Evolutie van de wetgeving

EVOLUTIE VAN DE WETGEVING OVER DE VERZEKERING VOOR DE GENEESKUNDIGE VERZORGING EN UITKERINGEN

3de trimester 2008

I. INSTITUTIONELE EN ADMINISTRATIEVE ASPECTEN

1. Technische raad voor radio-isotopen

De Technische raad voor radio-isotopen die voorstellen doet of adviezen geeft die betrekking hebben op de nomenclatuur en de interpretatieregels van de nomenclatuur krijgt een gewijzigde samenstelling. De bank van de artsen wordt voortaan samengesteld uit 6 vertegenwoordigers van de representatieve beroepsorganisaties van geneesheren[1]. Voorheen waren dit nog 3 geneesheren-specialisten in de radiotherapie en 3 geneesheren-specialisten in de nucleaire geneeskunde.

2. Technische raad voor implantaten

Het huishoudelijk reglement van de Technische raad van implantaten wordt gewijzigd op 3 september 2008[2]. Voortaan is het mogelijk dat het College van geneesheren-directeurs de leden van de raad in de individuele dossiers van patiënten volgens een schriftelijke procedure raadplegen.

3. Paritaire comités

Bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV zijn er in het kader van de accreditering van de artsen paritaire comité ingesteld voor 26 specialismen. Voor de meest recente specialismen, urgentiegeneeskunde, acute geneeskunde, medische oncologie en geriatrie bestaan er nog geen comités. Deze worden ingesteld met het Koninklijk besluit van 12 augustus 2008[3].

4. Klinische biologie en medische beeldvorming

De Algemene Raad krijgt voortaan de bevoegdheid om jaarlijks het globaal budget van de financiële middelen voor verstrekkingen van klinische biologie vast te leggen. Voorheen was dit de bevoegdheid van de Koning[4].

---

1 K.B. van 10 juli 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 22 juli 2008, p. 38325.

2 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 18 januari 1999 tot goedkeuring van het huishoudelijk reglement van de Technische Raad voor Implantaten ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, B.S. van 3 september 2008, p. 46055.

3 K.B.van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 122*sexies* van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, met het oog op de oprichting van drie paritaire comités, B.S. van 5 september 2008 (Ed. 2), p. 46523.

4 Wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen, B.S. van 7 augustus 2008, artikel 112.

5. Afsluiten van de rekeningen van de verzekering voor geneeskundige verzorging[5]

In antwoord op de vertragingen die zijn vastgesteld bij het afsluiten van de rekeningen wordt er met ingang van 1 januari 2007 een definitieve financiële verantwoordelijkheid (DFV) bepaald, die wordt berekend na de indieningstermijn van de getuigschriften voor verstrekte hulp. De DFV zal gebruik maken van een definitieve verdeelsleutel van normatieve aard die op de verrichte uitgaven zal worden toegepast.
Het gebruik van de DFV elimineert de mogelijkheden tot wijziging van de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen die samenhangen met de versnellingen en vertragingen in de facturering.
Het gebruik van een al bestaande normatieve sleutel bij de afsluiting van de rekeningen wordt vanaf 2006 ingevoegd. Hetzelfde gebeurt vanaf 2008, door te bepalen dat die al bestaande normatieve sleutel voor de unieke regeling is opgesteld op basis van de normatieve sleutels van de algemene regeling en van de regeling voor de zelfstandigen. Vanaf 2008 zal er immers geen uitsplitsing over de twee regelingen meer plaatsvinden.

6. Heffingen en bijdragen farmaceutische specialiteiten

De Wet van 10 juni 2006[6] tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten wordt gewijzigd.

Vrijgestelde farmaceutische specialiteiten[7]

Wat de farmaceutische specialiteiten betreft die zijn vrijgesteld van het omzetcijfer dat in aanmerking moet worden genomen voor de berekening van de heffingen en bijdragen, wordt gepreciseerd wat men dient te verstaan onder weesgeneesmiddelen. Dit laat toe eventuele interpretatieproblemen te vermijden.
De vrijstelling die reeds was toegekend aan de stabiele bloedderivaten wordt (voorlopig) ingetrokken.
Ook geeft men de jaren aan waarop de uitsluitingen van de weesgeneesmiddelen en geneesmiddelen terugbetaald in categorie Cx betrekking hebben: dat geldt voor de heffingen en bijdragen die vanaf 2006 verschuldigd zijn.

Vermindering van de bijdragen[8]

Aan de farmaceutische firma's kan vermindering van de heffingen en bijdragen worden toegestaan als dit hen ertoe aanzet om inzake onderzoek, ontwikkeling of innovatie (en/of in productiemogelijkheden, wat de kleine farmaceutische ondernemingen betreft) te investeren
of om hun marketinguitgaven te verminderen. De regelgeving wordt gewijzigd op volgende vlakken:

- beperking tot 6 jaar van de geldigheidsduur van deze maatregelen, gezien hun kwalificatie van staatssteun;
- precisering van de rol van de bedrijfsrevisor bij de echtverklaring van de gegevens;
- beperking van de toepassing van de verminderingsmaatregelen tot de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten;
- voor de maatregel "marketing", afschaffing van de verminderingsvoorwaarde van de ratio tussen de uitgaven en de omzet, en beperking van het rekening houden met uitgaven, tot de "reële" uitgaven.

---

5 Wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen, B.S. van 7 augustus 2008, artikelen 116-127.
6 Wet van 10 juni 2006 tot hervorming van de heffingen op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, B.S. van 8 september 2006, p. 45711.
7 Wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen, B.S. van 7 augustus 2008, artikel 96.
8 Wet van 24 juli 2008 houdende diverse bepalingen, B.S. van 7 augustus 2008, artikelen 97-100.

Eveneens worden de terugbetalingsdata vastgelegd die samenhangen met de uitvoering van de bepalingen betreffende de vrijstelling en de verminderingen van de heffingen op het omzetcijfer voor de sommen die ten onrechte zijn geïnd sinds de Wet van juni 2006 is aangenomen.

II. VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING

A. De verzekerden

Zorgforfait chronisch zieken

Het zorgforfait wordt met ingang van 1 januari 2008 verhoogd voor bepaalde categorieën rechthebbenden[9]:

- De forfaitaire toelage wordt verdubbeld tot 523,94 EUR voor de rechthebbenden die voor een tijdvak van ten minste drie maanden de instemming van de adviserend geneesheer hebben voor een behandeling met verpleegkundige verzorging die aanleiding geeft tot de betaling van de forfaitaire honoraria, de zogenaamde forfaits B en C.

- De forfaitaire toelage wordt verhoogd met 50% tot 392,96 EUR voor de rechthebbenden die voldoen aan de voorwaarden tot toekenning van de integratietegemoetkoming of de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden voor de persoon met een handicap wiens graad van zelfredzaamheid op ten minste 12 punten werd vastgesteld, alsook voor de rechthebbenden in arbeidsongeschiktheid die een tegemoetkoming voor hulp van derden ontvangen.

Verplaatsingskosten van de ouders van kankerpatiënten

Het Koninklijk besluit van 3 juni 2007[10], dat sinds 1 juli 2007 een tegemoetkoming in de verplaatsingskosten van de ouders van kankerpatiëntjes voorziet, wordt aangepast[11].

- Het recht op tegemoetkoming gaat in op de eerste dag van de maand voorafgaand aan de maand waarin het aanvraagformulier werd opgesteld. Hiermee wordt duidelijk gemaakt dat de verplaatsingskosten ook vóór de datum van aanvraag kunnen vergoed worden. Vandaar dat deze bepaling ook in werking treedt op 1 juli 2007.

- Vanaf 1 augustus 2008 wordt de tegemoetkoming verleend aan het kind en niet aan de persoon bij wie het kind ten laste is ingeschreven. Het is immers niet steeds deze persoon die de verplaatsingskosten maakt. Om dezelfde reden worden de verplaatsingskosten voortaan ook berekend op de afstand tussen de hoofdverblijfplaats van het kind en het ziekenhuis.

---

9 K.B. van 13 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 2 juni 1998 tot uitvoering van artikel 37, § 16*bis*, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 1 juli 2008, p. 33432.

10 B.S. van 22 juni 2007, zie ook I.B.-RIZIV nr. 2007/3, p. 345.

11 K.B. van 30 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 3 juni 2008 tot uitvoering van artikel 34, eerste lid, 27°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 14 juli 2008, p. 36815.

MAF

In het Koninklijk besluit van 15 juli 2002[12] met betrekking tot de maximumfactuur, wordt de definitie van een kloostergemeenschap aangepast. Aangezien zelfstandigen en kloosterlingen sinds 1 januari 2008 dezelfde rechten hebben als werknemers, zijn beide categorieën ondergebracht in artikel 32 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994. De verwijzing in het Koninklijk besluit dat de MAF invoert wordt daaraan aangepast[13].

OMNIO

Het Koninklijk besluit van 1 april 2007 dat het OMNIO-statuut instelt, wordt aangevuld voor wat betreft de opening van het recht op OMNIO voor personen met een geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid van ten minste 66%[14]. Dit om het in overeenstemming te brengen met een Koninklijk besluit van 11 maart 2008 dat een absoluut recht op de verhoogde tegemoetkoming toekent aan kinderen met een handicap[15].
De opheffing van de oude regeling heeft tot gevolg dat sommige kinderen die nog onder de oude regeling werden erkend, de mogelijkheid werd ontnomen om de verhoogde tegemoetkoming te genieten vanaf de datum van erkenning van de ongeschiktheid. Dit wordt rechtgezet met ingang van 1 januari 2008 met een overgangsbepaling om die kinderen alsnog vanaf de datum van erkenning van de ongeschiktheid recht op de verhoogde tegemoetkoming te geven.

Contraceptiva voor jongeren

De financiering op experimentele basis van contraceptiva voor jonge vrouwen (tot 21 jaar) wordt ook in het tweede semester van 2008 verder gezet, dat wil zeggen van 1 juli tot en met 31 december 2008[16].

---

12 K.B. van 15 juli 2002 tot uitvoering van Hoofdstuk III*bis* van Titel III van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 30 juli 2002, p. 33494.

13 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 9 van het Koninklijk besluit van 15 juli 2002 tot uitvoering van Hoofdstuk III*bis* van Titel III van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 26 augustus 2008, p. 44411.

14 K.B. van 10 juli 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, B.S. van 24 juli 2008, p. 38587.

15 K.B. van 11 maart 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, B.S. van 22 april 2008 (Ed. 3), p. 21717.

16 K.B. van 29 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 29 januari 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité een overeenkomst kan sluiten in toepassing van artikel 56, § 2, 1°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, om de experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren te verlengen, B.S. van 16 juli 2008, p. 37177.

B. De zorgverleners

1. Artsen

Impulsfonds huisartsgeneeskunde

Met het Koninklijk besluit van 15 augustus 2008 wordt Impulseo II opgericht[17]. Het Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde komt tussen in een deel van de loonkosten van de werknemer die de huisartsengroepering bijstaat in het onthaal en praktijkbeheer. Zowel groepspraktijken als netwerken van huisartsen kunnen optreden als werkgever van een praktijkassistent, zolang ze aan een aantal voorwaarden voldoen.

Het bedrag van de tussenkomst is de helft van de werkelijke globale loonkost, met een maximum van 8 250 EUR per jaar voor een groepering van 2 huisartsen indien er een samenwerkingsakkoord is tussen

- ten minste 2 erkende huisartsen;
- de groepering minstens 500 globaal medische dossiers (GMD) beheert;
- de groepering minstens de helft van één voltijds equivalent te werk stelt met een arbeidsovereenkomst;
- de artsen van de groepering gebruik maken van een gelabeld elektronisch medisch dossier;

of een maximum van 16 500 EUR per jaar voor een groepering vanaf 3 huisartsen indien

- er een samenwerkingsakkoord is tussen ten minste 3 erkende huisartsen;
- de groepering minstens 1000 globaal medische dossiers (GMD) beheert;
- de groepering minstens één voltijds equivalent te werk stelt met een arbeidsovereenkomst;
- de artsen van de groepering gebruik maken van een gelabeld elektronisch medisch dossier.

Er is een artsengroepering als minstens 2 erkende huisartsen samenwerken, ofwel op dezelfde installatieplaats, ofwel op verschillende installatieplaatsen die zich in dezelfde huisartsenzone of in twee aan elkaar grenzende zones bevinden.

De samenwerking moet wel vastgelegd worden in een schriftelijk samenwerkingsakkoord.

Impulseo II heeft enkel betrekking op loonlasten die verschuldigd zijn in het kader van een schriftelijke arbeidsovereenkomst.
De arbeidsovereenkomst moet een duidelijke omschrijving bevatten van de taken over het onthaal en praktijkbeheer van de werknemer, telesecretariaat is hierbij uitgesloten. De overeenkomst moet ook een loon garanderen dat in overeenstemming is met de barema's vastgesteld door het bevoegde paritaire comité.

De tussenkomsten hebben betrekking op de loonkosten die worden betaald vanaf 1 januari 2007. De aanvragen voor de loonkosten 2007 kunnen worden ingediend tot 31 december 2008.
In 2007 en 2008 wordt bovendien voorzien in een overgangsperiode wat betreft de minimumaantallen beheerde globaal medische dossiers. De vereiste aantallen worden tijdens deze periode verminderd met 20%.

---

[17] K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 15 september 2006 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan, B.S. van 3 september 2008, p. 46042.

Huisartsenwachtdiensten

De lopende projecten met betrekking tot de huisartsenwachtdiensten hebben een duurtijd van maximaal 3 jaar. Dit is bepaald in het Koninklijk besluit van 16 januari 2003[18]. Voor de huisartsenwachtdiensten in de grote steden werd de experimentele financiering vervangen door een definitieve financiering via contracten tussen de huisartsenwachtposten en de Minister van Sociale Zaken. Voor de posten die functioneren buiten de groten steden wordt voorgesteld de maximumduur van de projecten te verlengen met 2 jaar[19]. Dit in afwachting van de besluitvorming rond de definitieve financiering.

Sociale voordelen[20]

Het bedrag van de sociale voordelen voor de artsen die tot het nationaal akkoord zijn toegetreden bedraagt 3 595,10 EUR voor het jaar 2008.
Voor de artsen die slechts gedeeltelijk tot het akkoord zijn toegetreden bedraagt het 1 935,13 EUR en dit voor zover zij aan volgende minima voldoen:

De huisartsen
- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste tien uren per week omvatten, verdeeld over tenminste drie dagen;
- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drievierde van de wekelijkse beroepsactiviteit omvatten.

De geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit geheel of gedeeltelijk uitoefenen in een verplegingsinrichting
- ofwel ten minste vijfentwintig uren per week;
- ofwel ten minste drie vierde van de beroepsactiviteit.

De geneesheren-specialisten die hun beroepsactiviteit uitsluitend buiten een verplegingsinrichting uitoefenen
- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste twintig uren per week omvatten;
- ofwel raadplegingen in de spreekkamer die ten minste drievierde van de beroepsactiviteit omvatten.

Het basisbedrag van het rustpensioen van de arts die gedurende 30 jaar tot het akkoord is toegetreden is voor 2008 vastgelegd op 4 826,51 EUR, dat van het overlevingspensioen op 4 022,21 EUR.

---

18 K.B. van 16 januari 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot huisartsenwachtdiensten, B.S. van 18 februari 2003, p. 7905.

19 K.B. van 12 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 16 januari 2003 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot huisartsenwachtdiensten, B.S. van 4 juli 2008, p. 35646.

20 K.B. van 30 juni 2008 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering voor sommige geneesheren te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2008 en tot aanpassing van de basisbedragen van de rust- en overlevingspensioenen, bedoeld in het Koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige geneesheren, B.S. van 8 juli 2008, p. 35993.

2. Tandheelkundigen

Sociale voordelen

De jaarlijkse bijdrage tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor tandheelkundigen bedraagt 1 954,68 EUR voor het jaar 2007[21].

Representatieve organisaties

De representatieve beroepsorganisaties van tandheelkundigen krijgen vanaf 1 november 2008 een tegemoetkoming om de uitgaven van personeel en werking te dekken, die verband houden met de vertegenwoordiging van de organisaties in het kader van de verplichte verzekering zoals vergoedingen, lonen, sociale lasten en kleine bureaukosten[22].
Deze tegemoetkoming is een jaarbedrag, samengesteld uit een basisbedrag per representatieve organisatie en een bijkomend bedrag per uitgebrachte stem. 75% van het bedrag wordt betaald vóór 31 maart en de overige 25% binnen de 3 maanden nadat de algemene vergadering van de organisatie de goedgekeurde jaarrekening bij het RIZIV heeft bezorgd. De Algemene Raad kan beslissen om de laatste schijf niet te betalen indien wordt vastgesteld dat het bedrag niet volledig werd gebruikt waarvoor het bedoeld werd.

3. Kinesitherapeuten

Representatieve beroepsorganisaties

Ook de representatieve beroepsorganisaties van kinesitherapeuten krijgen vanaf 1 augustus 2008 een financiële tegemoetkoming voor hun werking[23]. De voorwaarden zijn dezelfde als voor de tandheelkundigen (supra).

Selectie-examen

Er wordt in 2008 geen examen georganiseerd voor de kandidaten kinesitherapeuten die het recht willen bekomen om verstrekkingen te verrichten met tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, omdat de inschrijvingen de vooropgestelde quota van de Franse noch van de Vlaamse Gemeenschap bereiken[24].

---

21 K.B. van 30 juni 2008 tot vaststelling van de door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering te storten jaarlijkse bijdrage voor het jaar 2008, voorzien bij het Koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandheelkundigen, B.S. van 8 juli 2008, p. 35993.

22 K.B. van 21 augustus 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de tandheelkundigen, B.S. van 2 september 2008, p. 45763.

23 K.B. van 10 juli 2008 tot vaststelling van de voorwaarden en modaliteiten volgens welke het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering een financiële tegemoetkoming toekent voor de werking van de representatieve beroepsorganisaties van de kinesitherapeuten, B.S. van 28 juli 2008, p. 39005.

24 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 19 september 2008 (Ed. 3), p. 49144, en M.B. van 6 oktober 2008 tot vaststelling voor het jaar 2008 van het aantal kandidaten ter compensatie, bedoeld in artikel 7, § 3, van het Koninklijk besluit van 20 juni 2005 tot vaststelling van de criteria en de regels voor de selectie van de erkende kinesitherapeuten die het recht bekomen om verstrekkingen te verrichten die voorwerp kunnen zijn van een tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 14 oktober 2008, p. 54652.

4. Apothekers

Het bedrag van de sociale voordelen voor apothekers bedraagt 2 366,92 EUR voor het jaar 2007[25].
De bijdrage wordt verminderd voor apothekers die slechts gedeeltelijk tot de nationale overeenkomst zijn toegetreden, tot:

- 1 775,19 EUR voor de apothekers die slechts tussen 28 uur en 38 uur per week op jaarbasis bereiken;
- 1 183,46 EUR voor de apothekers die minder dan 28 uur per week op jaarbasis bereiken.

5. ROB - RVT

Nieuw controlemechanisme op het correct gebruik van de evaluatieschaal

Sinds de erkenning van de eerste RVT-bedden werd een controlemechanisme ingevoerd dat moest nagaan of de zorgbehoevendheid van de rechthebbende correct in kaart werd gebracht. Dit gebeurt sinds 1991 aan de hand van de Katz-schaal. Om zicht te houden op de beslissingen, maakten de verzekeringsinstellingen per trimester de statistische informatie van hun beslissingen over aan het Nationaal college van adviserend geneesheren.
Omdat werd vastgesteld dat een aantal inrichtingen ver boven het gemiddelde lag, is er een gewijzigd controlemechanisme ingevoerd met ingang van 1 oktober 2008[26].

Controle

Het RIZIV maakt elke maand een willekeurige selectie van een 200-tal inrichtingen (ongeveer 10% van alle inrichtingen). Deze selectie houdt rekening met de geografische spreiding van de inrichtingen en het aantal bedden waarvoor deze inrichtingen zijn erkend.
Zij ontvangen van het RIZIV een brief waarin hen wordt meegedeeld dat er een kans bestaat dat de patiënten die zij huisvesten, de komende maand zullen worden onderzocht door de lokale colleges (dit zijn de sectorale afdelingen van het Nationaal college van adviserend geneesheren).
Op die manier krijgt elke inrichting een waarschuwing en kan het, indien nodig, de evaluatieschalen van zijn patiënten bijsturen.

Het RIZIV maakt dan, de maand die daarop volgt, binnen deze 200 geselecteerde inrichtingen, een tweede selectie. Deze inrichtingen worden dan effectief in de loop van die maand gecontroleerd door de lokale colleges.
Het nationaal college blijft hiernaast wel de mogelijkheid hebben om controles uit te voeren die niet op voorhand zijn aangekondigd.
Op het ogenblik dat het lokaal college zijn beslissingen heeft genomen, moeten die worden meegedeeld aan de inrichtingen en aan het ziekenfonds van de patiënt.
De inrichting heeft 2 mogelijkheden om in beroep te gaan. Er is een intern beroep (informeel) en een extern beroep (juridisch).

Sanctie

Er is een nieuw sanctiemechanisme voor de inrichtingen die op significante wijze het evaluatie-instrument verkeerd gebruiken. Daarbij wordt rekening gehouden met zowel het overscoren als het onderscoren.

---

25 K.B. van 13 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 18 maart 1971 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige apothekers, B.S. van 4 juli 2008, p. 35647.

26 K.B. van 21 augustus 2008 tot uitvoering van artikel 37*quater*, § 1, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de zorgverleners bedoeld in artikel 34, eerste lid, 11° en 12°, van dezelfde Wet, B.S. van 23 september 2008, p. 49404.

Een concordantietest bepaalt vanaf wanneer een inrichting het evaluatie-instrument significant verkeerd toepast. Doorgaans wordt hier gesproken over de berekening van de "Kappa".
Door het berekenen van de Kappa (dit is de concordantiecoëfficiënt) wordt nagegaan in welke mate de aanvragen die zijn ingediend door de inrichting, overeenstemmen met de vaststellingen van het lokaal college.
Het resultaat is steeds een waarde tussen 0 en 1. Indien het resultaat gelijk is aan 1, zou dit een perfecte overeenstemming betekenen tussen de inschaling door de inrichting en de inschaling door het lokaal college.
Het lokaal college of de sectorale afdeling van het nationaal college maakt aan het secretariaat van het nationaal college alle scores over die van toepassing waren op de datum van het aangetekend schrijven waarin het bezoek aan de inrichting werd aangekondigd. Ook worden alle scores meegedeeld zoals die werden vastgesteld na het onderzoek ter plaatse.

In de gevallen van twijfelachtig of significant verkeerd toepassen van de schaal, moet eerst de financiële weerslag worden bepaald. In functie daarvan zal er al dan niet een vermindering van de forfaits worden toegepast.

Uitvoering maatregelen 2008

Er treden vanaf 1 juli 2008 een aantal nieuwe maatregelen in werking in uitvoering van het besluit van de Overeenkomstencommissie ROB/RVT/CDV-verzekeringsinstellingen 2007 en rekening houdende met de beschikbare budgettaire middelen[27]:

- financiering van producten en materiaal ter voorkoming van nosocomiale ziekten in het kader van interne richtlijnen in elke instelling;
- financiering van 0,10 VTE personeelslid per 30 patiënten ter ondersteuning van de verzorging voor terminale patiënten in RVT (kwalificatie reactivering);
- financiering van 1,4 VTE personeelslid reactivering per 30 patiënten die verblijven in een erkend bed voor kortverblijf (15 minuten liaisonfunctie per patiënt per dag).

Financiering personeel

Met het Koninklijk besluit van 10 juli 2008 wordt de financiering van de harmonisering voor het bovennormpersoneel alsook voor het logistiek en administratief personeel van de rustoorden vastgelegd[28]. Volgende wijzigingen zijn opgenomen:

- Het begrip "werkgever" wordt opnieuw geformuleerd.
- Er wordt een nieuwe begrenzing ingevoegd van het aantal voltijdse equivalenten dat kan worden gefinancierd in zowel de openbare als in de private instellingen. Dit plafond bedraagt 24 882 voltijds equivalenten (met ingang vanaf 1 januari 2006).
- Er wordt voorzien in een nieuwe eindafrekening van de vorige jaren (tot 2004) en het voorschottensysteem wordt vanaf 2008 gewijzigd.
- In uitvoering van het sociaal akkoord wordt ook de attractiviteitspremie die in 2008 en 2009 wordt toegepast, vastgelegd.

---

27 M.B. van 4 juli 2008 tot wijziging van het Ministerieel besluit van 6 november 2003 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 12, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, in de rust- en verzorgingstehuizen en in de rustoorden voor bejaarden, B.S. van 10 juli 2008, p. 36277.

28 K.B. van 10 juli 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot uitvoering van de artikelen 57 en 59 van de Programmawet van 2 januari 2001 wat de harmonisering van de barema's en de loonsverhogingen in bepaalde gezondheidsinrichtingen betreft, B.S. van 18 juli 2008 (Ed. 2), p. 38107.

6. Ziekenhuizen

De Verordening van 28 juli 2008 bevat een aantal belangrijke wijzigingen op het vlak van de kennisgeving van ziekenhuisverpleging en de facturatie, die ingaan op 14 augustus 2008[29]. De belangrijkste wijzigingen kaderen in CareNet.

Met het oog op de verdere ontwikkeling van CareNet worden alle nodige reglementaire aanpassingen doorgevoerd om de volledige afschaffing van de papieren factuur, inclusief de verzamelfactuur, te realiseren. Voor de ziekenhuizen die reeds een akkoord hebben voor de afschaffing van de papieren individuele factuur gaan met deze verordening nieuwe regels in voege voor de verzamelfactuur. De verzamelfactuur wordt behouden, getekend door ziekenhuisdirecteur, hoofdgeneesheer en hoofdapotheker, maar het ziekenhuis dient ze vanaf de prestatiemaand januari 2009 niet langer op te sturen naar de verzekeringsinstelling maar moet ze gedurende tien jaar bewaren in het ziekenhuis ter beschikking van de controlediensten.

Vanaf 1 januari 2009 heeft het ziekenhuis ook de mogelijkheid nog slechts één verzamelfactuur per verzekeringsinstelling op te stellen. Op die wijze komt de factuur overeen met de inhoud van de elektronische drager. Deze verzamelfactuur dient niet meer voorzien te worden van een overeenstemmingsstrook.

Op de kennisgeving van ziekenhuisverpleging is ruimte voorzien voor de verzekeringsinstelling om in een vakje 'recht op de maximumfactuur' het jaartal in te vullen waarin de rechthebbende recht heeft op de maximumfactuur. Dit wordt eveneens voorzien in de overeenkomstige elektronische berichten die via CareNet worden verstuurd.

C. Verstrekkingen

1. Artsen

Raadplegingen in de spreekkamer van de geneesheer

De neuro-pediaters van pediatrische oorsprong hebben vanaf 1 november 2008 ook toegang tot de verstrekkingen van de neurologie N20[30]. Voordien was dit slechts voorbehouden voor de neuro-pediaters van neurologische oorsprong.

Bezoek aan gehospitaliseerde patiënt

De verstrekking die een honorarium voorziet voor de erkende huisarts voor het bezoek aan een in het ziekenhuis opgenomen patiënt mag vanaf 1 september 2008 meer dan één keer worden aangerekend[31]. Een goed overleg tussen de huisarts en de behandelend ziekenhuisspecialist is bij een lange verblijfsduur belangrijk, waardoor er ook meerdere bezoeken gerechtvaardigd zijn.

---

29 Verordening van 28 juli 2008 tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 14 augustus 2008 (Ed. 2), p. 43367.

30 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 2, A, 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, B.S. van 4 september 2008, p. 46189.

31 K.B. van 10 juli 2008 tot wijziging van artikel 2, J., 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, B.S. van 25 juli 2008 (Ed. 2), p. 38842.

Globaal medisch dossier

Vanaf 1 oktober 2008 kan de huisarts ook een globaal medisch dossier openen tijdens het bezoek bij de palliatieve patiënt thuis[32].

Wondheelkunde

De verstrekking wordt vanaf 1 november 2008 herschreven zodat het verschil tussen gewone wonden en necrotische wonden wordt afgeschaft, en om aan de omschrijving de mogelijkheid toe te voegen om hechtingen uit te voeren met wondlijm en om erin op te nemen dat het materiaal is inbegrepen in het bedrag van de verstrekking[33].

Lumbale punctie

De nomenclatuur wordt vanaf 1 november 2008 gewijzigd wat betreft de lumbale punctie, ook voor kinderen jonger dan 7 jaar[34]. Voortaan wordt de verstrekking als volgt omschreven: "Lumbale punctie, exploratief of therapeutisch, met inbegrip van de naald".

Sinuschiurgie

De nomenclatuur in verband met de sinuschirugie wordt vanaf 1 oktober 2008 grondig gewijzigd[35].
Er was vastgesteld dat deze operaties tot de sterke stijgers behoorde, wat te wijten is aan het feit dat de nomenclatuur van de oto-rhino-laryngologie sterk verouderd is en geen eigen codes bevat voor endoscopische sinuschirurgie. Hierdoor werden steeds de prestaties voor klinische open heelkunde aangerekend. Om hierin klaarheid te scheppen worden wijzigingen aangebracht in de volgende artikelen van de nomenclatuur:

- artikel 11: algemene specialistische verstrekkingen
- artikel 14, c): plastische heelkunde
- artikel 14, i): oto-rhino-laryngologie
- artikel 14, l): stomatologie

---

32 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 2, A., 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, B.S. van 29 augustus 2008 (Ed. 2), p. 45193.

33 K.B.tot wijziging van artikel 3, § 1, A, I., 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, B.S. van 4 september 2008, p. 46191.

34 K.B. van 28 mei 2008 tot wijziging van de artikelen 11, §§ 4 en 5, en 20, § 1, d), 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47593.

35 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van de artikelen 11, 14, c), 14, i), en 14, l), 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, B.S. van 29 augustus 2008 (Ed. 2), p. 45195.

Reproductieve geneeskunde

Vanaf 1 oktober 2008 wordt spermacapacitatie terugbetaald[36]. Voorheen werd er door koppels met vruchtbaarheidsproblemen onmiddellijk beroep gedaan op de techniek van in vitro fertilisatie, omdat de kunstmatige inseminatie niet werd terugbetaald. Deze situatie wordt nu rechtgezet.

Akoestische rhinometrie

Voor de verstrekking "akoestische rhinometrie met curve en protocol en bepaling van de minimale dwarsdoorsnedeoppervlakte van de neusholte en het nasaal volume, met het oog op of ter evaluatie van het resultaat van een heelkundige ingreep" wordt met ingang van 1 oktober 2008 het persoonlijk aandeel vastgelegd op 15% van het honorarium met een maximum van 8,68 EUR[37].

Urologie

De verstrekking "gedeeltelijke nefrectomie met vasculaire afklemming" wordt vanaf 1 november 2008 opnieuw ingevoerd in artikel 14, j), van de nomenclatuur onder een licht gewijzigde omschrijving[38].

Overmacht

In artikel 15, § 2, van de nomenclatuur wordt vanaf 1 oktober 2008 het begrip overmacht ingevoegd in de interpretatieregels[39]. Onder overmacht dient te worden verstaan: het optreden bij de patiënt van een uitzonderlijke pathologische toestand, die onvoorzienbaar en onvermijdbaar is, en onafhankelijk van de wil van de zorgverstrekker.
Op die manier wil men tegemoetkomen aan interpretatieproblemen op het terrein wanneer de zorgverlener overmacht inroept en de verzekeringsinstelling toch de tegemoetkoming voor de betrokken verstrekking weigert omdat ze van oordeel is dat het niet om overmacht ging.

Reumatologie

In artikel 20, § 1, g), van de nomenclatuur wordt vanaf 1 november 2008 een nieuwe verstrekking ingevoegd[40]. Het gaat om de " diagnostische punctie of therapeutische punctie van één of meerdere gewrichten van de ledematen bij een patiënt met inflammatoir reumatisch lijden".

---

36 K.B. van 2 juli 2008 tot wijziging van de artikelen 14, g), en 24, § 1, 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, B.S. van 12 augustus 2008, p. 41764.

37 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 37*bis* van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 29 augustus 2008 (Ed. 2), p. 45199.

38 K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 14, j), 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47598.

39 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 15, § 2, 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, B.S. van 29 augustus 2008 (Ed. 2), p. 45194.

40 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 20, § 1, g), 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47595 en K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 37*bis* van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47597, voor wat betreft het persoonlijk aandeel.

Klinische biologie

De artikelen 3 en 24 van de nomenclatuur worden aangepast:
De laboratoria voor klinische biologie die niet erkend zijn volgens artikel 63 van de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 kunnen slechts een vastgelegd aantal verstrekkingen uitvoeren. Van deze limitatieve lijst worden met ingang van 24 juli 2008 nog eens een aantal verstrekkingen geschrapt[41].

Artikel 24 van de nomenclatuur wordt vanaf 1 juli 2007 aangepast aan het nieuwe forfaitsysteem dat in de Nationale overeenkomst verpleeginrichtingen-verzekeringsinstellingen is opgenomen[42].
De A-, B-, C- en D-forfaits worden geschrapt en er worden 7 nieuwe forfaits ingevoerd en nieuwe verstrekkingen waarvoor de forfaits mogen worden aangerekend. Bovendien worden deze nieuwe verstrekkingen ook toegankelijk voor de kleine ziekenhuizen.

Vanaf 1 november 2008 volgt er nog een aanpassing aan artikel 24 van de nomenclatuur[43]. De cumulatieregel 218 wordt gewijzigd en er wordt een nieuwe diagnoseregel, diagnoseregel 52, ingevoerd.

Honoraria voor toezicht op in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden

De betrekkelijke waarde van de verstrekking "Honorarium voor het onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende door een geneesheer-specialist op verzoek van de geneesheer die op hem toezicht uitoefent en die tot een ander erkend medisch specialisme behoort" wordt verhoogd vanaf 1 november 2008. Er wordt tevens bepaald dat deze verstrekking niet toegankelijk is voor de geneesheer-specialist voor de psychiatrie[44].

Vanaf 1 november 2008 worden de toezichtshonoraria voor de Sp-bedden geherwaardeerd, waardoor in de A.Z. de Sp-psychogeriatrie op hetzelfde niveau komt als de andere Sp-bedden (Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie, Sp-locomotorisch, Sp-chronisch)[45].

Vanaf 1 november 2008 wordt de immuniteitsperiode voor toezichtshonoraria bij verstrekkingen van stomatologie waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 225 is, opgeheven[46]. De immuniteitsperiode was de periode van de eerste 5 dagen van een opname, tijdens dewelke het honorarium voor het toezicht begrepen is in het honorarium voor de uitgevoerde ingreep.

---

41 K.B. van 30 juni 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 31 januari 1977 tot bepaling van de verstrekkingen van klinische biologie, bedoeld in artikel 63 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 14 juli 2008, p. 36814.

42 K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 24, § 2, 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47599.

43 K.B. van 28 mei 2008 tot wijziging van artikel 24, § 1, 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47598.

44 K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 25, § 1, 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47601.

45 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 25, § 1, 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, B.S. van 4 september 2008, p. 46190.

46 K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van artikel 25, § 2, a), 2°, 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47602.

Dringend transport tussen ziekenhuizen onder medische bijstand

In artikel 25, § 3, van de nomenclatuur worden vanaf 1 september 2008 twee nieuwe verstrekkingen ingevoegd die een tegemoetkoming voorzien voor medisch begeleid transport van één ziekenhuis naar een ander ziekenhuis dan dat waarvan de erkende functie spoedgevallenzorg deel uitmaakt[47].

Dringende verstrekkingen radiografieën tandheelkunde

Vier radiologieverstrekkingen tandheelkunde voor kinderen onder de 12 jaar worden vanaf 1 november 2008 opgenomen in artikel 26, § 11, van de nomenclatuur[48]. Deze verstrekkingen zijn toegankelijk voor tandheelkundigen en stomatologen.

2. Verpleegkundigen

Het getuigschrift van aflevering bestemd voor verpleegkundigen wordt aangepast vanaf 1 oktober 2008[49].

3. Audiciens

Het getuigschrift van aflevering bestemd voor audiciens wordt aangepast vanaf 1 augustus 2008[50]. Er wordt een kolom "supplement voor de patiënt" toegevoegd, alsook een bepaling die door de rechthebbende dient ingevuld te worden en waarin hij bevestigt duidelijk geïnformeerd te zijn door de audicien over het totale bedrag dat te zijnen laste valt.

4. Implantaten

Oftalmologie

In het hoofdstuk oftalmologie worden vanaf 1 november 2008 een aantal wijzigingen doorgevoerd[51]:

- De verplichte verzekering komt tussen in het materiaal gebruikt tijdens een vitrectomie. Het forfaitaire bedrag van deze verstrekking wordt opnieuw berekend, de U-waarde wordt verminderd. Tegelijk wordt een nieuwe verstrekking ingevoegd voor de kostendekking van vloeistoffen met hoge dichtheid.

---

47 K.B. van 10 juli 2008 tot wijziging van de artikelen 13 en 25, § 3, 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, B.S. van 24 juli 2008, p. 38588.

48 K.B. van 21 augustus 2008 tot wijziging van het artikel 26, § 11, 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, B.S. van 12 september 2008 (Ed. 3), p. 47603.

49 Verordening van 7 juli 2008 tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 28 juli 2008, p. 39007.

50 Verordening van 7 juli 2008 tot wijziging van de Verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 18 juli 2008 (Ed. 2), p. 38157.

51 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 35*bis* 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, B.S. van 3 september 2008, p. 46053.

- De verplichte verzekering komt ook tussen in de kost van het materiaal gebruikt tijdens een extractie van een ooglens. De forfaitaire bedragen van de overeenkomstige verstrekkingen werden ook hier opnieuw berekend, de U-waarde ervan worden verminderd.

- Er worden nieuwe verstrekkingen ingevoegd voor de vergoedingen van de hulpmiddelen bij extracapsulaire extractie van de ooglens door ultrasonore fragmentering, laser, of een andere vergelijkbare methode, inclusief het eventuele inplanten van een lens

Orthopedie

Er worden vanaf 1 november 2008 een aantal wijzigingen aangebracht in de nomenclatuur die betrekking heeft op de gewrichtsprothesen, in het bijzonder de heup[52].

- In de omschrijving van de verstrekkingen van de stelen met cement wordt verduidelijkt dat de eventuele centralizer inbegrepen is in de prijs van de stelen zoals opgenomen op de limitatieve lijsten.

- Er wordt een nieuwe verstrekking ingevoegd voor het oppervlakte-implantaat voor gedeeltelijke vervanging van het gewrichtskraakbeen.

- Er wordt een vertrekking gecreëerd voor de spacers van de heup. Een spacer wordt gebruikt als er een infectie is en de prothese moet verwijderd worden. Totdat de infectie genezen is en een nieuwe prothese geplaatst wordt, zet de chirurg een spacer in cement met antibiotica die de prothese vervangt en een kleine mobiliteit toelaat.

- Voortaan kan het College van geneesheren-directeurs beslissen tot de terugbetaling van revisiestelen in primo-implantaties, op basis van een omstandig verslag.

Bloedvatenheelkunde

De omschrijving van de verstrekking “Implantaat en toebehoren voor het percutaan afsluiten van de arteriële wand na een therapeutische endovasculaire procedure” wordt aangepast en moet vanaf 1 november 2008 worden beschouwd per operatiezitting[53].

In hetzelfde hoofdstuk wordt eveneens vanaf 1 november 2008 het verbod op de cumul afgeschaft voor de verstrekking 687912-687923[54].

---

52 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 35 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, B.S. van 3 september 2008, p. 46052.

53 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 35 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, B.S. van 3 september 2008, p. 46049.

54 K.B.van 12 augustus 2008 tot wijziging van de artikelen 35 en 35*bis* 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, B.S. van 8 september 2008, p. 46789.

Dura mater weefsel van dierlijke oorsprong

Vanaf 1 november 2008 wordt een nieuwe verstrekking ingevoegd in de afdeling neurochirurgie[55].
Dura mater weefsel van dierlijke oorsprong dat niet bovien is (= niet afkomstig van rundervee) komt voortaan in aanmerking voor tegemoetkoming.

III. UITKERINGEN

Verzaking aan de terugvordering

De Verordening van 17 maart 1999 die de voorwaarden bepaalt waaronder verzaakt kan worden aan de terugvordering van een ten onrechte verleend bedrag aan uitkeringen wordt gewijzigd met ingang van 1 april 2007[56]. Dit om ze in overeenstemming te brengen met de invoering van het OMNIO-statuut op dezelfde datum. Voor het vaststellen van de behartigenswaardigheid wordt voortaan dan ook verwezen naar het Koninklijk besluit van 1 april 2007 dat het OMNIO-statuut invoert.
In de regeling van de zelfstandigen wordt dezelfde aanpassing doorgevoerd[57].

Werknemer met persoon ten laste

De minimumpensioenen van werknemers en zelfstandigen werden vanaf 1 juli 2008 verhoogd in het kader van de maatregelen ter bevordering van de koopkracht, waardoor een aantal onder hen hun hoedanigheid van persoon ten laste in het kader van de uitkeringsverzekering verloren. De invalide werknemer of zelfstandige waarmee ze samen wonen konden bijgevolg niet meer worden beschouwd als gerechtigde met gezinslast en zagen hun verhoogde ziekte-uitkering terugvallen tot het bedrag van samenwonenden. Dit wordt rechtgezet met ingang vanaf 1 juli 2008, datum van de verhoging van de minimumpensioenen[58].

Indien het inkomen van de persoon ten laste het grensbedrag overschrijdt louter en alleen omdat zijn minimumpensioen op 1 juli 2008 is verhoogd, dan behoudt de invalide gerechtigde zijn hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast.

Uitkeringsbedragen

Vanaf 1 mei 2008 worden de uitkeringsbedragen aan de nieuwe gezondheidsindex aangepast[59].

---

55 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 35 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, B.S. van 3 september 2008, p. 46050.

56 M.B. van 17 juli 2008 houdende goedkeuring van de Verordening van het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot wijziging van de Verordening van 17 maart 1999 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a), van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest van de sociaal verzekerde", B.S. van 22 augustus 2008, p. 44160.

57 M.B. van 17 juli 2008 houdende goedkeuring van de Verordening van het Beheerscomité van de uitkeringsverzekering voor zelfstandigen van de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, tot wijziging van de Verordening van 12 februari 2001 tot uitvoering van artikel 22, § 2, a), van de Wet van 11 april 1995 tot invoering van het "Handvest van de sociaal verzekerde", B.S. van 22 augustus 2008, p. 44161.

58 K.B. van 12 augustus 2008 tot wijziging van artikel 225 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 4 september 2008, p. 46188.

59 Weerslag van de schommeling van het indexcijfer van de consumptieprijzen op de sociale uitkeringen, B.S. van 7 juli 2008, p. 35921.

Vanaf 1 juli 2008 worden verhoogd:[60]

- de uitkeringen "minimum regelmatig werknemer" voor gerechtigden met last en alleenstaanden;
- de forfaits met last en alleenstaande voor de zelfstandige gerechtigden in primaire ongeschiktheid en voor de zelfstandige invaliden die hun onderneming niet hebben stopgezet, alsook de forfaits met last en alleenstaande voor de zelfstandige invaliden die hun onderneming hebben stopgezet.

---

[60] Aanpassing buiten index op 1 juli 2008 van het bedrag van sommige sociale uitkeringen, B.S. van 9 september 2008, p. 46979.