

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 975

[C — 2010/22182]

16 MAART 2010. — Koninklijk besluit 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

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, artikel 56, § 2, eerste lid, 1°, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op 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;

Overwegende het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 27 november 2009;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, gegeven op 30 november 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 december 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 14 januari 2010;

Gelet op het advies 47.752/2 van de Raad van State, gegeven op 17 februari 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid;

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 2 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, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 december 2007, wordt vervangen als volgt :

« Art. 2. Onder de in artikel 3 vermelde voorwaarden kan tussen het Verzekeringscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en de verzekeringsinstellingen een overeenkomst worden gesloten ter financiering van een specifieke tegemoetkoming in de kosten van de aankoop van contraceptieve middelen door vrouwen tot en met de leeftijd van twintig jaar.

De specifieke tegemoetkoming wordt toegekend voor de middelen die zijn opgenomen op de lijst die volgt als bijlage bij dit besluit. Naast de verkoopprijs aan publiek en de rekenbasis voor de toekenning van de specifieke tegemoetkoming, staan in de kolommen A en B de bedragen van de specifieke tegemoetkoming. Deze tegemoetkoming is het verschil tussen het huidige persoonlijk aandeel van de rechthebbende en een theoretisch persoonlijk aandeel, berekend op basis van de rekenbasis, afhankelijk van de rangschikking in één van de volgende vijf klassen :

— klasse 1 : 0 % van de rekenbasis;

— klasse 2 : 15 % van de rekenbasis met een maximum van 7,20 euro voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en § 19, van de voornoemde gecoördineerde wet die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, en 25 % van de vergoedingsbasis met een maximum van 10,80 euro voor de overige rechthebbenden.

Het theoretisch persoonlijk aandeel van de rechthebbenden wordt vastgesteld op 15 % van de rekenbasis met een maximum van 8,90 euro voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en § 19, van de voornoemde gecoördineerde wet die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, en 25 % van de vergoedingsbasis met een maximum van 13,50 euro voor de overige rechthebbenden indien het een grote verpakking betreft van een farmaceutische specialiteit.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 975

[C — 2010/22182]

16 MARS 2010. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'article 56, § 2, 1°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes

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, l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 1°, remplacé par la loi du 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'article 56, § 2, 1°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes;

Considérant l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, émis le 27 novembre 2009;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, émis le 30 novembre 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 8 décembre 2009;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 14 janvier 2010;

Vu l'avis 47.752/2 du Conseil d'Etat, donné le 17 février 2010, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 2 de l'arrêté royal du 29 janvier 2007 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'assurance peut conclure une convention en application de l'article 56, par. 2, 1°, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, en vue de prolonger le financement expérimental de contraceptifs pour les jeunes, modifié par l'arrêté royal du 20 décembre 2007, est remplacé par ce qui suit :

« Art. 2. Dans les conditions mentionnées à l'article 3, il peut être conclu entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et les organismes assureurs une convention en vue du financement d'une intervention spécifique dans le coût de l'achat de moyens contraceptifs par des femmes jusqu'à l'âge de vingt ans inclus.

L'intervention spécifique est accordée pour les moyens qui sont repris dans la liste qui est annexée au présent arrêté. En plus du prix de vente au public et de la base de calcul pour l'octroi de l'intervention spécifique, figurent dans les colonnes A et B les montants de l'intervention spécifique. Cette intervention est la différence entre l'intervention personnelle du bénéficiaire actuelle et une intervention personnelle théorique, calculée à partir de la base de calcul, multiplié par un pourcentage déterminé, dépendant du classement dans une des cinq classes suivantes :

— classe 1 : 0 % de la base de calcul;

— classe 2 : 15 % de la base de calcul avec un maximum de 7,20 euros pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, et § 19, de la loi coordonnée susvisée et qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance, et 25 % de la base de calcul avec un maximum de 10,80 euros pour les autres bénéficiaires.

L'intervention personnelle théorique des bénéficiaires est fixée à 15 % de la base de calcul avec un maximum de 8,90 euros pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, et § 19, de la loi coordonnée susvisée et qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance, et 25 % de la base de calcul avec un maximum de 13,50 euros pour les autres bénéficiaires s'il s'agit d'un grand conditionnement d'une spécialité pharmaceutique.

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan onder grote verpakking, elke publiekverpakking die meer dan 60 gebruikseenheden bevat, waarbij onder gebruikseenheid wordt verstaan de unidosis of in geval van multidosis de standaardeenheid zijnde 1 dosis.

In geval de ziekenhuisofficina of het geneesmiddelendepot gemachtigd is om geneesmiddelen af te leveren aan niet ter verpleging opgenomen personen, is dit verhoogd persoonlijk aandeel van toepassing indien er meer dan 60 gebruikseenheden worden afgeleverd.

— klasse 3 : 50 % van de rekenbasis met een maximum van 8,90 euro voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en § 19, van de voornoemde gecoördineerde wet die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, en met een maximum van 13,50 euro voor de overige rechthebbenden.

— klasse 4 : 60,00 % van de rekenbasis.

— klasse 5 : 80,00 % van de rekenbasis.

Voor de contraceptieve middelen die ook zijn ingeschreven in de lijst gevoegd in bijlage bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten en die worden afgeleverd in een voor het publiek opengestelde apotheek is de tegemoetkoming echter het verschil tussen het huidige persoonlijk aandeel van de rechthebbende en een theoretisch persoonlijk aandeel, berekend op basis van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) afhankelijk van de rangschikking in één van de volgende vijf klassen :

— klasse 1 : 0 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

— klasse 2 : 1,50 euro vermeerderd met 16 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, § 1, tweede en derde lid, en § 19, van de voornoemde gecoördineerde wet die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming, en 2,50 euro vermeerderd met 27 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) voor de overige rechthebbenden.

Als de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) kleiner is dan 14,38 euro, wordt het theoretisch persoonlijk aandeel vastgesteld op 26,52 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) voor de rechthebbenden die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming genieten, en op 44,20 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) voor de andere rechthebbenden.

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

i) indien het gaat om een rechthebbende die een verhoogde verzekeringstegemoetkoming geniet, is het plafond 7,20 euro voor een gewone verpakking en 8,90 euro voor een grote verpakking;

ii) indien het gaat om een andere rechthebbende, is het plafond 10,80 euro voor een gewone verpakking en 13,50 euro voor een grote verpakking.

— klasse 3 : 5,00 euro vermeerderd met 54 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

Als de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) kleiner is dan 14,38 euro, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 88,39 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

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, is het plafond 8,90 euro;

ii) indien het gaat om een andere rechthebbende, is het plafond 13,50 euro.

— klasse 4 : 6,00 euro vermeerderd met 65 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

Als de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) kleiner is dan 14,38 euro, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 106,07 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

- klasse 5 : 8,00 euro vermeerderd met 86 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

Als de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf) kleiner is dan 14,38 euro, wordt het persoonlijk aandeel vastgesteld op 141,43 % van de vergoedingsbasis (niveau buiten bedrijf).

Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par grand conditionnement, tout conditionnement public qui contient plus de 60 unités d'utilisation, étant entendu qu'on entend par unité d'utilisation l'unidose ou en cas de multidose l'unité standard à savoir 1 dose.

Dans le cas où l'officine hospitalière ou le dépôt de médicaments est habilité à délivrer des médicaments à des personnes non hospitalisées, cette intervention personnelle augmentée est d'application si plus de 60 unités d'utilisation sont délivrées.

— classe 3 : 50 % de la base de calcul avec un maximum de 8,90 euros pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, et § 19, de la loi coordonnée susvisée et qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance, et avec un maximum de 13,50 euros pour les autres bénéficiaires.

— classe 4 : 60 % de la base de calcul.

— classe 5 : 80 % de la base de calcul.

Pour les moyens contraceptifs qui sont également inscrits dans la liste annexée à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions concernant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques et qui sont délivrés dans une officine ouverte au public, l'intervention est cependant la différence entre l'intervention personnelle du bénéficiaire actuelle et une intervention personnelle théorique, calculée à partir de la base remboursement (niveau ex-usine), multiplié par un pourcentage déterminé, dépendant du classement dans une des cinq classes suivantes :

— classe 1 : 0 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

— classe 2 : 1,50 euro augmenté de 16 % de la base de remboursement (niveau ex-usine) pour les bénéficiaires visés à l'article 37, § 1^{er}, alinéas 2 et 3, et § 19, de la loi coordonnée susvisée et qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance, et 2,50 euros augmentés de 27 % de la base de remboursement (ex-usine) pour les autres bénéficiaires.

Si la base de remboursement (niveau ex-usine) est inférieure à 14,38 euros, l'intervention personnelle théorique est fixée à 26,52 % de la base de remboursement (niveau ex-usine) pour les bénéficiaires qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance, et à 44,20 % de la base de remboursement (niveau ex-usine) pour les autres bénéficiaires.

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

i) s'il s'agit d'un bénéficiaire de l'intervention majorée, le plafond est de 7,20 euros pour un conditionnement normal et de 8,90 euros pour un grand conditionnement;

ii) s'il s'agit d'un autre bénéficiaire, le plafond est de 10,80 euros pour un conditionnement normal et de 13,50 euros pour un grand conditionnement.

— classe 3 : 5,00 euros augmentés de 54 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

Si la base de remboursement (niveau ex-usine) est inférieure à 14,38 euros, l'intervention personnelle est fixée à 88,39 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

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, le plafond est de 8,90 euros;

ii) s'il s'agit d'un autre bénéficiaire, le plafond est de 13,50 euros.

— classe 4 : 6,00 euros augmentés de 65 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

Si la base de remboursement (niveau ex-usine) est inférieure à 14,38 euros, l'intervention personnelle est fixée à 106,07 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

- classe 5 : 8,00 euros augmentés de 86 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

Si la base de remboursement (niveau ex-usine) est inférieure à 14,38 euros, l'intervention personnelle est fixée à 141,43 % de la base de remboursement (niveau ex-usine).

De lijst kan om de zes maanden worden aangepast om rekening te houden met nieuwe middelen of met wijzigingen van de verkoopprijs aan publiek en/of rekenbasis. De aanpassing kan onder meer bestaan uit het rangschikken van de producten in een andere vergoedingsklasse. Maandelijks kan het Instituut een lijst publiceren via het netwerk internet op het adres <http://www.riziv.fgov.be> met nieuwe middelen of met wijzigingen van de verkoopprijs aan publiek en/of rekenbasis, in afwachting van de zesmaandelijks aanpassing van de lijst die volgt als bijlage bij dit besluit.

De vrouwen tot en met de leeftijd van twintig jaar hebben recht op de tegemoetkoming op voorlegging van een geneesmiddelenvoorschrift voor een contraceptief middel en van hun SIS-kaart of een daarmee gelijkgesteld attest.

De vrouwen die een contraceptief middel kopen dat niet voorschriftplichtig is, betalen bij de apotheker de volledige verkoopprijs aan publiek en krijgen van de apotheker een formulier «contante betaling», waarmee ze zich tot hun verzekeringsinstelling kunnen wenden om de specifieke tegemoetkoming te bekomen.

De tegemoetkoming is beperkt tot de middelen die door de apotheker aan de vrouw worden afgeleverd.»

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 april 2010.

Art. 3. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 maart 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken
en Volksgezondheid, belast met Maatschappelijke integratie,
Mevr. L. ONKELINX

La liste peut être adaptée tous les six mois afin de tenir compte des nouveaux moyens ou d'une modification du prix de vente au public et/ou de la base de calcul. L'adaptation peut notamment consister en un changement de classe de remboursement des produits. Mensuellement, l'Institut peut publier une liste par l'intermédiaire du réseau internet à l'adresse <http://riziv.fgov.be> avec les nouveaux moyens ou les modifications du prix de vente au public et/ou de la base de calcul, en attendant l'adaptation semestrielle de la liste annexée au présent arrêté.

Les femmes jusqu'à l'âge de 20 ans inclus bénéficient de l'intervention sur présentation d'une prescription médicale d'un moyen contraceptif et de leur carte SIS ou d'une attestation y assimilée.

Les femmes qui achètent un moyen de contraception qui n'est pas soumis à prescription, paient au pharmacien le prix total de vente au public et reçoivent du pharmacien un formulaire «paiement au comptant», avec lequel elles peuvent s'adresser à leur organisme assureur afin d'obtenir l'intervention spécifique.

L'intervention est limitée aux moyens qui sont délivrés à la femme par le pharmacien.»

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} avril 2010.

Art. 3. La Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 16 mars 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale,
Mme L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 976

[C — 2010/22183]

16 MAART 2010. — 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 verplichte 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, artikel 37, § 2, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1999, 27 december 2005 en 27 december 2006, en artikel 37, § 3/2, ingevoegd bij de wet van 23 december 2009;

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 verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen vergoedbare farmaceutische verstrekkingen;

Overwegende het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 27 november 2009;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, gegeven op 30 november 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 december 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 14 januari 2010;

Gelet op het advies 47.750/2 van de Raad van State, gegeven op 17 februari 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 976

[C — 2010/22183]

16 MARS 2010. — 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, l'article 37, § 2, modifié par les lois des 24 décembre 1999, 27 décembre 2005 et 27 décembre 2006, et l'article 37, § 3/2, inséré par la loi du 23 décembre 2009;

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;

Considérant l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, émis le 27 novembre 2009;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, émis le 30 novembre 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 8 décembre 2009;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 14 janvier 2010;

Vu l'avis 47.750/2 du Conseil d'Etat, donné le 17 février 2010, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;