

In de andere gevallen van verlenging van de stage en onverminderd het derde lid, heeft de inschrijving uitwerking voorzover dat de stagiair benoemd wordt de eerste van de volgende maand. »;

2° § 2, tweede lid, wordt vervangen als volgt :

« De anciënniteitsvoorwaarde dient vervuld te zijn op het moment van de inschrijving voor de competentietesting of voor de gecertificeerde opleiding. Niettemin kan de stagiair zich inschrijven in de loop van de laatste maand van zijn stage.

In het geval van de verlenging van de stage ten gevolge van een afwezigheid zoals bedoeld in de artikelen 24, 31, 33, 34 tot 37 en 117 van het koninklijk besluit van 19 november 1998 betreffende de verloven en afwezigheden toegestaan aan de personeelsleden van de rijksbesturen, wordt de inschrijving geacht te gebeuren in de loop van de laatste maand van de stage.

In de andere gevallen van verlenging van de stage en onverminderd het derde lid, heeft de inschrijving uitwerking voorzover dat de stagiair benoemd wordt de eerste van de volgende maand. ».

Opheffings- en slotbepalingen

Art. 15. Voor wat betreft de Federale Overheidsdiensten, waar de aanwijzing van de betrokken functioneel directeur van de stafdienst Personeel en Organisatie nog geen uitwerking heeft op de dag van de inwerkingtreding van dit besluit worden de artikelen 1 tot 3, 5, 7, 8, 1°, 10, 11, 12, 13, 2° tot 4°, 20 en 21, van het koninklijk besluit van 16 november 2001 houdende wijziging van diverse reglementaire bepalingen inzake het statuut van het rijkspersoneel opgeheven.

Art. 16. Voor wat betreft de Federale Overheidsdiensten, waar de aanwijzing van de betrokken functioneel directeur van de stafdienst Personeel en Organisatie nog geen uitwerking heeft op de dag van de inwerkingtreding van dit besluit, wordt artikel 45, 2° en 3° van hetzelfde besluit ingetrokken.

Art. 17. De artikelen 238 en 239 van het koninklijk besluit van 5 september 2002 houdende hervorming van de loopbaan van sommige ambtenaren in de Rijksbesturen worden opgeheven.

Art. 18. Onze Ministers en Onze Staatssecretarissen zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 juli 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Ambtenarenzaken,
C. DUPONT

Dans les autres cas de prolongation du stage et sans préjudice de l'alinéa 3, l'inscription ne produit d'effet que dans la mesure où le stagiaire est nommé le premier jour du mois qui suit. »;

2° le § 2, alinéa 2, est remplacé par les alinéas suivants :

« La condition d'ancienneté doit être remplie au moment de l'inscription à la mesure de compétences ou à la formation certifiée. Toutefois, le stagiaire peut s'inscrire dans le courant du dernier mois de stage.

En cas de prolongation du stage résultant d'une absence visée aux articles 24, 31, 33, 34 à 37 et 117 de l'arrêté royal du 19 novembre 1998 relatif aux congés et absences accordés aux membres du personnel des administrations de l'Etat, l'inscription est censée avoir été faite dans le courant du dernier mois de la période de stage.

Dans les autres cas de prolongation du stage et sans préjudice de l'alinéa 3, l'inscription ne produit d'effet que dans la mesure où le stagiaire est nommé le premier jour du mois qui suit. ».

Dispositions abrogatoires et finales

Art. 15. En ce qui concerne les Services publics fédéraux où la désignation du directeur fonctionnel du service d'encadrement Personnel et Organisation concerné n'a pas encore pris effet le jour de l'entrée en vigueur du présent arrêté, les articles 1^{er} à 3, 5, 7, 8, 1°, 10, 11, 12, 13, 2° à 4°, 20 et 21, de l'arrêté royal du 16 novembre 2001 modifiant diverses dispositions réglementaires en matière de statut des agents de l'Etat sont abrogés.

Art. 16. En ce qui concerne les Services publics fédéraux où la désignation du directeur fonctionnel du service d'encadrement Personnel et Organisation concerné n'a pas encore pris effet le jour de l'entrée en vigueur du présent arrêté, l'article 45, 2° et 3° du même arrêté est rapporté.

Art. 17. Les articles 238 et 239 de l'arrêté royal du 5 septembre 2002 portant réforme de la carrière de certains agents des administrations de l'Etat sont abrogés.

Art. 18. Nos Ministres et Nos Secrétaires d'Etat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre de la Fonction publique,
C. DUPONT

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2006 — 2764

[C - 2006/22695]

6 JULI 2006. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 37, § 2, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999, 10 augustus 2001 en 27 december 2005, en § 3, gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 9 juli 2004 en 27 december 2005, en bij het koninklijk besluit van 21 februari 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen, inzonderheid op artikel 1, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 januari 1998, artikel 2, vervangen bij het koninklijk besluit van 21 maart 2001 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 19 december 2002 en 17 september 2005, en artikel 2bis, vervangen bij het koninklijk besluit van 1 maart 2000 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 21 maart 2001 en 11 december 2001;

Overwegende dat de verhoging van het persoonlijk aandeel voor de specialiteiten die deel uitmaken van een groep specialiteiten met dezelfde ATC-code (4e niveau), die minstens een kopie of een generiek

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2006 — 2764

[C - 2006/22695]

6 JUILLET 2006. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 37, § 2, modifié par les lois du 24 décembre 1999, du 10 août 2001 et du 27 décembre 2005, et § 3, modifié par les lois des 22 décembre 2003, 9 juillet 2004 et 27 décembre 2005, et par l'arrêté royal du 21 février 1997;

Vu l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 1^{er}, modifié par l'arrêté royal du 9 janvier 1998, l'article 2, remplacé par l'arrêté royal du 21 mars 2001 et modifié par les arrêtés royaux des 19 décembre 2002 et 17 septembre 2005, et l'article 2bis, remplacé par l'arrêté royal du 1^{er} mars 2000 et modifié par les arrêtés royaux des 21 mars 2001 et 11 décembre 2001;

Considérant que l'augmentation de l'intervention personnelle pour les spécialités qui font partie d'un groupe de spécialités ayant le même code ATC (4e niveau), comprenant au moins une copie ou un

bevat, een besparingsmaatregel is die geen voorbarig oordeel velt over de verwisselbaarheid van de betrokken specialiteiten, maar dat niettemin de datum van inwerkingtreding van deze verhoging verbonden is met de datum van inwerkingtreding van het referentiet terugbetalings-systeem; dat in dit verband de verschillende mogelijke hypothesen verduidelijkt moeten worden om uiteenlopende interpretaties te vermijden;

Overwegende ook dat de invoering van een forfaitair systeem van verzekeringstegemoetkoming in de kosten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten in de ziekenhuizen, gecombineerd met het behoud van de eis van een machtiging van de adviserend geneesheer voor de niet-geforfaitariseerde specialiteiten van hoofdstuk IV, een fenomeen van verschuiving van de kosten naar de patiënt riskeert te veroorzaken, onder de vorm van zogenaamde voorschriften buiten vergoedbare indicaties, en van facturering van supplementen; dat het bijgevolg verstandig is om de patiënten te beschermen tegen dit eventuele neveneffect, door te eisen dat de voorschrijver aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling meedeelt dat de patiënt niet aan de vereiste voorwaarden voldoet, vooraleer de kost van de afgeleverde specialiteit hem kan worden aangerekend;

Gelet op de adviezen van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 27 maart 2006 en 8 mei 2006;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 18 april 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van begroting van 19 mei 2006;

Gelet op het advies nr. 40.565/1 van de Raad van State, gegeven op 13 juni 2006 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in de kosten van de in het raam van de verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkings, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 januari 1998, wordt vervangen als volgt :

« Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit, wordt verstaan onder :

1° « de wet », de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° « het koninklijk besluit van 21 december 2001 », het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten;

3° « vergoedbare specialiteit », farmaceutische specialiteiten die vergoedbaar zijn in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en waarvan de lijst in bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 opgenomen is;

4° « rechthebbenden die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten », de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede lid, en § 19, van de wet;

5° « grote verpakking », een publiekverpakking die meer dan 60 gebruikseenheden van een farmaceutische specialiteit bevat; worden echter daarin niet inbegrepen, de specialiteiten die onder de vorm van perfusievloeistoffen en -oplossingen, van inhalatieproducten voor nasaal en pulmonair gebruik en van zalven, voorkomen; in een ziekenhuisofficina of een geneesmiddelen depot die gemachtigd is om geneesmiddelen af te leveren aan niet ter verpleging opgenomen personen, wordt de aflevering van meer dan 60 gebruikseenheden gelijkgesteld met de aflevering van een grote verpakking;

6° « gebruikseenheid », enerzijds, de unidosis, en anderzijds, in geval van multidosis, de standaardeenheid, zijnde 1 g, 1 ml of 1 dosis, of 1 l voor zuurstof;

7° « ATC-code » : een uit letters en cijfers samengestelde code die wordt toegekend aan het voornaamste werkzame bestanddeel van een farmaceutische specialiteit in de « Anatomical Therapeutic Chemical Classification », opgesteld onder de verantwoordelijkheid van de « World Health Organisation's Collaborating Center for Drug Statistics Methodology »; die classificatie verloopt in niveaus op basis van de anatomische groep (1e niveau), vervolgens de therapeutische hoofdgroep (2e niveau), de therapeutische en farmacologische subgroep (3e niveau), de chemische, therapeutische en farmacologische subgroep (4e niveau) en ten slotte de subgroep van het chemische bestanddeel (5e niveau);

générique, est une mesure d'économie qui ne préjuge pas de la substituabilité des spécialités concernées, mais que néanmoins, la date d'application de cette augmentation est liée à la date d'application du système de remboursement de référence; qu'il faut à cet égard préciser les différentes hypothèses envisageables pour éviter des interprétations divergentes;

Considérant également que l'introduction d'un régime forfaitaire d'intervention de l'assurance dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables dans les hôpitaux, combinée au maintien de l'exigence d'une autorisation du médecin-conseil pour les spécialités non-forfaitarisées du Chapitre IV, risque de provoquer un phénomène de transfert des coûts vers le patient, sous forme de prescriptions dites hors indications remboursables, et de facturation de suppléments; qu'il est donc prudent de protéger les patients contre cette dérive éventuelle, en imposant au prescripteur d'informer le médecin-conseil de l'organisme assureur que le patient ne satisfait pas aux conditions requises, pour pouvoir mettre à charge de celui-ci le coût de la spécialité administrée;

Vu les avis du Comité de l'assurance soins de santé, donnés les 27 mars 2006 et 8 mai 2006;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 avril 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 19 mai 2006;

Vu l'avis n° 40.565/1 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et des Affaires Sociales et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par l'arrêté royal du 9 janvier 1998, est remplacé comme suit :

« Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, on entend par :

1° « la loi », la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° « l'arrêté royal du 21 décembre 2001 », l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques;

3° « spécialité pharmaceutique », les spécialités pharmaceutiques qui sont remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et dont la liste est reprise en annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001;

4° « bénéficiaires de l'intervention majorée », les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er}, alinéa 2, et § 19, de la loi;

5° « grand conditionnement », un conditionnement public d'une spécialité pharmaceutique qui contient plus de 60 unités d'utilisation; ne sont cependant pas concernées les spécialités qui se présentent sous la forme d'un liquide ou d'une solution à perfusion, d'un produit d'inhalation pour utilisation nasale ou pulmonaire, ou d'une pommade; dans une officine hospitalière ou un dépôt de médicaments qui est habilité à délivrer des médicaments à des personnes non hospitalisées, la délivrance de plus de 60 unités d'utilisation est assimilée à la délivrance d'un grand conditionnement;

6° « unité d'utilisation », soit l'unidosé, soit, en cas de multidosé, l'unité standard, à savoir 1g, 1ml, ou 1 dose, ou 1l pour l'oxygène;

7° « code ATC » : code composé de lettres et de chiffres qui est attribué au principe actif principal d'une spécialité pharmaceutique, suivant l'Anatomical Therapeutic Chemical Classification établie sous la responsabilité du World Health Organisation's Collaborating Center for Drug Statistics Methodology; cette classification se fait par niveaux, sur base du groupe anatomique (1^{er} niveau), puis du groupe thérapeutique principal (2e niveau), du sous-groupe thérapeutique et pharmacologique (3e niveau), du sous-groupe chimique, thérapeutique et pharmacologique (4e niveau), et enfin du sous-groupe de la substance chimique (5e niveau);

8° « een kopie of een generiek », een farmaceutische specialiteit die aan de voorwaarde bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5°, c), 2, van de wet beantwoordt, en die door de letter « C » of « G » in de kolom « Opmerkingen » van de lijst die als bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 opgenomen is.

Art. 2. Artikel 2 van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 21 maart 2001 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 19 december 2002 en 17 september 2005, wordt vervangen als volgt:

« Artikel 2. § 1. Overeenkomstig artikel 37, § 2, van de wet, bestaat het gedeelte van de kostprijs van de farmaceutische specialiteiten dat aangerekend wordt aan de rechthebbende die niet in een verplegingsinrichting is opgenomen, uit:

1° in voorkomend geval, een persoonlijk aandeel gelijk aan het verschil tussen de verkoopprijs aan publiek, BTW inbegrepen, en de basis van tegemoetkoming vastgesteld in uitvoering van artikel 35^{ter} of artikel 35^{quater} van de wet;

2° een persoonlijk aandeel vastgesteld in overeenstemming met de vergoedingscategorie in welke de betrokken farmaceutische specialiteit met toepassing van artikel 35^{bis} van de wet ingeschreven wordt:

a) Categorie A : het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 0 % van de vergoedingsbasis;

b) Categorie B : het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 15 % van de vergoedingsbasis voor de rechthebbenden die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten, en op 25 % van de vergoedingsbasis voor de andere rechthebbenden;

het bedrag van het persoonlijk aandeel wordt echter beperkt tot een maximaal bedrag :

i) indien het gaat om een rechthebbende die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet:

— in principe is het plafond 6,20 EUR voor een gewone verpakking en 9,30 EUR voor een grote verpakking ;

— maar indien een kopie of een generiek zich bevindt onder de specialiteiten die dezelfde ATC-code (4e niveau) hebben, is het plafond 9,30 EUR voor een gewone verpakking en 13,95 EUR voor een grote verpakking;

ii) indien het gaat om een andere rechthebbende :

— in principe is het plafond 9,30 EUR voor een gewone verpakking en 13,95 EUR voor een grote verpakking;

— maar indien een kopie of een generiek zich bevindt onder de specialiteiten die dezelfde ATC-code (4e niveau) hebben, is het plafond 13,95 EUR voor een gewone verpakking en 20,90 EUR voor een grote verpakking;

c) Categorie C : het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 50 % van de vergoedingsbasis;

het bedrag van het persoonlijk aandeel wordt echter beperkt tot een maximaal bedrag :

i) indien het gaat om een rechthebbende die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet :

— in principe is het plafond 9,30 EUR;

— maar indien een kopie of een generiek zich bevindt onder de specialiteiten die dezelfde ATC-code (4e niveau) hebben, is het plafond 13,95 EUR;

ii) indien het gaat om een andere rechthebbende :

— in principe is het plafond 15,49 EUR;

— maar indien een kopie of een generiek zich bevindt onder de specialiteiten die dezelfde ATC-code (4e niveau) hebben, is het plafond 23,24 EUR;

d) Categorie Cs: het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 60 % van de vergoedingsbasis;

e) Categorie Cx : het persoonlijk aandeel wordt vastgesteld op 80 % van de vergoedingsbasis.

8° « une copie ou un générique », une spécialité pharmaceutique qui répond à la condition fixée à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5°, c), 2, de la loi, et qui est désignée par la lettre « C » ou « G » dans la colonne « Observations » de la liste reprise en annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001.

Art. 2. L'article 2 du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 21 mars 2001 et modifié par les arrêtés royaux des 19 décembre 2002 et 17 septembre 2005, est remplacé comme suit :

« Art. 2. § 1^{er}. Conformément à l'article 37, § 2, de la loi, la partie du coût des spécialités pharmaceutiques qui est laissée à charge d'un bénéficiaire non hospitalisé consiste en :

1° le cas échéant, une intervention personnelle égale à la différence entre le prix de vente au public, TVA comprise, et la base de remboursement fixée en application de l'article 35^{ter} ou de l'article 35^{quater} de la loi;

2° une intervention personnelle qui est fonction de la catégorie de remboursement dans laquelle la spécialité pharmaceutique concernée est inscrite en application de l'article 35^{bis} de la loi :

a) Catégorie A : l'intervention personnelle est fixée à 0 % de la base de remboursement;

b) Catégorie B : l'intervention personnelle est fixée à 15 % de la base de remboursement pour les bénéficiaires de l'intervention majorée, et à 25 % de la base de remboursement pour les autres bénéficiaires;

le montant de l'intervention personnelle est cependant plafonné à un montant maximum :

i) s'il s'agit d'un bénéficiaire de l'intervention majorée :

— en principe, le plafond est de 6,20 EUR pour un conditionnement normal et de 9,30 EUR pour un grand conditionnement;

— mais si une copie ou un générique se trouve parmi les spécialités qui ont le même code ATC (4e niveau) que la spécialité concernée, le plafond est de 9,30 EUR pour un conditionnement normal et de 13,95 EUR pour un grand conditionnement;

ii) s'il s'agit d'un autre bénéficiaire :

— en principe, le plafond est de 9,30 EUR pour un conditionnement normal et de 13,95 EUR pour un grand conditionnement;

— mais si une copie ou un générique se trouve parmi les spécialités qui ont le même code ATC (4e niveau) que la spécialité concernée, le plafond est de 13,95 EUR pour un conditionnement normal et de 20,90 EUR pour un grand conditionnement;

c) Catégorie C : l'intervention personnelle est fixée à 50 % de la base de remboursement;

le montant de l'intervention personnelle est cependant plafonné à un montant maximum :

i) s'il s'agit d'un bénéficiaire de l'intervention majorée :

— en principe, le plafond est de 9,30 EUR;

— mais si une copie ou un générique se trouve parmi les spécialités qui ont le même code ATC (4e niveau) que la spécialité concernée, le plafond est de 13,95 EUR;

ii) s'il s'agit d'un autre bénéficiaire :

— en principe, le plafond est de 15,49 EUR;

— mais si une copie ou un générique se trouve parmi les spécialités qui ont le même code ATC (4e niveau) que la spécialité concernée, le plafond est de 23,24 EUR;

d) Catégorie Cs : l'intervention personnelle est fixée à 60 % de la base de remboursement;

e) Catégorie Cx : l'intervention personnelle est fixée à 80 % de la base de remboursement.

De verhoogde plafonds die voorzien zijn voor de farmaceutische specialiteiten die deel uitmaken van een groep specialiteiten met dezelfde ATC-code (4e niveau) zijn van toepassing :

1° voor de ganse groep, vanaf het ogenblik dat de wijzigingen bedoeld in artikel 35ter, § 1, van de wet, die voortvloeien uit de inschrijving van een kopie of een generiek met dezelfde ATC-code (4e niveau) in de lijst opgenomen in bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001, in werking treden;

2° voor elke specialiteit die ingeschreven wordt in de lijst opgenomen in bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001, op het moment van de inschrijving, indien het verhoogde plafond reeds van toepassing is op de rest van de groep met dezelfde ATC-code (4e niveau).

Indien als gevolg van een schrapping van een kopie of een generiek er zich in de groep van specialiteiten met dezelfde ATC-code (4e niveau), waarop het verhoogde plafond is toegepast, geen generiek of kopie meer zou bevinden, wordt de lijst opgenomen in bijlage I van het koninklijk besluit van 21 december 2001 van rechtswege aangepast op het ogenblik van de schrapping, om het bedrag van het persoonlijk aandeel van de specialiteiten van deze groep terug te brengen tot het niveau van het niet verhoogde plafond.

§ 2. Overeenkomstig artikel 37, § 3, van de wet, bestaat het gedeelte van de kostprijs van de farmaceutische specialiteiten dat aangerekend wordt aan de rechthebbende die in een verplegingsinrichting is opgenomen, uit een forfaitair bedrag van 0,62 EUR per dag verpleging.

Dat bedrag dekt zowel het persoonlijk aandeel dat ten laste is van de rechthebbende in uitvoering van artikelen 35ter en 35quater van de wet, als datgene dat hem ten laste is in uitvoering van artikel 35bis van de wet.

Gelet op het onweerlegbare vermoeden voorzien in artikel 80 van het koninklijk besluit van 21 december 2001, mag geen enkele andere som dan dat forfaitair bedrag aangerekend worden aan de rechthebbende voor de geforfaitariseerde specialiteiten bedoeld in artikel 95, § 3, van hetzelfde besluit.

Voor de niet-geforfaitariseerde specialiteiten dekt het forfaitaire bedrag bedoeld in het eerste lid alle sommen die aan de rechthebbende kunnen worden aangerekend, tenzij, indien ten laatste bij de facturering, de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende geïnformeerd wordt van de indicatie voor dewelke de specialiteit voorgeschreven werd en dat er bewijsstukken van beschikbaar zijn, en indien deze indicatie niet vergoedbaar is.

De nadere regelen volgens welke de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen geïnformeerd worden over de indicatie voor dewelke de specialiteit voorgeschreven werd, en de wijze waarop de bewijsstukken meegedeeld worden of ter beschikking worden gesteld, kunnen door het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekten en Invaliditeitsverzekering nader worden bepaald. »

Art. 3. In artikel 2bis van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 1 maart 2000 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 21 maart 2001 en 11 december 2001, worden de woorden « in artikel 2, 2°, a) » vervangen door de woorden « in artikel 2, § 1 ».

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 6 juli 2006.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

Les plafonds augmentés qui sont prévus pour les spécialités pharmaceutiques qui font partie d'un groupe de spécialités ayant le même code ATC (4e niveau), sont d'application :

1° pour tout le groupe, à partir du moment où les modifications visées à l'article 35ter, §1^{er}, de la loi, qui découlent de l'inscription d'une copie ou d'un générique ayant le même code ATC (4e niveau) dans la liste reprise en annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, entrent en vigueur;

2° pour chaque spécialité qui est inscrite dans la liste reprise en annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001, au moment de l'inscription, si le plafond augmenté a déjà été appliqué au reste du groupe des spécialités ayant le même code ATC (4e niveau).

Si suite à la suppression d'une copie ou d'un générique, il n'y aurait plus de copie ou de générique dans le groupe de spécialités ayant le même code ATC (4e niveau) auquel a été appliqué le plafond augmenté, la liste reprise en annexe I à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 est adaptée de plein droit lors de la suppression pour ramener le montant de l'intervention personnelle des spécialités de ce groupe au niveau du plafond non augmenté.

§ 2. Conformément à l'article 37, § 3, de la loi, la partie du coût des spécialités pharmaceutiques qui est laissée à charge d'un bénéficiaire hospitalisé consiste en un montant forfaitaire de 0,62 EUR par jour d'hospitalisation.

Ce montant couvre aussi bien l'intervention personnelle qui est à charge des bénéficiaires en application des articles 35ter et 35quater de la loi, que celle qui est à charge des bénéficiaires en application de l'article 35bis de la loi.

Vu la présomption irréfragable établie par l'article 80 de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, aucune autre somme que ce montant forfaitaire ne peut être portée en compte à charge des bénéficiaires pour les spécialités forfaitarisées visées à l'article 95, § 3, de ce même arrêté.

Pour les spécialités non forfaitarisées, le montant forfaitaire visé à l'alinéa 1^{er} couvre toutes les sommes qui pourraient être portées en compte à charge du bénéficiaire, sauf si, au plus tard au moment de la facturation, le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire est informé, preuves à l'appui, de l'indication pour laquelle la spécialité a été prescrite, et si cette indication est non remboursable.

Les modalités suivant lesquelles les médecins-conseil des organismes assureurs sont informés de l'indication pour laquelle la spécialité est prescrite, et la façon suivant laquelle les éléments de preuve sont communiqués ou tenus à disposition, peuvent être précisés par le Comité de l'assurance de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. »

Art. 3. A l'article 2bis du même arrêté, remplacé par l'arrêté royal du 1^{er} mars 2000 et modifié par les arrêtés royaux des 21 mars 2001 et 11 décembre 2001, les mots « à l'article 2, 2°, a) » sont remplacés par les mots « à l'article 2, § 1^{er} ».

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 6 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE