecorrigeerd aantal op basis van de formule vermeld in § 2 om rekening te houden met het eventueel aantal gedecentraliseerde screeningsuren) minstens 90 % van het minimumaantal patiënten dat het centrum, overeenkomstig de tabellen in hoofdstukken 6 en 7, geacht wordt ten laste te nemen op basis van de screeningsuren die aan dat centrum zijn toegekend en dat voor elk volledig jaar waarin de overeenkomst van kracht is.

§ 2. Om na te gaan of het gecorrigeerd aantal patiënten de bezettingsgraad van 90 % bereikt, wordt de volgende formule toegepast :

[aantal werkelijk door het screeningscentrum gevolgde patiënten gedurende dat jaar] + [(aantal gedecentraliseerde uren) X 0,96] = gecorrigeerd aantal patiënten waarmee rekening zal worden gehouden om na te gaan of het screeningscentrum zijn financiering kan behouden.

Indien in de bovenstaande formule het aantal gedecentraliseerde screeningsuren van het screeningscentrum hoger ligt dan 1/4 van de toegekende screeningsuren, wordt het gecorrigeerde aantal patiënten opnieuw berekend met vermindering van het aantal gedecentraliseerde

de dépistage réalisées en délocalisé, jusqu'au moment où le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé ne dépasse plus 1/4 des heures de dépistage attribuées.

§ 3. Si le Comité de l'assurance constate - sur base des données retirées des rapports annuels à envoyer par les Centres de dépistage en vertu des dispositions de l'article 15 § 2 - que le Centre de dépistage n'a pas atteint le nombre minimum de patients qu'il est censé prendre en charge en vertu des dispositions du § 1<sup>er</sup> pendant 2 années consécutives, il peut décider de diminuer le financement prévu pour le Centre de dépistage en question. Une nouvelle convention sera alors conclue pour concrétiser cette diminution.

Les heures de dépistage qui seront attribuées à un tel Centre eu égard à cette diminution, le seront sur base du tableau et des principes de l'article 8 en fonction du nombre moyen de patients pris en charge durant ces 2 années consécutives et des heures de dépistage réalisées éventuellement en délocalisé pendant ces années.

Le financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests sera, dans ce cas, adapté de manière à ce qu'il soit, sur la base du nouveau nombre d'heures de dépistage qui ont été attribuées à ce Centre de dépistage réellement, répondu aux dispositions de l'article 9 § 2.

§ 4. Dans le cas où le résultat de la formule du § 2 est inférieur à 1.152 patients pendant 2 années consécutives, le Comité de l'assurance pourra dénoncer la convention conclue dans le cadre du présent arrêté moyennant l'observance d'un délai de préavis conformément aux dispositions dont question à l'article 19 § 2, 2<sup>ième</sup> alinéa.

Le Comité de l'assurance donnera la chance au Centre de dépistage d'expliquer au préalable par écrit les raisons pour lesquelles il n'a pas pu être satisfait aux conditions mentionnées dans le présent arrêté.

### Section 3. — Conditions pour une extension des heures de dépistage attribuées

**Art. 12.** § 1<sup>er</sup>. Un Centre de dépistage dont le nombre de patients tels que visés par l'article 4, 3<sup>o</sup> (nombre corrigé sur base de la formule mentionnée au § 2 afin de tenir compte du nombre d'heures de dépistage réalisées éventuellement en délocalisé), dépasse pendant 2 années consécutives, le nombre de patients maximum lié, conformément aux tableaux des chapitres 6 et 7, aux heures de dépistage attribuées à ce Centre, peut introduire une demande d'extension des heures de dépistage attribuées.

§ 2. Pour déterminer le nombre d'heures de dépistage à attribuer à un Centre de dépistage tel que visé dans le § 1<sup>er</sup>, la formule suivante est d'application pour chacune de ces 2 années :

$$[\text{Nombre de patients réellement suivis par le Centre de dépistage}] + [(\text{nombre d'heures réalisées en délocalisé}) \times 1,066667] = \text{Nombre de patients corrigé dont il est tenu compte pour chacune des 2 années consécutives pour vérifier si le Centre peut prétendre à une extension des heures de dépistage.}$$

Dans le cas où dans la formule mentionnée ci-dessus, le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé par le Centre de dépistage, est supérieur à 1/4 des heures de dépistage attribuées préalablement, le calcul du nombre de patients corrigé est refait, en diminuant le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé, jusqu'au moment où le nombre d'heures de dépistage réalisées en délocalisé ne dépasse plus 1/4 des heures de dépistage attribuées préalablement.

§ 3. Les heures de dépistage qui seront attribuées à ce Centre de dépistage le seront sur base du tableau et des principes de l'article 9 et correspondront aux nombres de patients atteints pendant les 2 années consécutives, corrigés sur base de la formule mentionnée au § 2.

Le financement des frais de personnel, des frais de fonctionnement et des frais des tests sera, dans ce cas, adapté de manière à ce qu'il soit, sur la base du nouveau nombre d'heures de dépistage qui ont été attribuées à ce Centre de dépistage réellement, répondu aux dispositions de l'article 9 § 2.

§ 4. Un Centre de dépistage qui souhaite obtenir une extension des heures de dépistage attribuées introduit une demande spécifique auprès du Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI. Cette demande fait état de l'évolution du nombre de patients à partir de l'année qui précède l'introduction de la candidature du Centre pour être reconnu Centre de dépistage jusqu'à la dernière année complète qui précède l'introduction de sa demande d'extension.

§ 5. Le Comité de l'assurance statue en dernière instance sur la demande d'extension.

screeningsuren, tot het moment waarop het aantal gedecentraliseerde screeningsuren niet meer hoger ligt dan 1/4 van het aantal toegekende screeningsuren.

§ 3. Indien het Verzekeringscomité - op basis van de gegevens afkomstig uit de jaarverslagen die de screeningscentra krachtens de bepalingen van artikel 15, § 2 bezorgen - vaststelt dat het screeningscentrum gedurende twee opeenvolgende jaren niet het minimumaantal patiënten heeft bereikt dat het krachtens de bepalingen van § 1 geacht wordt ten laste te nemen, kan het beslissen om de geplande financiering voor het screeningscentrum in kwestie te verminderen. Er zal dan een nieuwe overeenkomst worden gesloten om die vermindering te concretiseren.

De screeningsuren die gelet op die vermindering aan een dergelijk centrum zullen worden toegekend, zullen worden toegekend op basis van de tabel en de principes van artikel 8 overeenkomstig het gemiddeld aantal patiënten dat gedurende die twee opeenvolgende jaren ten laste is genomen en de eventueel gedecentraliseerde screeningsuren tijdens die jaren.

De financiering van de personeelskosten, werkingskosten en kosten voor de testen zal in dat geval worden aangepast zodat deze, uitgaande van het nieuwe aantal screeningsuren dat daadwerkelijk aan dat screeningscentrum wordt toegekend, beantwoordt aan de bepalingen van artikel 9, § 2.

§ 4. Indien het resultaat van de formule van § 2 lager is dan 1.152 patiënten gedurende twee opeenvolgende jaren, zal het Verzekeringscomité de overeenkomst die in het kader van dit besluit is gesloten, kunnen opzeggen met inachtneming van een opzeggingstermijn overeenkomstig de bepalingen waarvan sprake in artikel 19, § 2, 2e lid.

Het Verzekeringscomité zal het screeningscentrum de kans geven om op voorhand schriftelijk uit te leggen waarom het de voorwaarden die in dit besluit zijn vermeld, niet heeft kunnen vervullen.

### Afdeling 3. — Voorwaarden voor een uitbreiding van de toegekende screeningsuren

**Art. 12.** § 1. Een screeningscentrum waarvan het aantal patiënten zoals bedoeld in artikel 4, 3<sup>o</sup> (gecorrigeerd aantal op basis van de formule vermeld in § 2 om rekening te houden met het eventueel aantal gedecentraliseerde screeningsuren) gedurende twee opeenvolgende jaren het maximumaantal patiënten overschrijft dat de tabellen van hoofdstukken 6 en 7 voorzien voor de screeningsuren die aan dat screeningscentrum zijn toegekend, kan een verzoek tot uitbreiding van de toegekende screeningsuren indienen.

§ 2. Om het aantal screeningsuren te bepalen dat wordt toegekend aan een screeningscentrum zoals bedoeld in § 1, wordt de volgende formule voor elk van die twee jaren toegepast :

$$[\text{aantal werkelijk door het screeningscentrum gevolgde patiënten}] + [(\text{aantal gedecentraliseerde uren}) \times 1,066667] = \text{gecorrigeerd aantal patiënten waarmee rekening wordt gehouden voor elk van de twee opeenvolgende jaren om na te gaan of het screeningscentrum aanspraak kan maken op een uitbreiding van de screeningsuren.}$$

Indien het aantal gedecentraliseerde screeningsuren van het screeningscentrum in de bovenstaande formule hoger ligt dan 1/4 van de toegekende screeningsuren, wordt het gecorrigeerde aantal patiënten opnieuw berekend met vermindering van het aantal gedecentraliseerde screeningsuren tot het moment waarop het aantal gedecentraliseerde screeningsuren niet meer hoger ligt dan 1/4 van het aantal toegekende screeningsuren.

§ 3. De screeningsuren die aan een dergelijk centrum zullen worden toegekend, zullen worden toegekend op basis van de tabel en de principes van artikel 9 en zullen overeenstemmen met de patiëntenaantallen die gedurende twee opeenvolgende jaren zijn bereikt en die op basis van de formule zoals vermeld in § 2, zijn gecorrigeerd.

De financiering van de personeelskosten, werkingskosten en kosten voor de testen zal in dat geval worden aangepast zodat deze, uitgaande van het nieuwe aantal screeningsuren dat daadwerkelijk aan dat screeningscentrum wordt toegekend, beantwoordt aan de bepalingen van artikel 9, § 2.

§ 4. Een screeningscentrum dat een uitbreiding van de toegekende screeningsuren wenst te krijgen, dient een specifieke aanvraag in bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV. Die aanvraag vermeldt de evolutie van het aantal patiënten vanaf het jaar dat voorafgaat aan de indiening van de kandidatuur van het centrum om als screeningscentrum te worden erkend tot het laatste volledige jaar dat aan de indiening van zijn aanvraag tot uitbreiding voorafgaat.

§ 5. Het Verzekeringscomité beslist in laatste instantie over de aanvraag tot uitbreiding.



Dans le cas où le budget dont question à l'article 7 § 2 ne permet pas de couvrir les frais liés à l'application des dispositions du présent article, la demande d'extension des heures de dépistage ne pourra pas être acceptée.

§ 6. En cas d'accord du Comité de l'assurance, l'extension et le financement qui en découle ne seront effectifs qu'à partir de l'année qui suit la demande d'extension et seulement après la signature d'une nouvelle convention.

§ 7. Le Centre de dépistage ne peut pas refuser de bénéficiaires faisant partie du groupe cible des bénéficiaires visés par le présent arrêté pour le motif qu'il dépasse le nombre de patients qu'il est censé prendre en charge en vertu des heures de dépistage attribuées.

#### CHAPITRE 8. — Règles de cumul

**Art. 13.** § 1<sup>er</sup>. Sauf préjudice des dispositions de l'article 9 § 5, le Centre de dépistage ne porte jamais en compte, ni aux bénéficiaires, ni aux organismes assureurs ou une autre instance, sur base d'une autre réglementation que la réglementation du présent arrêté, les interventions et les prestations qui font l'objet d'un remboursement dans le cadre du présent arrêté.

§ 2. Le Centre de dépistage ne réclame aux bénéficiaires aucun supplément, pour les interventions et prestations prévues dans le cadre du présent arrêté.

§ 3. Les prestations de l'ensemble de l'équipe visée à l'article 4 ne sont pas portées en compte dans le cadre de la nomenclature des prestations de santé et dans le cadre de la nomenclature des prestations de rééducation pendant les heures durant lesquelles ces membres sont actifs pour réaliser les activités prévues dans le cadre du présent arrêté étant donné que l'intervention annuelle de l'assurance obligatoire soins de santé couvre l'ensemble des frais de personnel (dont le financement des activités des médecins) nécessaire à la poursuite des activités de dépistage dont il est question dans le présent arrêté.

#### CHAPITRE 9. — Dispositions générales

**Art. 14.** Chaque convention renferme une disposition stipulant que le Comité de l'assurance peut décider de la récupération des montants qui ont été utilisés de manière non conforme au présent arrêté ou à la convention.

**Art. 15.** § 1<sup>er</sup>. L'application du présent arrêté et des conventions conclues dans ce cadre est suivie par un Conseil d'accord composé du médecin responsable de chaque Centre de dépistage ainsi que du Collège des médecins-directeurs.

§ 2. Chaque Centre de dépistage établit annuellement un rapport d'activité à l'intention du Collège des médecins-directeurs. Ces rapports portant sur une année sont envoyés pour le 30 juin de l'année qui suit au Collège des médecins-directeurs qui les examine.

Les conventions dont question à l'article 2 déterminent le contenu des informations qui figurera dans les rapports annuels.

**Art. 16.** § 1<sup>er</sup>. Les Centres de dépistage qui ont conclu une convention en application de l'arrêté royal du 28 décembre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida et de son traitement continuent à maintenir leurs prérogatives dans le domaine du dépistage sous les conditions définies par le présent arrêté à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2017 (date d'entrée en vigueur du présent arrêté).

Dans ce contexte, seuls les Centres de dépistage qui ont signé une convention en application de l'arrêté royal du 28 décembre 2006 dont question au § 1<sup>er</sup> du présent article peuvent signer une nouvelle convention dans le cadre du présent arrêté.

§ 2. Dans les conventions qui seront conclues avec les Centres de dépistage visés au § 1<sup>er</sup> après l'entrée en vigueur du présent arrêté, le financement est basé sur le nombre de patients tels que visés à l'article 4, 3<sup>o</sup>, suivis par chaque Centre de dépistage pendant l'année complète 2015 et, en application des dispositions des articles 8 et 9 § 2.

§ 3. Dans le cas où l'application des dispositions contenues dans le présent arrêté entraîne un dépassement du budget disponible en vertu des dispositions de l'article 7 § 2, une réduction proportionnelle des heures de dépistage attribuées, de l'encadrement et du financement est réalisée de manière à rester dans les limites du cadre budgétaire disponible.

Indien het budget waarvan sprake in artikel 7, § 2 niet volstaat om de kosten voor de toepassing van de bepalingen van dit artikel te dekken, kan de aanvraag tot uitbreiding van de screeningsuren niet worden ingewilligd.

§ 6. In geval van een akkoord van het Verzekeringscomité, zullen de uitbreiding en de financiering die daaruit voortvloeit, pas van kracht zijn vanaf het jaar dat volgt op de aanvraag tot uitbreiding en enkel na de ondertekening van een nieuwe overeenkomst.

§ 7. Het screeningscentrum mag geen rechthebbenden weigeren die behoren tot de doelgroep van rechthebbenden zoals bedoeld in dit besluit, op grond van het feit dat het centrum het aantal patiënten zou overschrijden dat het krachtens de toegekende screeningsuren geacht wordt ten laste te nemen.

#### HOOFDSTUK 8. — Cumulatieregels

**Art. 13.** § 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 9, § 5 rekent het screeningscentrum noch aan de rechthebbenden, noch aan de verzekeringsinstellingen of een andere instantie, op basis van een andere reglementering dan de reglementering van dit besluit, de tussenkomsten en de verstrekkingen aan die in het kader van dit besluit worden vergoed.

§ 2. Het screeningscentrum eist van de rechthebbenden geen enkel supplement voor de tussenkomsten en verstrekkingen die in het kader van dit besluit zijn voorzien.

§ 3. De verstrekkingen van het hele team, zoals bedoeld in artikel 4, worden niet in het kader van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en in het kader van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen aangerekend gedurende de uren tijdens welke zijn leden actief zijn om de activiteiten te verrichten die in het kader van dit besluit zijn vastgesteld, aangezien de jaarlijkse tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging alle personeelskosten dekt (waaronder de financiering van de activiteiten van de artsen) die nodig zijn voor het voortzetten van de screeningsactiviteiten waarvan sprake in dit besluit.

#### HOOFDSTUK 9. — Algemene bepalingen

**Art. 14.** Elke overeenkomst bevat een bepaling waarin wordt gestipuleerd dat het Verzekeringscomité kan beslissen over de terugvordering van de bedragen die niet in overeenstemming met dit besluit of de overeenkomst zijn gebruikt.

**Art. 15.** § 1. De toepassing van dit besluit en van de overeenkomsten die in dit kader worden gesloten, wordt gecontroleerd door een Akkoordraad bestaande uit de verantwoordelijke arts van elk screeningscentrum en het College van Geneesheren-directeurs.

§ 2. Elk screeningscentrum stelt jaarlijks een activiteitenverslag op voor het College van geneesheren-directeurs. Die verslagen, die betrekking hebben op één jaar, worden vóór 30 juni van het volgende jaar aan het College van geneesheren-directeurs bezorgd dat ze zal onderzoeken.

De overeenkomsten waarvan sprake in artikel 2 bepalen de inhoud van de informatie die in de jaarverslagen zal worden vermeld.

**Art. 16.** § 1. De screeningscentra die een overeenkomst hebben gesloten in toepassing van het Koninklijk Besluit van 28 december 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding en -behandeling, blijven hun voorrechten op het vlak van de screening behouden onder de voorwaarden die in dit besluit zijn bepaald vanaf 1 januari 2017 (datum van inwerkingtreding van dit besluit).

In die context kunnen enkel de screeningscentra die een overeenkomst hebben ondertekend in toepassing van het Koninklijk Besluit van 28 december 2006 waarvan sprake in § 1 van dit artikel, een nieuwe overeenkomst in het kader van dit besluit sluiten.

§ 2. In de overeenkomsten die na de inwerkingtreding van dit besluit met de in § 1 bedoelde screeningscentra zullen worden gesloten, wordt de financiering gebaseerd op het aantal patiënten zoals bedoeld in artikel 4, 3<sup>o</sup>, dat gedurende het volledige jaar 2015 door ieder screeningscentrum is gevolgd en met toepassing van de bepalingen van artikelen 8 en 9, § 2.

§ 3. Indien de toepassing van de bepalingen in dit besluit een overschrijding van het krachtens artikel 7 § 2 beschikbare budget zouken tweevoudig, worden de toegekende screeningsuren, de omkadering en de financiering proportioneel verminderd om zo binnen de grenzen van het beschikbare budgettaire kader te blijven.

**Art. 17. § 1<sup>er</sup>.** Dans le cas où il n'y a plus de Centre de dépistage conventionné dans une Région, les demandes de conclusion des conventions dans le cadre du présent arrêté sont à adresser par courrier recommandé au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI. Pour être prise en considération, la demande contient une description complète et détaillée du Centre candidat qui démontre que les conditions du présent arrêté sont remplies.

§ 2. Le Collège des médecins-directeurs vérifie en première instance si le Centre candidat remplit l'ensemble des conditions énumérées dans le présent arrêté. Dans le cas où il est satisfait à toutes les conditions, le Collège des médecins-directeurs soumet la demande au Comité de l'assurance.

§ 3. Si plusieurs Centres candidats, dans une même Région, remplissent les dites conditions, le Collège des médecins-directeurs effectue un classement sur base d'éléments objectifs telles que la durée et l'ampleur de l'expérience acquise en matière d'offres et de l'organisation décrites à l'article 6.

#### CHAPITRE 10. — Dispositions modificatives

**Art. 18. § 1<sup>er</sup>.** L'article 4 de l'arrêté royal du 28 décembre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions dans le cadre d'une intervention de l'assurance obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le sida et de son traitement, dont le texte actuel constituera le § 1<sup>er</sup>, est complété comme suit par un § 2 :

« § 2. L'intervention annuelle par CRS de l'assurance obligatoire soins de santé se limitera néanmoins à :

1° Pour 2012 : 267.201,27 €

2° Pour 2013 : 272.902,78 €

3° Pour 2014 : 275.853,44 €

4° Pour 2015 : 276.994,15 €

5° Pour 2016 : 278.335,64 €

Les CRS envoient au Service des soins de santé de l'INAMI, les rapports comptables finaux qui portent sur ces 5 années accompagnés des pièces justificatives au plus tard dans les 3 mois qui suivent la publication de l'arrêté royal du ## fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure des conventions visant à régler l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire dans les prestations pour des formes spécifiques de lutte contre le SIDA au *Moniteur belge*. Tous les rapports comptables seront examinés par le Service des soins de santé et approuvés par lui. »

§ 2. Dans l'article 9, 2ième alinéa du même arrêté, les mots « jusqu'au 31 décembre 2011 » sont remplacés par les mots « jusqu'au 31 décembre 2016 ».

§ 3. Les dépenses liées aux paiements des arriérés (années 2012, 2013, 2014, 2015 et 3 premiers trimestres de 2016) sont à charge du budget 2016 de l'assurance soins de santé. Ce budget est prévu en grande partie dans le budget « article 56 » et en petite partie dans « l'objectif budgétaire ».

#### CHAPITRE 11. — Dispositions finales

**Art. 19. § 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté entre en vigueur au 31 décembre 2016.

§ 2. La convention visée à l'article 2 est conclue pour une durée indéterminée. Toutefois, elle cessera ses effets si le Centre de référence qui réalise les activités visées par le présent arrêté ne dispose plus d'une convention sur la base des articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire, coordonnée le 14 juillet 1994.

En outre, la convention contient une clause selon laquelle chacune des parties signataires de la convention (le Comité de l'assurance et les Centres de dépistage conventionnés) peut la dénoncer à tout moment moyennant l'observation d'un délai de préavis de 3 mois qui prend cours le premier jour du mois suivant la date d'envoi à la poste de la lettre recommandée.

**Art. 17. § 1.** Indien er in een Gewest geen geconventioneerd screeningscentrum meer is, worden de aanvragen voor het sluiten van overeenkomsten in het kader van dit besluit aangetekend aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV gestuurd. Om in aanmerking te komen, bevat de aanvraag een volledige en gedetailleerde beschrijving van het kandidaat-centrum waarin wordt aangetoond dat het aan de voorwaarden van dit besluit voldoet.

§ 2. Het College van Geneesheren-directeurs gaat in eerste instantie na of het kandidaat-centrum voldoet aan alle voorwaarden die in dit besluit zijn opgesomd. Indien het aan alle voorwaarden voldoet, legt het College van Geneesheren-directeurs de aanvraag voor aan het Verzekeringscomité.

§ 3. Indien in eenzelfde Gewest verschillende kandidaat-centra aan die voorwaarden voldoen, stelt het College van Geneesheren-directeurs een klassement op basis van objectieve elementen op, zoals de duur en de omvang van de verworven ervaring inzake het aanbod en de organisatie zoals bedoeld in artikel 6.

#### HOOFDSTUK 10. — Wijzigingsbepalingen

**Art. 18. § 1.** Artikel 4 van het koninklijk besluit van 28 december 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten in het kader van een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding en -behandeling, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, wordt aangevuld met een paragraaf 2, luidende :

« § 2. De jaarlijkse tegemoetkoming per ARC van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zal zich echter beperken tot :

1° 267.201,27 € voor 2012

2° 272.902,78 € voor 2013

3° 275.853,44 € voor 2014

4° 276.994,15 € voor 2015

5° 278.335,64 € voor 2016

De ARC bezorgen de boekhoudkundige eindverslagen die op die vijf jaar betrekking hebben, samen met de bewijsstukken aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het RIZIV uiterlijk binnen de drie maanden die volgen op de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* van het koninklijk besluit van ### tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten tot regeling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in de prestaties voor specifieke vormen van aidsbestrijding. Alle boekhoudkundige verslagen zullen door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging worden onderzocht en goedgekeurd. »

§ 2. In artikel 9, tweede lid, van hetzelfde besluit, worden de woorden " tot 31 december 2011 " vervangen door de woorden "tot 31 december 2016 ".

§ 3. De uitgaven die verband houden met de betaling van de achterstallen (jaren 2012, 2013, 2014, 2015 en de eerste drie trimesters van 2016) zijn ten laste van de begroting 2016 van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit budget wordt grotendeels voorzien in de begroting "artikel 56" en voor een klein deel in "de begrotingsdoelstelling."

#### HOOFDSTUK 11. — Slotbepalingen

**Art. 19. § 1.** Dit besluit treedt in werking op 31 december 2016.

§ 2. De overeenkomst zoals bedoeld in artikel 2 wordt gesloten voor onbepaalde duur. Ze heeft echter geen uitwerking meer, indien het referentiecentrum dat de activiteiten zoals bedoeld in dit besluit verricht, niet meer over een overeenkomst beschikt op basis van artikelen 22, 6° en 23, § 3 van de wet betreffende de verplichte verzekering, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Bovendien bevat de overeenkomst een clausule op basis waarvan iedere ondertekenende partij van de overeenkomst (het Verzekeringscomité en de geconventioneerde screeningscentra) ze te allen tijde kan opzeggen met inachtneming van een opzeggingstermijn van 3 maanden, die ingaat op de eerste dag van de maand die volgt op de verzendingsdatum van de aangetekende brief.

**Art. 20.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 mars 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

M. DE BLOCK

**Art. 20.** De minister bevoegd voor Sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 maart 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

M. DE BLOCK

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C – 2017/11301]

**14 DECEMBRE 2016. — Arrêté du Comité de gestion portant fixation du plan de personnel 2017 de l'Office National des Vacances annuelles**

Le Comité de gestion,

Vu l'arrêté royal du 3 avril 1997 portant des mesures en vue de la responsabilisation des institutions publiques de sécurité sociale, en application de l'article 47 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions;

Vu l'arrêté royal du 21 avril 2016 portant approbation du cinquième contrat d'administration de l'Office national des vacances annuelles, publié au *Moniteur belge* du 13 décembre 2016 ;

Vu l'avis motivé du conseil de direction de l'Office national des Vacances annuelles, donné le 05/12/2016;

Vu l'avis motivé du Comité de concertation de base de l'Office national des vacances annuelles, donné le 07/12/2016 ;

Vu l'avis du Commissaire du gouvernement au Budget de l'Office national des vacances annuelles, donné le 31 janvier 2017

Délibérant en sa séance du 14 décembre 2016;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** § 1. Le plan de personnel de l'Office national des vacances annuelles est déterminé comme suit :

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2017/11301]

**14 DECEMBER 2016. — Besluit van het Beheerscomité tot vaststelling van het personeelsplan 2017 van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie**

Het beheerscomité,

Gelet op het koninklijk besluit van 3 april 1997 houdende maatregelen met het oog op de responsabilisering van de openbare instellingen van sociale zekerheid, met toepassing van artikel 47 van de wet van 26 juli 1996 tot modernisering van de sociale zekerheid en tot vrijwaring van de leefbaarheid van de wettelijke pensioenstelsels;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 april 2016 tot goedkeuring van de vijfde bestuursovereenkomst van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 13 december 2016;

Gelet op het advies van de directieraad van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie, gegeven op 05/12/2016;

Gelet op het met redenen omkleed advies van het Basisoverlegcomité van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie, gegeven op 07/12/2016;

Gelet op het advies van de Regeringscommissaris van Begroting van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie, gegeven op 31 januari 2017

Beraadslagende in zijn vergadering van 14 december 2016;

Besluit :

**Artikel 1.** § 1. Het personeelsplan van de Rijksdienst voor jaarlijkse vakantie wordt als volgt vastgesteld :

Fonctions de mandat		Mandaatfuncties
Administrateur général	1	Administrateur-generaal
Administrateur général adjoint	1	Adjunct-administrateur-generaal
<b>Niveau A</b>		<b>Niveau A</b>
<b>Classe 4</b>		<b>Klasse 4</b>
Conseiller général	2	Adviseur-generaal
<b>Classe 3</b>		<b>Klasse 3</b>
Conseiller	8	Adviseur
<b>Classe 2/Classe 1</b>		<b>Klasse 2/ Klasse 1</b>
Attaché	32	Attaché
<b>Niveau B</b>		<b>Niveau B</b>
Expert administratif/financier/technique	88	Administratief/technisch/financieel deskundige
Expert ICT	2	ICT-deskundige
<b>Niveau C</b>		<b>Niveau C</b>
Assistant administratif	119	Administratief assistent
Assistant technique	2	Technisch assistent
<b>Niveau D</b>		<b>Niveau D</b>
Collaborateur administratif	22	Administratief medewerker
Collaborateur technique	1	Technisch medewerker