Evolutie van de wetgeving

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

4de trimester 2008

I. Institutionele en administratieve aspecten

1. Verzekeringsinkomsten

Aangezien de wettelijke pensioenen vanaf 1 september 2008, zijn verhoogd met 2%, moet het bedrag van de inhoudingen op de pensioenen voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering eveneens op dezelfde datum worden aangepast[1].
Dit om te vermijden dat deze herwaardering van de pensioenen geheel of gedeeltelijk opgeslorpt zou worden door de bijdrage geneeskundige verzorging op de pensioenen.

2. Thuisverzorging

Tussen het Verzekeringscomité en de gemeenschappen/gewesten kunnen overeenkomsten worden gesloten waarbij in een bijzondere regeling wordt voorzien voor de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Deze overeenkomsten hebben betrekking op projecten van alternatieve opvangmogelijkheden en verzorging bestemd voor bejaarden ter ondersteuning van de thuiszorg met de bedoeling bejaarden toe te laten zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Deze overeenkomsten worden vanaf 1 juli 2008 gesloten voor een termijn van maximum vier jaar[2].

3. Geneesmiddelen

a. Beschikbaarheid van de geneesmiddelen

De reglementering inzake de geneesmiddelen wordt aangepast om te antwoorden op de problematiek van de effectieve beschikbaarheid van de geneesmiddelen in het kader van de octrooiproblematiek, met de bedoeling de correcte werking van het referentieterugbetalingssysteem te garanderen[3].

- Het generisch alternatief, dat het in werking treden van de referentieterugbetaling zal initiëren, moet ook effectief beschikbaar zijn op de markt en niet enkel ingeschreven zijn op de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten.
- Elke wijziging van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten als gevolg van een toegekende of ingetrokken uitzondering op de referentieterugbetaling kan naar aanleiding van de eerstvolgende aanpassing van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten doorgevoerd worden en niet naar aanleiding van de eerstvolgende toepassing van de referentieterugbetaling.

---

1 K.B. van 18 september 2008 houdende uitvoering van artikel 191, eerste lid, 7°, tweede lid, van de Wet betreffende de veplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 28 oktober 2008, p. 57037.

2 K.B. van 17 oktober 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 7 april 2005 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van nieuwe alternatieven in de ouderenzorg ter ondersteuning van de thuisverzorging, B.S. van 5 november 2008, p. 58270.

3 Wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 100.

- Er wordt een nieuwe bepaling toegevoegd die de basis vormt voor de correcties die moeten uitgevoerd worden aan de referentieterugbetaling, in geval van onbeschikbaarheid van het goedkoper generiek alternatief dat aanleiding geeft of gegeven heeft tot de instelling van die referentieterugbetaling.
  Er worden twee soorten correcties voorzien, afhankelijk van het feit of de onbeschikbaarheid van de generiek meer of minder dan 20 dagen voor de inwerkingtreding van de terugbetaling bekend is.

Daarnaast zijn er een aantal technische aanpassingen van de tekst, in verband met de onbeschikbaarheid:[4]

- De farmaceutische firma die een aanvraag doet, moet de onbeschikbaarheid van een specialiteit melden.
- Tegelijk wordt de verplichting ingevoerd dat een farmaceutische specialiteit effectief beschikbaar moet zijn op het moment van de inwerkingtreding van de inschrijving.
- De definitie van onbeschikbaarheid van een farmaceutische specialiteit wordt omschreven, alsook het effect ervan op de inschrijving van die specialiteit, in geval van al dan niet melding van de onbeschikbaarheid door het bedrijf.
- Er wordt voorzien dat het overschrijden van de termijn van 12 maanden onbeschikbaarheid tot gevolg heeft dat de farmaceutische specialiteit wordt geschrapt uit de lijst en er dus een nieuwe procedure voor inschrijving noodzakelijk zal zijn.
- In geval van overmacht of in het geval de Minister de terugbetaling vraagt in plaats van de aanvrager, is herinschrijving mogelijk zonder een volledig nieuwe procedure.

Tot slot wordt het maximumbedrag van de administratieve geldboete die kan worden opgelegd aan een farmaceutisch bedrijf beperkt tot 10% van de jaaromzet in België (minstens 50 000 EUR). Dergelijke administratieve boetes zijn toepasbaar in geval van niet respecteren van de verplichtingen van de aanvragers, inbegrepen de nieuwe verplichtingen voor wat betreft de melding van onbeschikbaarheden van farmaceutische specialiteiten[5].

b. Referentieterugbetaling[6]

Vanaf 1 mei 2009 wordt de referentieterugbetaling uitgebreid door een bijkomende vermindering van de vergoedingsbases van de farmaceutische specialiteiten waarvoor sinds minstens 2 jaar een referentieterugbetaling van toepassing is met 2,5%.
Tegelijk wordt de frequentie van toepassing van het referentieterugbetalingssysteem verhoogd tot vier maal per jaar. Dit houdt in dat twee maanden voor het effectief in werking treden van de verminderde vergoedingsbases, de voorwaarden voor de initiatie van de referentieterugbetaling van de betrokken specialiteit moeten vervuld zijn, dat wil zeggen de beschikbaarheid van een vergoedbaar goedkoper alternatief.

c. Verplichte prijsdalingen

Er wordt een eenmalige vermindering van de prijzen en vergoedingsbases ingevoerd voor de farmaceutische specialiteiten die op 1 januari 2009 vergoedbaar zijn[7].

---

4 Wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 101.
5 Wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 102.
6 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 155-158.
7 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 159.

Er bestaan verplichte dalingen van prijs en vergoedingsbasis van farmaceutische specialiteiten waarvan elk werkzaam bestanddeel verschijnt in een specialiteit die meer dan 12 jaar en minder dan 15 jaar geleden voor het eerst vergoedbaar was.
Op deze verplichte prijsdaling bestaan uitzonderingen die vanaf 1 juli 2008 worden aangevuld met de innoverende specialiteiten ingeschreven in klasse 1[8].

d. Goedkoop voorschrijven[9]

De mogelijkheid van het systeem van goedkoop voorschrijven van geneesmiddelen wordt uitgebreid tot bepaalde therapeutische klassen in de ambulante sector. De Koning heeft de bevoegdheid om, na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, de therapeutische klassen te bepalen, de percentages van de goedkopere voorschriften die moeten worden nageleefd en het aantal verpakkingen die moeten worden voorgeschreven opdat een zorgverlener in aanmerking wordt genomen.
De Minister kan de termijn bepalen waarbinnen het advies van de medicomut dient te worden gegeven.

e. Vrijstelling van de farmaceutische specialiteiten op basis van stabiele bloedderivaten[10]

Er wordt voorzien in de mogelijkheid om de producten op basis van stabiele bloedderivaten uit te sluiten uit de heffingen op het omzetcijfer van de farmaceutische specialiteiten die vanaf 2005 verschuldigd zijn. Deze mogelijkheid geldt niet voor het geheel van de heffingen maar op de betalingen in één jaar. De terugbetaling zal uiterlijk op 31 december 2009 plaatsvinden.

f. Heffing op omzet[11]

De bijdragen aan het provisiefonds dat in 2006 werd opgericht om de voorziene budgetoverschrijdingen op te vangen zullen worden teruggestort. Aangezien er tijdens twee jaar geen budgetoverschrijding heeft plaatsgevonden, en dit mechanisme vervangen zal worden door een systeem van voorschot en afrekening, worden de gestorte bedragen terugbezorgd aan de aanvragers. De vermeldingen naar de volgende jaren zullen worden opgeheven. De voortgebrachte interesten door de stortingen tijdens deze twee jaren, worden beschouwd als inkomsten voor het RIZIV.

De basisheffing wordt verder gezet met hetzelfde percentage van 7,73%.

Het nieuwe mechanisme van heffingen op aanvragers in geval van een voorziene budgetoverschrijding, dat in de plaats komt van het provisiefonds, wordt ingesteld vanaf 2008. Deze heffing, begrensd tot het bedrag van 100 miljoen EUR, wordt, indien zij is verschuldigd, via een voorschot en een afrekening gestort. Dit systeem laat toe het omzetcijfer van de farmaceutische specialiteiten die ingeschreven zijn in de terugbetaling tijdens het jaar van de budgetoverschrijding in rekening te nemen. Ook de mogelijkheid om het globale budget onder te verdelen, en bijgevolg de vaststelling van een eventuele overschrijding van het globale budget, worden vermeld, alsook de mogelijkheid om een gedeeltelijke uitzondering toe te laten voor de geforfaitariseerde geneesmiddelen in de ziekenhuizen. De weesgeneesmiddelen, de specialiteiten die uitsluitend vergoed worden in de categorie Cx en de stabiele bloedderivaten worden eveneens uitgesloten.

---

8 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 59.

9 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 160.

10 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 161-163.

11 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 164-168.

g. Prijsblokkering[12]

Er wordt een prijsblokkering ingevoerd van 1 januari 2009 tot 31 december 2009 voor de geneesmiddelen ingeschreven op de lijst van de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten teneinde het aantal prijsverhogingaanvragen te beperken en bij te dragen tot de beheersing van de uitgaven op het gebied van de geneeskundige verzorging.

h. Heffingen farmaceutische specialiteiten

Voor de jaren 2006 tot en met 2011 worden aan de farmaceutische firma's verminderingen toegekend op de heffingen die zij verschuldigd zijn op de omzet van vergoedbare farmaceutische specialiteiten, indien zij investeringen doen op het vlak van onderzoek, ontwikkeling en innovatie, of indien zij hun uitgaven verbonden aan het promoten van die specialiteiten bij voorschrijvers en apothekers verminderen[13].

Verminderingen "research, development and innovation"
Om te kunnen genieten van het systeem van vermindering dat van toepassing is in het geval van investeringen op het vlak van onderzoek, ontwikkeling en innovatie, moeten de farmaceutische firma's die de heffingen op de omzet van vergoedbare farmaceutische specialiteiten hebben betaald aan het RIZIV, een aanvraag indienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. De investeringen die in aanmerking worden genomen voor de toepassing van deze maatregel zijn de investeringen die in België dan wel in het buitenland worden gedaan, op voorwaarde dat de firma die de aanvraag heeft ingediend een stabiele vestiging in België heeft en dat het personeel van deze stabiele vestiging de opvolging en controle van de activiteiten van onderzoek, ontwikkeling of innovatie waarborgt die het recht openen op de vermindering. Een vereenvoudigd systeem is evenwel van toepassing wanneer de betrokken farmaceutische firma een kleine onderneming is.

Verminderingen promotie
Om te kunnen genieten van het systeem van vermindering dat van toepassing is in het geval van het verminderen van de uitgaven die verbonden zijn aan het promoten van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bij voorschrijvers en apothekers, moeten de farmaceutische firma's, die hun heffingen op de omzet van vergoedbare farmaceutische specialiteiten hebben betaald aan het RIZIV, een aanvraag indienen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV. De farmaceutische firma geniet van een vermindering van 5% op diens heffingen in geval van een vermindering van minstens 25% van de uitgaven verbonden aan het promoten van vergoedbare farmaceutische specialiteiten bij de voorschrijvers en apothekers, en indien deze inspanning wordt volgehouden in de daarop volgende jaren, kan zij een behoud van de vermindering bekomen, of nog, bijkomende verminderingen.

i. Goedkope en generische geneesmiddelen

Ook met de Gezondheidswet werden heel wat nieuwe aanpassingen doorgevoerd in de sector van de geneesmiddelen[14]. Vooral de zorg voor goedkopere geneesmiddelen leidt tot volgende wijzigingen.

Het begrip geneesmiddel buiten octrooi wordt duidelijk omschreven.

---

12 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 169-170.

13 K.B. van 18 september 2008 tot vaststelling van de toekenningsvoorwaarden en uitvoeringsmodaliteiten van de maatregelen tot verminderingen van de heffingen op het zakencijfer van de farmaceutische specialiteiten, ingesteld door artikelen 191*bis*, 191*ter* en 191*quater* van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 1 oktober 2008 (Ed.2), p. 52301.

14 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 14-17.

De werking van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen wordt geoptimaliseerd:

- De periode waarbinnen de individuele herziening moet worden opgestart wordt geschrapt waardoor langere tijd na de eerste inschrijving op de lijst, individuele herzieningen kunnen worden opgelegd.
- Tegelijkertijd wordt het mogelijk om een individuele herziening binnen een kortere periode op te leggen bijvoorbeeld om budgettaire of volksgezondheidsredenen, indien een continue monitoring wenselijk is.
- Er kunnen voortaan ook individuele herzieningen worden toegelaten na een procedure van wijziging van vergoedingsmodaliteiten van specialiteiten die reeds langer vergoedbaar zijn dan vanaf 1 januari 2002.
- De Koning kan voortaan bepalen in welke gevallen de Dienst voor geneeskundige verzorging aan de Minister wijzigingen van de lijst van vergoedbare specialiteiten kan voorstellen, na advies van de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen. Het is voortaan mogelijk om snel en zonder complexe procedures de lijst te wijzigen, met het oog op het verhogen van de coherentie van de reglementeringsteksten van verschillende specialiteiten en/of met het oog op administratieve vereenvoudiging.

Het percentage goedkope voorschriften dat moet worden gerealiseerd wordt vastgelegd bij koninklijk besluit. Voortaan kan de aanpassing aan dit percentage slechts gebeuren na advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen en de Nationale commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen. Ook moet de aanpassing worden voorgelegd aan de Ministerraad. Dezelfde procedure geldt trouwens voor het bepalen van de referentieperiode waarbinnen dit percentage van toepassing zal zijn.

4. Administratiekosten van de verzekeringsinstellingen

Het forfaitaire bedrag van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen wordt voor de jaren 2003-2009 verminderd[15].

5. Observatorium voor de chronische ziekten

Er wordt vanaf 1 januari 2009 een afdeling “observatorium voor chronische ziekten” opgericht binnen de Wetenschappelijke Raad[16].
Het observatorium krijgt als nieuwe opdrachten de opsporing van probleempunten inzake de tenlasteneming van geneeskundige verzorging verleend aan chronisch zieken alsook de opvolging van de evolutie van de situatie en de aangebrachte oplossingen.
Het observatorium wordt paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de representatieve organisaties van verenigingen voor hulp aan chronisch zieken.

6. Farmanet

De Koning heeft de bevoegdheid om de voorwaarden te omschrijven waaronder gegevens over de voorgeschreven en afgeleverde niet-vergoedbare geneesmiddelen in een apotheek open voor het publiek worden ingezameld en overgemaakt aan de tariferingsdiensten, de verzekeringsinstellingen en het RIZIV.[17]

---

15 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 170.
16 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 136-138.
17 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 154.

7. Begrotingsprocedure

De rol van het Verzekeringscomité wordt afgestemd op de nieuwe begrotingsprocedures. Daarnaast worden het aantal verslagen die aan het Verzekeringscomité worden voorgelegd beperkt tot 2: een verslag voor de gecumuleerde halfjaarlijkse uitgaven en een verslag voor de gecumuleerde jaaruitgaven. Voorheen waren er nog 2 bijkomende kwartaalverslagen[18].

8. Centra voor menselijke erfelijkheid

Voortaan kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten met centra voor menselijke erfelijkheid[19]. Hierdoor kan een tegemoetkoming worden verleend voor prestaties geleverd door centra voor menselijke genetica.

9. Financiering van opsporingsprogramma's

Het Verzekeringscomité kan met de gemeenschappen of gewesten overeenkomsten sluiten die voorzien in de betaling van een tegemoetkoming van de screeningprogramma's/opsporingsprogramma's van deze overheden[20].

10. Microbiologie

De Koning bepaalt, op voorstel van het Verzekeringscomité, de voorwaarden waaronder het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid overeenkomsten kan sluiten met de laboratoria voor klinische biologie, die werken als referentiecentra voor prestaties van microbiologie[21]. Deze wettelijke basis komt in de plaats van de financieringsovereenkomsten die het Verzekeringscomité kon sluiten met de erkende laboratoria en heeft ingang vanaf 1 januari 2008.

11. Verzekeringsinstellingen

De aansluiting bij een ziekenfonds in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen mag voor de rechthebbende niet gepaard gaan met het toekennen van materiële voordelen, tenzij met geringe handelswaarde[22].

12. Syndicale premie en sociale akkoorden

De Koning heeft de bevoegdheid gekregen om de modaliteiten te bepalen waaronder de syndicale premies die door rustoorden voor bejaarden en door rust- en verzorgingstehuizen in bewaring zijn gegeven bij de Deposito- en Consignatiekas, kunnen worden vrijgemaakt en met inbegrip van de intresten teruggestort aan het RIZIV[23].

---

18 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 7-9.

19 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 10.

20 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 11.

21 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 12.

22 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 23.

23 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 54.

De Minister stelt de voorwaarden vast waaronder tegemoetkoming kan worden verleend voor de verstrekkingen verricht in de rustoorden voor bejaarden, de rust- en verzorgingstehuizen, de centra voor dagverzorging en de psychiatrische verzorgingstehuizen.

In de toekomst zal aan deze tegemoetkoming ook de kostprijs van de sociale akkoorden van het bovennormpersoneel en van het logistiek en administratief personeel kunnen worden toegevoegd. De Koning krijgt daartoe de bevoegdheid en kan dit via een in ministerraad overlegd besluit[24].

II. Geneeskundige verzorging

1. De verzekerden

a. Tabaksontwenning

De mogelijkheid tot terugbetaling van bijstand bij tabaksontwenning die momenteel is voorbehouden aan zwangere vrouwen en hun partner, zal worden uitgebreid naar alle rechthebbenden van de verzekering voor geneeskundige verzorging. De bijstand voor tabaksontwenning kan gebeuren door een geneesheer (huisarts of specialist) of door een tabacoloog[25].

b. Maximumfactuur

Vanaf 1 januari 2009 wordt een maximumfactuur voor de chronische zieken geïntroduceerd in het raam van de sociale maximumfactuur. Dezelfde maatregel wordt tevens ingevoerd in het raam van de inkomensmaximumfactuur en voor kinderen jonger dan 19 jaar die een zeker bedrag aan persoonlijke aandelen hebben gedragen. De maatregel voorziet dat het grensbedrag van de persoonlijke aandelen dat door een gezin moet worden bereikt om gedurende een bepaald jaar de maximumfactuur te genieten, wordt verminderd met een door de Koning vast te stellen bedrag wanneer het totaal van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door eenzelfde rechthebbende van dat gezin ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens de twee voorafgaande kalenderjaren zijn verricht, ten minste 450 EUR per jaar bedraagt.
Voor het kind jonger dan 19 jaar wordt het grensbedrag van 650 EUR verminderd met een door de Koning vast te stellen bedrag, wanneer het totaal van de persoonlijke aandelen die daadwerkelijk door het kind ten laste zijn genomen voor verstrekkingen die tijdens de twee voorafgaande kalenderjaren zijn verricht, ten minste 450 EUR per jaar bedraagt.

Er is gelijkheid in behandeling tussen de rechthebbenden op een integratietegemoetkoming categorie 1 en 2 en de rechthebbenden op een integratietegemoetkoming categorie 3, 4 en 5 met betrekking tot de sociale maximumfactuur wanneer hun partner daadwerkelijk de inkomensaftrek geniet zoals bedoeld in de reglementering betreffende de integratietegemoetkoming. Deze maatregel treedt eveneens in werking op 1 januari 2009.

Vanaf 1 januari 2009 worden tevens een aantal wijzigingen aangebracht met betrekking tot het persoonlijk aandeel dat in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van de maximumfactuur[26]:

- Het persoonlijk aandeel van de verstrekkingen inzake radio-isotopen en medische zuurstof wordt in aanmerking genomen in het kader van de maximumfactuur.

---

24 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 55.

25 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 139-141.

26 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 146-153.

- Het persoonlijk aandeel ten laste van de rechthebbenden die een terugbetaling genieten van het anti-griepvaccin, alsook het geneesmiddelenforfait dat wordt betaald door de rechthebbenden die verblijven in een psychiatrisch verzorgingstehuis, wordt in aanmerking genomen in de maximumfactuur.

Vanaf 1 januari 2008 treden de bepalingen in werking die een aantal aanpassingen doen aan de gezinsnotie[27]:

- Het gezin dat in aanmerking wordt genomen voor de toepassing van de sociale MAF, is uitluitend samengesteld uit de rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming.
- Door de nieuwe inschrijvingen in het Rijksregister die in aanmerking kunnen worden genomen te beperken tot personen minder dan 16 jaar, brengt men de gezinsnotie in het kader van de MAF in overeenstemming met die van het OMNIO-statuut.

Tot slot wordt er vanaf de maximumfactuur 2008 een aanpassing aangebracht voor kinderen met een handicap die uiterlijk op 4 juli 2002 de verhoogde kinderbijslag genoten vanwege hun handicap[28]. De voorwaarde dat het kind met een handicap effectief de verhoogde kinderbijslag dient te genieten wordt vervangen door de voorwaarde dat het kind met een handicap tijdens het jaar van toepassing van MAF aan de medisch-sociale voorwaarden dient te voldoen om recht te geven op de verhoogde kinderbijslag. Van de voorwaarde van effectieve betaling van verhoogde kinderbijslag wordt dus afgestapt.

c. Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen

Met ingang van 1 januari 2008 wordt aan de categorieën rechthebbenden op geneeskundige verzorging een nieuwe categorie rechthebbenden toegevoegd: de kinderen van niet-begeleide minderjarige vreemdelingen die te hunnen laste zijn[29].

d. Reiskosten

Er kan voor bepaalde ziekten een tegemoetkoming aan de rechthebbenden in hun reiskosten worden verleend. Vanaf 1 januari 2009 wordt deze bepaling uitgebreid zodanig dat ook rechthebbenden die niet voor een bepaalde ziekte behandeld worden, een tegemoetkoming kunnen krijgen[30]. Het gaat dan bijvoorbeeld om zorgafhankelijke ouderen die worden verzorgd in centra voor dagverzorging.

Voor de tegemoetkoming in de verplaatsingskosten die ouders van een kind dat lijdt aan kanker maken, wordt vanaf 1 januari 2008 voorzien dat de tegemoetkoming wordt berekend op basis van de afstand tussen de woonplaats van het kind en het ziekenhuis[31]. Voorheen was bepaald dat de afstand tussen de woonplaats van de ouders en het ziekenhuis in aanmerking wordt genomen, wat soms aanleiding gaf tot discussie.

Tot slot wordt vanaf 1 januari 2009 de lijst van geneeskundige verstrekkingen uitgebreid met het ambulancevervoer in het kader van dringende medische hulpverlening[32].

---

27 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 149, 1° en 151.

28 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 58.

29 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 2.

30 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 3.

31 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 3.

32 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 3.

e. Personen ten laste

Sinds 1 januari 2008 zijn de kleine risico's voor zelfstandigen geïntegreerd in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Vanaf dan werd voor de aansluiting van een persoon ten laste het principe van de vrije keuze ingevoerd. Het is echter gebleken dat deze vrije keuze negatieve gevolgen heeft zolang er geen keuze wordt gemaakt, waardoor er nu opnieuw geopteerd wordt voor het instellen van voorrangsregels wanneer er geen keuze wordt gemaakt. Deze bepaling heeft uitwerking vanaf 1 januari 2008[33].

Als er geen keuze werd gemaakt over de vraag bij welke gerechtigde een persoon ten laste moet worden ingeschreven of in geval van betwisting tussen de gerechtigden, wordt de persoon ten laste bij voorrang ingeschreven ten laste van de oudste gerechtigde, of, als het een kind betreft en de gerechtigden niet onder hetzelfde dak wonen, ten laste van de gerechtigde die samenwoont met het kind. De vraag om de persoon ten laste in te schrijven ten laste van een andere gerechtigde heeft in principe slechts uitwerking op 1 januari van het jaar dat volgt op dat waarin de aanvraag werd ingediend.

2. De zorgverleners

a. Artsen

Beschikbaarheidshonoraria[34]

De georganiseerde wachtdiensten voor huisartsgeneeskunde worden vanaf 1 juli 2008 in aanmerking genomen op elke weekdag vanaf 19 uur tot de daaropvolgende dag om 8 uur, op de vrijdagavond vanaf 19 uur tot de daaropvolgende maandag om 8 uur en op de vooravond van wettelijke feestdagen vanaf 19 uur tot de tweede daaropvolgende dag om 8 uur. Voorheen was dit vanaf 20 uur, dus door de nieuwe bepaling wordt de wachtdienst met een uur uitgebreid.
Ook wordt de betaling van wachtdienstdeelname per uur mogelijk gemaakt.

Elektronisch dossierbeheer

Artikel 5 van het Koninklijk besluit van 6 februari 2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, wordt vanaf 1 januari 2008 aangevuld met een indexeringsclausule voor de bedoelde financiële tegemoetkoming[35].

---

33 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 61-62.

34 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 25 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een beschikbaarheidshonorarium betaalt aan de artsen die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten, B.S. van 8 oktober 2008, p. 53282.

35 K.B. van 31 oktober 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 6 februari 2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers, B.S. van 27 november 2008, p. 62612.

b. Tandartsen

De inwerkingtreding van het Nationaal akkoord tussen de tandheelkundigen en de ziekenfondsen wordt vereenvoudigd doordat de toetredingsdrempel van de tandheelkundigen tot het akkoord vanaf 1 januari 2009 wordt verlaagd van 60% naar 50% per arrondissement[36]. Het nationaal toetredingspercentage van 60% blijft behouden.

c. Kinesitherapeuten

Sociale voordelen

De jaarlijkse bijdrage die de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV stort in de context van de regeling van sociale voordelen voor kinesitherapeuten is voor het jaar 2007 vastgesteld op 1 025 EUR per kinesitherapeut die aan de voorwaarden voldoet[37].

Representatieve beroepsorganisaties

De representatieve beroepsorganisaties van kinesitherapeuten 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[38].

Het Koninklijk besluit dat de voorwaarden van deze financiële tegemoetkoming vastlegt, wordt gewijzigd opdat in het geval wordt voorzien dat slechts één beroepsorganisatie of groepering van organisaties als representatief wordt erkend. Het jaarlijks bedrag word dan verdeeld tussen een basisbedrag van 80 000 EUR enerzijds en een aanvullend bedrag van 270 000 EUR anderzijds (voor 2008, afhankelijk van het toegekende budget)[39].

d. Thuisverpleging

Vinca

Met ingang van 23 november 2007 werd het project "VINCA" ingevoerd[40]. Dit project houdt een tegemoetkoming van de verplichte verzekering in voor de ambulante verpleegkundigen die gebruik maken van een softwarepakket dat hen onder meer toelaat gegevens aan het patiëntenbed in te voeren[41]. De kandidaturen van de verpleegkundigen die aan dit project wilden deelnemen konden uiterlijk tot 23 december 2007 door de FOD Volksgezondheid aan het Verzekeringscomité worden doorgegeven.

---

36 Wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 95.

37 K.B. van 18 september 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 2007, voorzien bij het Koninklijk besluit van 23 januari 2004 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige kinesitherapeuten, B.S. van 2 oktober 2008, p. 52649.

38 Zie RIZIV-I.B. 2008/4, p. 537.

39 K.B. van 7 december 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit 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 beroepsorganisatie van de kinesitherapeuten, B.S. van 17 december 2008, p. 66783.

40 K.B. van 2 november 2007 tot vaststelling van de modaliteiten in toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de financiering van een project "Vinca" voor de invoering van gegevens in de sector thuisverpleging, B.S. van 13 november 2007, p. 57125.

41 Zie RIZIV-I.B. 2008/1, p. 9.

Elektronisch dossierbeheer

Vanaf 2006 hebben de verpleegkundigen recht op een jaarlijkse tegemoetkoming van 350 EUR voor het gebruik van telematica en het elektronisch dossierbeheer[42].
Vanaf 2008 wordt de tegemoetkoming opgetrokken naar 800 EUR per jaar[43].

Verzekeringstegemoetkoming

De verzekeringstegemoetkoming in de forfaitaire honoraria, forfaits B en C genoemd, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden vanaf 1 februari 2009 opgetrokken van 85 tot 90%. De Koning kan nog toekomstige wijzigingen in die verzekeringstegemoetkoming uitvoeren[44]

e. Geïntegreerde diensten voor thuisverzorging en thuisverpleging

De financiering van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT) wordt vanaf 1 januari 2009 overgeheveld naar het RIZIV[45]. De normen voor de specifieke erkenning van die GDT's blijven tot de bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid behoren.

f. Apothekers

Het bedrag van de teveel betaalde retributie wordt voor het jaar 2006 op 5,527 miljoen EUR vastgelegd[46]. Dit bedrag wordt aan de apothekers betaald via terugstorting aan de tariferingsdienst.

g. Ziekenhuizen

Forfaitaire honoraria inzake klinische biologie

Vanaf 1 januari 2009 worden de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie aangepast[47]. Aldus wordt er voorzien in een meer adequate financiering van:

- de oncologische centra of diensten;
- de mono-disciplinaire categorale ziekenhuizen;
- de categorale ziekenhuizen met geïsoleerde Sp- en G-dienst;
- de psychiatrische ziekenhuizen.

---

42 Zie RIZIV-I.B. 2007/3, p. 348.

43 K.B. van 7 december 2008 tot wijziging van Koninklijk besluit van 21 april 2007 tot bepaling van de voorwaarden en de nadere regels overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de verpleegkundigen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van dossiers, B.S van 17 december 2008, p. 66784.

44 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 142 en 143.

45 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 144 en 145.

46 K.B. van 31 oktober 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 19 juli 2007 tot uitvoering van artikel 165, laatste lid, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 18 november 2008, p. 61370.

47 K.B. van 12 november 2008 tot uitvoering van artikel 57, § 2, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de berekeningsregels voor de per verpleegdag betaalde forfaitaire honoraria inzake klinische biologie, B.S. van 21 november 2008, p. 61980.

Referentiebedragen[48]

Het referentiebedrag is de norm waarmee een ziekenhuis wordt vergeleken. Het gaat eigenlijk om een nationaal gemiddelde van de reële uitgaven, dat met 10% wordt verhoogd. Dat gemiddelde wordt berekend per APR-DRG, dit is per graad van ernst en per groep van verstrekkingen.

Het systeem van de referentiebedragen is bedoeld om de onverantwoorde verschillen in de praktijkvoering tussen de ziekenhuizen die dezelfde aandoeningen behandelen, weg te werken. Men wil met dat systeem in het bijzonder de praktijkvoering van de medische zorgverleners in de ziekenhuizen standaardiseren of harmoniseren wat betreft de medische of heelkundige aandoeningen die "relatief courant en weinig ernstig" zijn.

Het systeem is ingevoerd in 2002 en heeft al vele wijzigingen ondergaan. De recentste wijzigingen zijn opgenomen in de Gezondheidswet[49]. Er zijn drie belangrijke evoluties op te tekenen:

- Oorspronkelijk werden de referentiebedragen de eerste keer vastgesteld voor 2003. De toepassing van de referentiebedragen voor de jaren 2003 tot 2005 wordt met de nieuwe wijziging opgeheven. Voor die jaren zal geen enkele terugvordering plaatsvinden.
- De referentiebedragen zullen voor de eerste keer worden vastgesteld voor de verblijven van 2006 volgens een gevoelig gewijzigde methode ten gevolge van het verslag van het Kenniscentrum. Deze methode 2006 zal van toepassing zijn op de verblijven 2006, 2007 en 2008.
- Vanaf de verblijven die aflopen na 31 december 2008, wordt de berekeningsmethode van de bedragen opnieuw gewijzigd, voornamelijk om rekening te houden met de opmerkingen en de verbeteringen die door de Multipartitestructuur zijn gedaan en voorgesteld. Die "methode 2009" voorziet voornamelijk in een voorafgaande mededeling van de referentiebedragen en de mechanismen, waardoor een neerwaartse "spiraal" van de referentiebedragen wordt voorkomen.

3. De verstrekkingen

a. Geneesheren

Geneesheer-specialist in de gynaecologie-verloskunde

Vanaf 1 januari 2009 worden farmaceutische specialiteiten die vruchtbaarheidsstoornissen behandelen op forfaitaire wijze terugbetaald[50].
Er worden 3 forfaits gecreëerd:

- voor de cycli bij in-vitrofertilisatie;
- voor de cycli van de "ontvangster" bij eiceldonatie;
- voor de behandelingen inzake ovariële stimulatie en IUI (Intra-uteriene inseminatie).

De gynaecoloog vult voor het bekomen van de tegemoetkoming een welbepaald formulier in dat wordt overgemaakt aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Deze geeft de toelating voor de toekenning van de forfaits. Op het ogenblik van de facturatie moet de gynaecoloog het toelatingsformulier invullen en aan de ziekenhuisapotheker afgeven die dit ter beschikking van de adviserend geneesheer houdt.

---

48 Zie de verklarende RIZIV-brochure: "Het systeem van de referentiebedragen – Nieuwe toepassingsmodaliteiten", december 2008.

49 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 50-52.

50 K.B. van 6 oktober 2008 houdende invoering van een forfaitaire tegemoetkoming voor de behandeling van vruchtbaarheidsstoornissen bij vrouwen, B.S. van 14 oktober 2008 (Ed. 2), p. 55011.

Pediatrie

Vanaf 1 januari 2009 worden de verstrekkingen in verband met de kindergeneeskunde aangepast[51]. De voornaamste wijzigingen zijn de volgende:

- In artikel 13, § 1, wordt een verstrekking nasale CPAP ingevoegd.
- In artikel 20, § 1, wordt de verstrekking veneuze centrale katheter ingevoegd.
- In artikel 25, § 1, wordt de betrekkelijke waarde van het honorarium van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde, die toezicht houdt op de pasgeboren patiënt tijdens zijn overbrenging naar een dienst NIC van een andere verpleeginrichting, verhoogd.
- In datzelfde artikel wordt de verstrekking "toezicht met permanente aanwezigheid van een geneesheer-specialist in de kindergeneeskunde in een N* dienst met het oog op de ondersteuning van en controle op de vitale functies van een pasgeborene in het kader van de voorbereiding voor overbrenging naar een NIC dienst" met toepassingsregel ingevoegd.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

Vanaf 1 januari 2009 worden de verstrekkingen betreffende de kinder- en jeugdpsychiatrie aangepast[52]. De voornaamste wijzigingen zijn de volgende:

- verduidelijkingen betreffende de "mediatietherapie" bij een kind/jongere (art. 2, I en 2, K van de nomenclatuur);
- verduidelijkingen betreffende de individuele psychiatrische evaluatie van een kind/jongere (art. 2, K);
- invoering van een nieuwe prestatie in artikel 25, § 1: de teambespreking (Honorarium voor het pluridisciplinair overleg op de verpleegafdeling onder leiding van de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de psychiatrie, voor een rechthebbende jonger dan 18 jaar gehospitaliseerd in een dienst K, met verslag).

Weefsels van menselijke oorsprong

Met het Koninklijk besluit van 7 december 2008 worden de voorwaarden van tegemoetkoming in de kosten van het afleveren van de weefsels van menselijke oorsprong vastgelegd en wordt de lijst van deze weefsels vastgesteld[53].

- Er worden ten opzichte van de vorige reglementering verduidelijkingen aan de terugbetalingsmodaliteiten aangebracht.
- De lijst van terugbetaalde weefsels wordt aangepast zodat die overeenkomt met de vastgestelde prijzen.

---

51 K.B. van 14 november 2008 tot wijziging, wat sommige pediatrische verstrekkingen betreft, 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 28 november 2008 (Ed. 2), p. 62848 en K.B. van 14 november 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 28 november 2008 (Ed. 2), p. 62851.

52 K.B. van 14 november 2008 tot wijziging van de artikelen 2, I. en K., en 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 28 november 2008 (Ed. 2), p. 62854 en K.B. van 14 november 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 28 november 2008 (Ed. 2), p. 62847.

53 K.B. van 7 december 2008 betreffende de voorwaarden van tegemoetkoming van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in de kosten voor het afleveren van de weefsels van menselijke oorsprong alsmede het vaststellen van de lijst van dergelijke weefsels, B.S. van 22 december 2008 (Ed. 2), p. 67707.

- De lijst is gestructureerd en onderverdeeld volgens de verschillende types erkende weefselbanken die de weefsels mogen verstrekken.
- Naast de aanpassing van de prijzen is er vanaf 1 januari door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid ook voorzien in een gecoördineerde toepassing van de indexatie van de weefsels.
- Voor de weefsels die vanuit het buitenland ingevoerd worden door een erkende weefselbank worden er specifieke codes aangemaakt voor elk weefsel zodat er een duidelijk beeld kan gevormd worden van het aandeel ingevoerde weefsels. De transportkosten tussen de buitenlandse en de Belgische weefselbank worden onder één code verzameld.

Nomenclatuur

Artikel 11: algemene speciale verstrekkingen

- Vanaf 1 februari 2009 wordt een nieuwe verstrekking ingevoegd voor het vullen van een programmeerbare pomp voor intrathecale toediening van medicatie (de baclofen- of morfinepomp)[54].

Artikel 12: anesthesiologie

- Vanaf 1 december 2008 wordt er een cumulverbod ingevoerd voor welbepaalde supplementaire honoraria voor ingrepen op kloppend hart[55].

Artikel 14, c) en e): plastische heelkunde en heelkunde op de thorax
Vanaf 1 december 2008[56]:

- worden er 16 nieuwe verstrekkingen betreffende de conserverende borstheelkunde, de techniek van de schildwachtlymfeklier, de okseluitruiming en de verwijdering van de volledige borstklier toegevoegd;
- worden er 7 verouderde verstrekkingen geschrapt en wordt de omschrijving van 2 verstrekkingen gewijzigd.

Artikel 14, d): heelkunde op het abdomen

- Aangezien een aantal nieuwe specifieke ingrepen voor de heelkundige behandeling van morbide obesitas zijn ingevoerd, moeten deze ook worden toegevoegd aan de lijst die voorziet in de tegemoetkoming van eenvoudige cholecystectomie. Dit gebeurt met ingang van 1 februari 2009[57].

---

54 K.B. van 28 november 2008 tot wijziging van het artikel 11, § 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 22 december 2008, p. 67517.

55 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het artikel 12, § 1, a), van de bijlage bij het Koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verzorging en uitkeringen, B.S. van 9 oktober 2008, p. 53503.

56 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van de artikelen 14, c) en 14, e) 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 10 oktober 2008 (Ed. 2), p. 54292.

57 K.B. van 12 november 2008 tot wijziging van het artikel 14, 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 22 december 2008, p. 67516.

Artikel 14, h): oftalmologie

- Vanaf 1 december 2008 wordt er een nieuwe verstrekking ingevoegd onder de paragraaf niet heelkundige behandelingen, therapeutische behandelingen: de intravitreale injectie uitgevoerd in strikt aseptische omstandigheden[58].

Artikel 14, e) en 20, § 1, e): cardiologie
Vanaf 1 januari 2009[59]:

- is het mogelijk tegemoetkoming te verkrijgen voor 2 controles jaarlijks van de pacemaker en voor 3 controles jaarlijks van een ICD. Een extra controle is mogelijk in uitzonderlijke omstandigheden;
- zijn er bijkomende nomenclatuurverstrekkingen voor het plaatsen van elektrodes bij een defibrillator of pacemaker.
- wordt de verstrekking via mediastinoscopie geschrapt.

Artikel 20: inwendige pathologie

- Vanaf 1 december 2008 wordt er een nieuwe verstrekking ingevoegd voor het meten van de infusiestroom in de arterioveneuze A-V-shunt tijdens de uitvoering van een hemodialyse. Die maatregel wordt gerealiseerd via een methode waarbij ultrasonen worden gebruikt[60].

Artikel 20, § 1, c): gastro-enterologie

- Vanaf 1 februari 2009 worden twee nieuwe verstrekkingen ingevoegd die toelaten de polypectomie ambulant uit te voeren[61].

Artikel 20, § 1, g): reumatologie

- Vanaf 1 februari 2009 wordt een nieuwe verstrekking opgenomen[62]: "Standaardevaluatie van het actief ziekteproces, de evolutie en de prognose, door de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor reumatologie, bij een patiënt met chronisch inflammatoir reumatisch lijden, met behandelingsplan en schriftelijk verslag aan de huisarts". Dit is een valorisatie van de tijds- en intellectuele investering van de geaccrediteerde geneesheer-specialist in de reumatologie.

---

58 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het artikel 14, h), § 1, II., 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 9 oktober 2008, p. 53501.

59 K.B. van 17 oktober 2008 tot wijziging van artikelen 14, e), en 20, § 1, e), 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 5 november 2008, p. 58271.

60 K.B. van 18 september 2008 tot wijziging van het artikel 20, § 1, 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 9 oktober 2008, p. 53500.

61 K.B. van 12 november 2008 tot wijziging van het artikel 20, § 1, c), 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 5 december 2008 (Ed. 3), p. 64811 en K.B. van 12 november 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 5 december 2008 (Ed. 3), p. 64813.

62 K.B. van 12 november 2008 tot wijziging van het 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 4 december 2008, p. 63679.

Artikel 24: klinische biologie

- Vanaf 1 februari 2009 wordt de cumulregel geschrapt, die het aantal bijkomende doseringen van glycemie tot maximaal 4 per uur beperkt[63].

b. Tandheelkundigen

Vanaf 1 januari 2009 zal de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd zijn indien de partiële of volledige prothese wordt vervaardigd in minimum 4 fasen tijdens ten minste 3 verschillende zittingen[64]. Hiermee wordt de laatste verplichte fase, de controlefase, geschrapt.
Alle noodzakelijke controlezittingen en elke nazorg wordt voortaan gewaarborgd gedurende een periode van 30 dagen na plaatsing van de prothese[65]. Tijdens deze periode is het verboden om andere verstrekkingen uit de rubriek prothese te attesteren, tenzij herstellingen aan de prothese.

c. Kinesitherapeuten

Artikel 7 van de nomenclatuur wordt gewijzigd met ingang van 1 januari 2009[66]:

- De elementen die moeten worden vermeld in een voorschift kinesitherapie opdat het geldig zou zijn, worden geherformuleerd.
- Er wordt in een exhaustieve lijst opgesomd welke elementen in het kinesitherapeutisch dossier moeten worden bewaard in functie van de pathologische situatie. Dit om deze gegevens op één plaats in de nomenclatuur te bewaren en op andere plaatsen herhalingen te vermijden.

Er wordt een nieuwe interpretatieregel gepubliceerd die de omschrijving van verstrekkingen verricht in een gemeenschappelijke woon- of verblijfplaats, waarvan sprake in artikel 7 van de nomenclatuur, verduidelijkt[67]. Deze is van toepassing vanaf de inwerkingtreding van de betrokken omschrijving, namelijk 1 mei 2002.

d. Verpleegkundigen

Vanaf 1 februari 2009 worden in artikel 8 van de nomenclatuur 2 nieuwe verstrekkingen ingevoegd[68]:

- "Verpleegkundig consult in de thuisverpleging"

---

63 K.B. van 12 november 2008 tot wijziging van de artikelen 3, § 1, A, II, C, I, 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 22 december 2008, p. 67515.

64 Verordening van 3 november 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 november 2008 (Ed. 2), p. 62867.

65 K.B. van 12 november 2008 tot wijziging, wat bepaalde tandheelkundige verstrekkingen betreft, 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 28 november 2008 (Ed. 2), p. 62844.

66 K.B. van 20 oktober 2008 tot wijziging 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 november 2008, p. 57989.

67 Interpretatieregel van 3 november 2008 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 5 december 2008 (Ed.3), p. 64959.

68 K.B. van 15 december 2008 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, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 3), p. 68587.

Deze verstrekking omvat de bepaling van de verpleegkundige gezondheidsproblemen van de patiënt en het formuleren van de zorgdoelen in overleg met de patiënt of zijn onmiddellijke omgeving.
De verpleegkundige gezondheidsproblemen en de zorgdoelen worden opgenomen in een verslag dat bij het verpleegkundige dossier wordt gevoegd.

- "Verwijdering van een verblijfskatheter of van specifiek materiaal dat de toediening van een geneeskundige oplossing in een implanteerbare kamer toelaat".
  Deze verstrekking, die door de thuisverpleegkundige wordt verleend, kan opnieuw worden aangerekend.

e. Bandagisten

Artikel 27 van de nomenclatuur wordt gewijzigd met ingang van 1 januari 2009[69]. Er worden 4 nieuwe verzekeringstegemoetkomingen ingevoerd:

- voor therapeutische elastische beenkousen;
- voor externe borstprothesen in geval van unilaterale agenesie;
- voor twee externe borstprothesen na amputatie van de tweede borst;
- voor ledigbare urinenachtopvangzakjes voor ureterostomiepatiënten die eendelige systemen gebruiken.

f. Verstrekkers van implantaten

Artikel 35 van de nomenclatuur

- Wijziging met ingang van 1 januari 2009 voor wat betreft de gewrichtsprothesen[70]
  - Er worden een aantal nieuwe verstrekkingen ingevoegd voor de enkelprothesen.
  - De tegemoetkoming voor het cement voor de enkelprothese is overgeheveld van artikel 28 naar artikel 35.
- Neurochirurgie en otorinolaryngologie, wijzigingen vanaf 1 februari 2009[71]
  - Invoegen van de verstrekking die voorziet in de tegemoetkoming van het gebruik van cement.
  - De wijze van terugbetaling van BAHa (bone anchored hearing aids) wordt verhoogd.
  - Dezelfde verhoging in de tegemoetkoming wordt toegekend voor de contactpunten voor epithesen.
- Oftalmologie: wijzigingen vanaf 1 februari 2009[72]
  - De verstrekking "externe filter en kleefmateriaal voor tracheale humidificator met metalen behuizing" mag voortaan 5 keer per kalenderjaar worden aangerekend (voorheen was dit 4 keer).
  - Er worden twee nieuwe verstrekkingen ingevoegd voor het gebruik van een implantaat bij het opvullen van het onderste ooglid of van de orbita.
    Ook wordt de terugbetaling van balletjes na enucleatie, verhoogd.

---

69 K.B. van 14 oktober 2008 tot wijziging van artikel 27 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 7 november 2008, p. 58616.

70 K.B. van 12 november 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 27 november 2008, p. 62613.

71 K.B. van 9 december 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 22 december 2008, p. 67518.

72 K.B. van 9 december 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 22 december 2008, p. 67520.

- De terugbetaling van de visco-elastische producten die afzonderlijk gebruikt worden, wordt verlaagd.

Artikel 35*bis* van de nomenclatuur

- Heelkunde op het abdomen en pathologie van het spijsverteringsstelsel
  Vanaf 1 februari 2009 wordt naar aanleiding van de nieuw ingevoegde verstrekkingen in artikel 20, § 1, c) (zie blz. 12) de verstrekking "Lus voor het endoscopisch verwijderen van poliepen of nodulaire letsels in de gastro-intestinale tractus" ingevoegd[73].

Er wordt een nieuwe interpretatieregel gepubliceerd over:

- het aanrekenen van een verstrekking wanneer de opbouw (abutment) vervangen wordt[74];
- de vergoeding van een te vervangen deel van het toestel, geplaatst ter behandeling van spastisch neurogeen blaaslijden[75].

g. Logopedisten

Artikel 36 van de nomenclatuur wordt gewijzigd vanaf 1 december 2008[76]:

- Het aantal bilanzittingen dat per behandelde stoornis kan worden geattesteerd, wordt van 7 naar 5 verminderd.
- Voor de logopedische behandeling van dysfasie wordt de vereiste geneesheer-specialist in de neurologie/neuropsychiatrie als voorschrijver vervangen door een geneesheer-specialist in de pediatrische neurologie.

h. Opticiens

Artikel 30 van de nomenclatuur wordt gewijzigd met ingang van 1 januari 2009[77]:

- Unifocale organische glazen met ontspiegeling worden in twee categorieën van brekingsindex ingevoerd: lage ($\leq$ 1,6) en hoge indexen ($\geq$ 1,6).
- De glazen met hoge brekingsindex vervangen de unifocale lenticulaire organische brilglazen (= 1,49), kraswerend, met optische zone van 40 mm en ontspiegelend.

---

73 K.B. van 12 november 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 5 december 2008 (Ed. 3), p. 64812.

74 Interpretatieregels van 29 mei 2008 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 17 oktober 2008, p. 55579.

75 Interpretatieregels van 24 november 2008 betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, B.S. van 18 december 2008, p. 67088.

76 K.B. van 21 oktober 2008 tot wijziging, wat de logopedische verstrekkingen betreft, 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 31 oktober 2008 (Ed. 3), p. 57909.

77 K.B. van 17 oktober 2008 tot wijziging van artikel 30 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 7 november 2008, p. 58621.

i. Farmaceutische sector

Parenterale voeding

Vanaf 1 november 2008 wordt de leeftijdsgrens voor kinderen die kunnen genieten van een forfaitaire tussenkomst voor een parenteraal voedingsmengsel klaar en duidelijk vastgelegd: tot en met 17 jaar[78].

Botuline toxine A

Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor de behandeling door middel van botuline toxine A van de spaciteit veroorzaakt door hersenverlamming. Deze mogelijkheid wordt verlengd tot 30 juni 2009 tenzij botuline toxine A vóór die datum, krachtens artikel 35*bis*, § 2, van de gecoördineerde Wet, vergoedbaar is voor de indicatie bedoeld in deze overeenkomsten[79].

Revalidatieverstrekkingen

In het kader van de beheersing van de uitgaven in 2009 wordt de indexmassa van de forfaits voor chronische hemodialyse met een bedrag van 2,5 miljoen EUR verminderd[80].

Contraceptiva voor jongeren

Vanaf 2007 werd via een koninklijk besluit voorzien in de experimentele financiering van contraceptiva voor jongeren[81]. Deze financiering wordt nu verlengd voor het jaar 2009[82].

---

78 K.B. van 9 september 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, B.S. van 20 oktober 2008 (Ed. 3), p. 55872.

79 K.B. van 14 november 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 10 augustus 2005 tot vaststelling van de voorwaarden ter verlenging van de overeenkomsten, afgesloten op basis van het Koninklijk besluit van 13 november 2002 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 2°, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de jaren 2002, 2003 en 2004, B.S. van 24 november 2008, p. 62122.

80 K.B. van 9 december 2008 tot wijziging van het Koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71*bis*, §§ 1 en 2, van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, B.S. van 19 december 2008 (Ed. 2), 67250.

81 Zie RIZIV-I.B. 2007/2, p. 199.

82 K.B. van 23 december 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 31 december 2008, p. 69046.

III. Uitkeringsverzekering

1. Herwaardering van bepaalde invaliditeitsuitkeringen vanaf 1 september 2009

Algemene regeling[83]

- Herwaardering van de uitkeringen met 2% (exclusief minima) voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 september 1987 tot 31 augustus 1993 (ziekteduur inbegrepen tussen 15 en 20 jaar).
- Herwaardering van de uitkeringen met 2% (exclusief minima) voor gerechtigden van wie de arbeidsongeschiktheid is aangevangen in de periode van 1 september 2001 tot 31 augustus 2002 (ziekteduur bereikt 6 jaar).

2. Werknemer met een persoon ten laste

Met een Koninklijk besluit van 23 december 2005 werd (o.m.) het dagbedrag van die invaliditeitsuitkering voor zelfstandigen verhoogd[84]. Een gevolg daarvan was dat de echtgeno(o)t(e) of partner van deze, zijn hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast verloor wat gepaard ging met een groter inkomensverlies. Om het effect van die verhoging te neutraliseren, werd artikel 225 van het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 aangevuld met een § 5 dat bepaalt dat wanneer de inkomsten van de persoon ten laste het maximumbedrag overschrijden, enkel omwille van de verhoging van het bedrag van de invaliditeitsuitkeringen door het Koninklijk besluit van 23 december 2005, de gerechtigde de hoedanigheid van gerechtigde met gezinslast behoudt van 1 januari 2006 tot 31 december 2008[85]. Deze termijn is nu verlengd tot 31 december 2009[86].
De nodige uitvoeringsmaatregelen moeten later genomen worden.

3. Moederschapsrust

Ingevolge de mogelijkheid die werd ingevoerd voor werkneemsters om het werk al gedeeltelijk te hervatten vanaf het einde van de moederschapsrust[87], moet de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 worden aangepast. De bepalingen treden in werking vanaf 1 april 2009 en zijn van toepassingen op de bevallingen vanaf deze datum[88].
De nodige uitvoeringsmaatregelen moeten later genomen worden.

4. Vaderschapsverlof

Vaders hebben bij de geboorte van hun kind recht op 10 dagen vaderschapsverlof. Deze verlofdagen kunnen vrij opgenomen worden binnen een periode van 30 dagen vanaf de dag van de bevalling.

---

83 Weerslag van de schommeling van het indexcijfer van de consumptieprijzen op de sociale uitkeringen, B.S. van 7 november 2008, p. 58789.

84 K.B. van 23 december 2005 tot wijziging, wat de hoogte van de invaliditeitsuitkeringen betreft, van het Koninklijk besluit van 20 juli 1971 houdende instelling van een uitkeringsverzekering en een moederschapsverzekering ten voordele van de zelfstandigen en van de meewerkende echtgenoten, B.S. van 30 december 2005 (Ed. 2), p. 57425.

85 Zie RIZIV-I.B. 2006/3, p. 352.

86 K.B. van 21 oktober 2008 tot wijziging van artikel 225, § 5, 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 24 november 2008, p. 62121.

87 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 129-132.

88 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 110-113.

De Programmawet van 22 december 2008 heeft deze termijn verlengd. Vanaf 1 april 2009 kunnen de dagen vaderschapsverlof worden opgenomen binnen de 4 maanden vanaf de dag van de bevalling[89].

IV. Geneeskundige evaluatie en controle

1. Bevoegdheden sociaal controleurs

De sociaal controleurs krijgen door de Wet van 22 december 2008 een nieuwe bevoegdheid, bovenop hun andere bevoegdheden: ze kunnen ook controleren of een werkgever heeft aangegeven dat een uitkeringsgerechtigde werkt. Om die tewerkstelling officieel aan te geven moet een werkgever de nodige sociale documenten, vermeld in het Koninklijk besluit nr. 5 van 23 oktober 1978, volledig en correct invullen[90].

2. Statuut van de adviserend geneesheer

De Gezondheidswet brengt een aantal wijzigingen aan het statuut van de adviserend geneesheer aan[91].

a. Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle

Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle krijgt een nieuwe bevoegdheid: naast het statuut en de bezoldiging van de adviserend geneesheren, stelt het Comité ook de accrediteringsvoorwaarden van de adviserend geneesheren voor aan de Koning.

b. Opdrachten adviserend geneesheer

Artikel 153 van de gecoördineerde Wet, dat de opdrachten van de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen opsomt, wordt grondig gewijzigd. Naast de medische controle over de primaire arbeidsongeschiktheid worden twee bijkomende opdrachten toegevoegd:

- de sociaal verzekerden advies, informatie en sociale begeleiding verlenen, teneinde hen de meest geschikte zorgen en behandelingen tegen de beste prijs te kunnen bieden, rekening houdend met de globale middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;
- de zorgverleners te informeren, teneinde de correcte toepassing van de reglementering voor hen te verduidelijken, ook rekening houdend met de middelen van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Bepaalde taken die geen strikt medische kennis vergen onder leiding en verantwoordelijkheid van de adviserend geneesheren, kunnen toevertrouwd worden aan paramedische en administratieve medewerkers. Dit laat de adviserend geneesheren toe hun medische kennis beter te benutten en een meerwaarde te geven aan hun werk door bijvoorbeeld evaluatieprogramma's te ontwikkelen over de verbruiks- en voorschrijfpraktijken van zorgverleners.
Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle zal vooraf de taken vastleggen die door de adviserend geneesheren zullen mogen uitgevoerd worden, om dubbelgebruik met de opdrachten van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle uit te sluiten.

---

89 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 133-135.

90 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikelen 95 en 96.

91 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 24-28.

In elk geval zal coördinatie steeds noodzakelijk zijn. Daarom wordt een Hoge raad van geneesheren-directeurs ingesteld bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Deze raad zal samengesteld zijn uit geneesheren-directeurs van de verzekeringsinstellingen, de geneesheer-directeur-generaal en de geneesheren-inspecteurs-generaal van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle en zal belast worden met het zoeken naar en het uitschrijven van een georganiseerde aanpak van de respectievelijke opdrachten van iedereen.

c. Accreditering

De toenemende complexiteit van de medische wetenschap vraagt meer permanente vorming van de adviserend geneesheren. Daarom zal de Koning, op voorstel van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, een systeem van accreditering uitwerken, niet alleen voor de adviserend geneesheren, maar ook voor de geneesheren-ambtenaren van het Instituut. Aan het accrediteringssysteem zijn financiële voordelen verbonden, ten laste van de begroting voor de administratiekosten van het RIZIV. Het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan de accreditering van de adviserend geneesheer die zich niet houdt aan de richtlijnen en normen ook intrekken.

3. Terugvordering van ten onrechte aangerekende verstrekkingen

De verzekeringsinstellingen kunnen nu al vrijstelling krijgen van de verplichting bepaalde ten onrechte aangerekende verstrekkingen van geringe waarde terug te vorderen. Bij koninklijk besluit zal voortaan ook kunnen worden bepaald wanneer de verzekeringsinstellingen in behartenswaardige gevallen zullen kunnen afzien van de terugvordering. Dit gebeurt op voorstel van de geneesheer-directeur van de verzekeringsinstelling, die deze gevallen meedeelt aan de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle[92].

De verzekeringsinstellingen moeten kunnen beschikken over de correcte stimuli om onverschuldigd aangerekende verstrekkingen op een optimale manier te kunnen terugvorderen.
Met de invoeging van een nieuw artikel in de gecoördineerde Wet van 14 juli 1994 wordt aan de verzekeringsinstellingen de mogelijkheid gegeven om ten aanzien van zorgverleners die na een waarschuwing onverschuldigde prestaties blijven aanrekenen, een toeslag te vorderen bovenop het onverschuldigde bedrag[93].

4. Geneeskundige controle

Aan de artikelen uit de gecoördineerde Wet die betrekking hebben op geneeskundige controle (art. 139 t.e.m. 158) worden een heel aantal formele wijzigingen aangebracht[94]. Daarnaast zijn de voornaamste nieuwigheden:

a. Tucht

De ambtenaren inspecteurs en controleurs van het RIZIV worden onder hetzelfde tuchtrechterlijk regime geplaatst als alle ambtenaren van niveau A van het RIZIV. Vanaf de inwerkingtreding van deze Wet neemt het Algemeen beheerscomité deze bevoegdheid over van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle.

---

92 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 29.

93 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 30.

94 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikelen 31-46.

b. Procedure

In geval van betwisting en om procedurefouten te vermijden wordt naast de overtreder voortaan ook uitdrukkelijk de mede hoofdelijk aansprakelijke natuurlijke of rechtspersoon ingelicht over de inbreuken die aan de zorgverlener ten laste worden gelegd opdat die zijn verweer zou kunnen voorbereiden wanneer hij in de procedure wordt betrokken.

c. Recht van onderzoek van de DGEC

Het artikel 146*bis*, dat de tussenkomst van het Comité van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle regelt in de overconsumptiedossiers, wordt wetgevingstechnisch verduidelijkt. De tussenkomst is immers anders afhankelijk van het toe te passen toetsingscriterium: overconsumptie ex artikel 73, § 2, (de niet-naleving van de aanbevelingen) en overconsumptie ex artikel 73, § 4 (het niet handelen als een "goede huisvader").

Wanneer het gaat om het voorschrijven van bepaalde farmaceutische specialiteiten (cfr. art. 35*bis,* § 10) boven de drempels bepaald door de indicatoren, en, wanneer het dossier niet zonder gevolg kan afgesloten worden of niet kan afgesloten worden met een waarschuwing, met het Comité het Nationaal college van adviserend geneesheren de opdracht geven, om op basis van een steekproef, een bijkomend onderzoek in te stellen naar het voorschrijfgedrag, vooraleer de leidend ambtenaar de opdracht te geven het dossier aanhangig te maken bij de Kamer van eerste aanleg.

Naast de geneesheren-inspecteurs zijn thans ook de apothekers-inspecteurs en de verpleegkundigen controleurs bevoegd om processen-verbaal van vaststelling op te stellen in overconsumptiedossiers.

V. Administratieve controle

1. Bewijs

Ten gevolge van een wijziging naar aanleiding van de integratie van de kleine risico's in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging van de zelfstandigen kan het bewijs van het onderhoud enkel nog geleverd worden door de inschrijving in het Rijksregister. Dit kan er toe leiden dat sommige kinderen die in België worden onderhouden maar die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, niet meer kunnen worden ingeschreven als kind ten laste.
In het Koninklijk besluit van 3 juli 1996 wordt vanaf 1 januari 2008 ingevoegd dat voor de kinderen die niet zijn ingeschreven in het Rijksregister, het bewijs van het samenwonen uit alle bewijsmiddelen volgt die als dusdanig erkend zijn door de leidend ambtenaar van de Dienst voor administratieve controle[95].

2. Terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties

Vanaf 1 januari 2009 wordt in de strijd tegen de sociale fraude bepaald dat, zelfs in de gevallen waarbij de aansluiting of inschrijving in een verkeerde hoedanigheid kan worden geregulariseerd, de waarde van de verleende prestaties dient te worden terugbetaald indien de inschrijving of aansluiting het gevolg is van bedrieglijke handelingen[96].
De bedoeling is de fraudeur zelf te bestraffen, zonder de rechten van de persoon ten laste in vraag te stellen. Hiertoe werd een nieuw lid toegevoegd aan artikel 164 van de Wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

---

95 K.B. van 12 november 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 27 november 2008, p. 62615.

96 Wet van 22 december 2008 houdende diverse bepalingen (I), B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 229.

3. Eedaflegging

De procedure van eedaflegging voorzien in artikel 175 van de gecoördineerde Wet wordt vereenvoudigd doordat de sociaal inspecteurs voortaan de eed niet meer ten overstaan van de voorzitter van het Comité van de Dienst voor administratieve controle moeten afleggen maar ten overstaan van de administrateur-generaal van het RIZIV[97].

4. Administratieve vereenvoudiging

In het streven naar een grotere administratieve vereenvoudiging, wordt voorzien dat de Koning de bevoegdheid heeft om de archivering van bescheiden en stukken door de verzekeringsinstellingen te regelen[98]. Deze bevoegdheid die opgenomen werd in artikel 163*bis* van de gecoördineerde Wet, zal het mogelijk maken een grotere éénvormigheid te scheppen in de wijze van archivering, en instructies uit te vaardigen die zulke archivering rationaliseren, moderniseren en de controle op de naar behoren bewaarde bescheiden mogelijk maken.

5. Verjaringstermijn

Artikel 174 van de gecoördineerde Wet bepaalt dat de terugvordering van de verzekeringsinstelling van aan de sociaal verzekerde te goeder trouw onverschuldigd betaalde prestaties, verjaart na verloop van twee jaar. Bovenvermeld artikel werd gewijzigd zodat in geval van een juridische of een materiële vergissing van de verzekeringsinstelling bij de betaling van die prestaties de verjaringstermijn teruggebracht wordt tot 1 jaar[99].

---

97 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 97.

98 Programmawet van 22 december 2008, B.S. van 29 december 2008 (Ed. 4), artikel 98.

99 Wet van 19 december 2008 houdende diverse bepalingen inzake gezondheidszorg, B.S. van 31 december 2008 (Ed. 3), artikel 47.