

b) ou bien au moins 7 ans, calculés de date à date, dans un métier lourd au sens de l'article 3, § 1^{er} de l'arrêté royal du 3 mai 2007 fixant le régime chômage avec complément d'entreprise (*Moniteur belge* du 8 juin 2007). Cette période de 7 ans doit se situer dans les 15 dernières années calendrier, calculées de date à date;

c) ou bien au moins 20 ans dans un régime de travail tel que visé à l'article 1^{er} de la convention collective de travail n° 46, conclue le 23 mars 1990 et rendue obligatoire par l'arrêté royal du 10 mai 1990 (*Moniteur belge* du 13 juin 1990).

Commentaire paritaire :

La limite d'âge définie dans la présente convention collective de travail concerne uniquement l'octroi des allocations prévues dans l'arrêté royal du 12 décembre 2001, tel que modifié par l'arrêté royal du 30 décembre 2014 et ne concerne pas le droit à un emploi de fin de carrière prévu dans la convention collective de travail n° 103 du 27 juin 2012 instaurant un système de crédit-temps, de diminution de carrière et d'emplois de fin de carrière.

CHAPITRE V. — *Validité - Durée*

Art. 6. La présente convention collective de travail entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016. Elle cesse d'être en vigueur le 31 décembre 2016.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 2 mai 2017.

Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

b) ofwel minstens 7 jaar, gerekend van datum tot datum, in een zwaar beroep in de zin van artikel 3, § 1 van het koninklijk besluit van 3 mei 2007 tot regeling van het stelsel van werkloosheid met bedrijfstoeslag (*Belgisch Staatsblad* van 8 juni 2007). Deze periode van 7 jaar moet gelegen zijn in de loop van de laatste 15 kalenderjaren, gerekend van datum tot datum;

c) ofwel minimaal 20 jaar in een arbeidsregime zoals bedoeld in artikel 1 van de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 46 van 23 maart 1990 en algemeen verbindend verklaard bij het koninklijk besluit van 10 mei 1990 (*Belgisch Staatsblad* van 13 juni 1990).

Paritaire commentaar :

De leeftijdsgrens zoals bepaald in deze collectieve arbeidsovereenkomst heeft enkel betrekking op de toekenning van uitkeringen zoals voorzien in het koninklijk besluit van 12 december 2001, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 30 december 2014 en heeft geen betrekking op het recht op een landingsbaan zoals voorzien in de collectieve arbeidsovereenkomst nr. 103 van 27 juni 2012 tot invoering van een stelsel van tijdskrediet, loopbaanvermindering en landingsbanen.

HOOFDSTUK V. — *Geldigheid - Duur*

Art. 6. Deze collectieve arbeidsovereenkomst treedt in werking op 1 januari 2016. Zij houdt op van kracht te zijn op 31 december 2016.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 2 mei 2017.

De Minister van Werk,
K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2017/12109]

7 MAI 2017. — Arrêté royal modifiant l'article 8 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 1^o, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu la proposition de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, donnée le 16 novembre 2016;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 16 novembre 2016;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 14 décembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 19 décembre 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 27 janvier 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 7 mars 2017;

Vu l'avis 61.115/21 du Conseil d'Etat, donné le 29 mars 2017 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 19 avril 2014 sont apportées les modifications suivantes:

1^o Au § 3, 1^o, le mot « organisme assureur » est remplacé par les mots « le praticien de l'art infirmier »;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2017/12109]

7 MEI 2017. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1^o, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, gegeven op 16 november 2016;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 16 november 2016;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 14 december 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 19 december 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 27 januari 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 7 maart 2017;

Gelet op het advies 61.115/2 van de Raad van State, gegeven op 29 maart 2017 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 april 2014, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o In § 3, 1^o wordt het woord "verzekeringsinstelling" vervangen door de woorden "beoefenaar van de verpleegkunde";

2° Le § 3 est complété par ce qui suit :

« 6° lorsque les prestations sont dispensées lors d'une "première prise en charge des urgences" ou lors "de soins urgents spécialisés" dans un hôpital.

7° pour les prestations 425375, 425773, 426171 et 429155 si cet acte est réalisé dans un hôpital en ce compris le service de consultation de l'hôpital.

8° pour les prestations 425913, 426075, 426090, 426112 et 428072 réalisées au cabinet du praticien de l'art infirmier. »

3° Au § 5, 4°, les mots « , et à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2°, » sont supprimés et le § 5, 4° est complété par ce qui suit :

« Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique IV du § 1^{er}, 1° et 2°, si la première visite n'a pas été effectuée par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté, sont attestés par l'infirmier gradué ou assimilé, l'accoucheuse ou l'infirmier breveté qui a effectivement réalisé les soins durant une des séances de soins nécessaires lors d'une même journée de soins. ».

4° Dans l'intitulé du § 5^{ter}, les mots « et 2° » sont ajoutés après le mot « 1° »;

5° Le § 7 est complété par ce qui suit:

« 6° Un formulaire électronique notifiant les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers 425375, 425773, 426171 et 429155, est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être envoyé via le réseau électronique visé au § 7, 2°, du présent article, au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement.

Ce formulaire électronique comporte la date de début et la date de fin de la période au cours de laquelle seront portés en compte les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers. La période de traitement mentionnée dans le formulaire ne peut dépasser une durée de 12 mois.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire électronique, l'accusé d'envoi faisant foi. Si le délai de 10 jours calendrier n'est pas respecté, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre en charge, au plus tôt à partir du premier jour, les soins dispensés. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable pour l'introduction tardive de la notification.

L'opposition du médecin-conseil implique le refus d'intervention de l'assurance pour toutes les prestations effectuées à partir du 3^{ème} jour ouvrable suivant la date d'expédition de cette opposition par courrier adressé au bénéficiaire, cachet de la poste faisant foi, et ce jusqu'à une éventuelle autre décision. ».

6° Au § 9, alinéa 5 est remplacé par ce qui suit :

« Les dispositions du § 7, 6° sont applicables. »

7° Au § 9, dernière alinéa, l'avant-dernière phrase est remplacée par ce qui suit :

« Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424351, 424513, 424653, 427954, 424373, 424535, 424675 et 427976 ne peuvent pas être cumulées lors d'une même journée de soins avec les prestations techniques spécifiques visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 3^{bis} s'il s'agit d'un soin de plaie située au point de ponction du cathéter, de la perfusion ou de la sonde avec ballon. ».

8° Entre le § 10 et le § 11 un nouveau paragraphe est inséré, rédigé comme suit :

« § 10^{bis}. Précisions relatives aux prestations visées au § 1^{er}, 3° :

Pour les prestations visées au § 1^{er}, 3°, le praticien de l'art infirmier doit mentionner un pseudocode permettant d'identifier le type de lieu de prestation où la prestation a été dispensée lors de la facturation. La liste de ces lieux de prestation et des pseudocodes correspondants est reprise dans l'annexe 87 du Règlement du 28 juillet 2003. ».

2° § 3 wordt aangevuld als volgt:

“6° wanneer de verstrekingen verleend worden op de functies “eerste opvang van spoedgevallen” en “gespecialiseerde spoedgevalenzorg” in een ziekenhuis.

7° voor de verstrekingen 425375, 425773, 426171 en 429155 indien deze handeling uitgevoerd wordt in een ziekenhuis met inbegrip van de raadplegingsdienst van het ziekenhuis.

8° voor de verstrekingen 425913, 426075, 426090, 426112 en 428072 die verleend worden in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde.”

3° In § 5, 4° worden de woorden “, en in rubriek IV van § 1, 1° en 2°,” geschrapt en § 5, 4° wordt aangevuld als volgt:

“ Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek IV van § 1, 1° en 2° wordt, indien het eerste bezoek niet door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet werd uitgevoerd, geattesteerd door de gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, de vroedvrouw of de verpleegkundige met brevet die effectief zorg heeft verleend gedurende een van de verzorgingszittingen tijdens dezelfde verzorgingsdag.”.

4° In het opschrift van § 5^{ter} worden de woorden « en 2° » toegevoegd na het woord « 1° »;

5° § 7 wordt aangevuld als volgt:

“6° Een elektronisch formulier ter kennisgeving van de specifieke technische verpleegkundige verstrekingen 425375, 425773, 426171 en 429155 wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling waarbij de rechthebbende is aangesloten of ingeschreven, via een elektronisch netwerk, bedoeld in § 7, 2°, van dit artikel, verzonden worden.

In dit elektronisch formulier wordt de begindatum en de einddatum van de periode vermeld tijdens dewelke de specifieke technische verpleegkundige verstrekingen worden aangerekend. Deze periode mag niet langer duren dan 12 maanden.

Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor verstrekingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbericht geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend geneesheer niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivatie voor het laattijdig kennisgeven heeft overgemaakt.

Verzet van de adviserend geneesheer impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekingen verricht vanaf de 3^{de} werkdag na de datum van verzending van dit verzet via een brief geadresseerd aan de rechthebbende waarbij de poststempel geldt als bewijs, en dit tot een eventuele andere beslissing.”.

6° In § 9 wordt het 5^{de} lid vervangen als volgt:

“De bepalingen van § 7, 6° zijn van toepassing.”

7° In § 9, wordt de voorlaatste zin van de laatste alinea vervangen als volgt:

“De verstrekingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424351, 424513, 424653, 427954, 424373, 424535, 424675 en 427976 kunnen niet gecumuleerd worden tijdens eenzelfde verzorgingsdag met de specifieke technische verstrekingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3^{bis} indien het een wondzorg betreft ter hoogte van de insteekplaats van de catheter, de perfusie of de sonde met ballon.”.

8° Tussen § 10 en § 11 wordt een nieuwe paragraaf ingevoegd, luidende:

“§ 10^{bis}. Nadere bepalingen inzake de verstrekingen bedoeld in § 1, 3°:

Voor de verstrekingen bedoeld in § 1, 3° moet de verpleegkundige bij de facturatie een pseudocode vermelden die aangeeft in welke soort van plaats van verstreking de verstreking werd verleend. De lijst van die plaatsen van verstreking en de overeenstemmende pseudocodes is vervat in bijlage 87 van de Verordening van 28 juli 2003.”

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 mai 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Maggie DE BLOCK

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De minister bevoegd voor de Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Gegeven te Brussel, 7 mei 2017.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Maggie DE BLOCK

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C - 2017/40314]

15 MAI 2017. — 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 72bis, § 1bis, inséré par la loi du 22 décembre 2008 et modifié par la loi du 10 avril 2014;

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;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1^{er};

Vu l'urgence;

Vu la circonstance que la spécialité GYNODAKTARIN 1200 mg a été supprimée de plein droit de la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables au 1^{er} février 2017 en raison d'une indisponibilité de plus que 12 mois, que le 21 février 2017, la Commission de Remboursement des Médicaments a approuvé la raison pour cette indisponibilité temporaire comme un cas de force majeure, ce qui permet la réinscription de plein droit de cette spécialité sur la liste précitée et le fait que cette spécialité est à nouveau disponible;

Vu la nécessité d'adopter et de publier le présent arrêté le plus vite possible,

Arrête :

Article 1^{er}. Au chapitre I^{er} à l'annexe I^{er} 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 spécialités pharmaceutiques, tel qu'il a été modifié à ce jour, les spécialités suivantes sont insérées comme suit :

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2017/40314]

15 MEI 2017. — 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 72bis, § 1bis, ingevoegd bij de wet van 22 december 2008 en gewijzigd bij de wet van 10 april 2014;

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;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Gelet op het feit dat de specialiteit GYNODAKTARIN 1200 mg na een onbeschikbaarheid van meer dan 12 maanden van rechtsweg geschrapt werd uit de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten op 1 februari 2017, dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op 21 februari 2017 de reden voor de tijdelijke onbeschikbaarheid heeft goedgekeurd als een situatie van overmacht waardoor een herinschrijving van rechtsweg van deze specialiteit op de voorgenoemde lijst mogelijk is en het feit dat deze specialiteit opnieuw beschikbaar is;

Gelet op de noodzaak om onderhavig besluit zo snel mogelijk te nemen en bekend te maken,

Besluit :

Artikel 1. In hoofdstuk I van 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 specialiteiten, zoals tot op heden gewijzigd, worden de specialiteiten ingevoegd als volgt :