

Dienst voor
geneeskundige verzorging

**OVEREENKOMST TUSSEN DE VERPLEEGINRICHTINGEN
EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN
AFGESLOTEN OP 24 JANUARI 1996**

GECOORDINEERDE TEKST 08.07.2002/2

Elementen :

1. De Eerste (16.12.1996), Tweede (28.01.1998) en Derde (10 mei 2001) wijzigingsclausule bij de overeenkomst.
De Vierde (8 juli 2002) wijzigingsclausule bij de overeenkomst met o.a. de nominatieve lijsten met de wijzigingen in toepassing van artikel 64bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en in toepassing van Bijlage 3, punt 6 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.
2. Omzendbrieven van
 - 25.03.1999 (1999/2) m.b.t. de aanrekening van de prestatie coronarografie in daghospitalisatie (464133 – 464144) en de wijziging van de nomenclatuur op 01.11.1998 (432331 – 432342);
 - 26.06.1999 (1999/5) m.b.t. het aanrekenen van prestaties in daghospitalisatie (equivalenties);
 - 14.11.2001 (2001/6) m.b.t. het honorarium van de vroedvrouwen voor bepaalde verstrekkingen die in het weekend of op feestdagen worden verleend.
3. Het KB van 8 november 1999 en het KB van 9 juli 2000 betreffende het viscerosynthesemateriaal.
4. Wijzigingen in toepassing van het KB van 12 augustus 2000 wat de forfaitaire dagprijzen in algemene ziekenhuizen betreft.
5. Aanpassing van de nominatieve lijst aan de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen op 24 september 2002.

Eerste artikel.

Deze overeenkomst omschrijft de betrekkingen tussen de verpleeginrichtingen, de verzekeringsinstellingen en de rechthebbenden zoals die zijn voorzien in artikel 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 2.

De betaling van het bedrag per opname in een ziekenhuis, zoals vastgesteld door de bevoegde minister, is verschuldigd voor elke eerste dag ziekenhuisverpleging die ten minste één nacht behelst, d.w.z. een opname die plaatsvindt vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags. Dit bedrag per opname is eveneens verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 6. (lijst A) van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen. Dit bedrag per opname is niet verschuldigd bij een opname in een Sp-dienst voor palliatieve zorg en in een eenheid voor de behandeling van zware brandwonden.

De betaling van het bedrag per verpleegdag, zoals vastgesteld door de bevoegde minister, is verschuldigd voor elke dag ziekenhuisverpleging die ten minste één nacht behelst, d.w.z. een dag die aanvangt voor middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags. Dit bedrag per verpleegdag is eveneens verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 6. (lijst A) van het hiervoor genoemde koninklijk besluit van 25 april 2002.

In geval tijdens dezelfde dag en in hetzelfde ziekenhuis een opname in de chirurgische daghospitalisatie al dan niet onmiddellijk wordt gevolgd door een opname in het ziekenhuis, is voor die dag slechts éénmaal het bedrag per opname en slechts éénmaal het bedrag per verpleegdag verschuldigd.

De dag van opname en de dag van ontslag worden samen voor één dag ziekenhuisverpleging gerekend, behalve in de gevallen waarin de volgende voorwaarden samen zijn vervuld : opname van de rechthebbende vóór 12 uur de dag van zijn opname en vertrek van de rechthebbende na 14 uur de dag van zijn ontslag.

Indien een rechthebbende evenwel de dag zelf van zijn opname overlijdt, is de betaling van één dag ziekenhuisverpleging verschuldigd voor zowel het bedrag van de opname als dat van de verpleegdag.

In geval van toekenning van weekeindverlof of verlof naar aanleiding van een wettelijke feestdag mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend wanneer de rechthebbende de verpleeginrichting verlaat na 14 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend wanneer de rechthebbende vóór 12 uur in de verpleeginrichting terugkomt.

Artikel 3.

§ 1. Voor de rechthebbende, opgenomen in een gemeenschappelijke kamer zijn de bedragen verschuldigd zoals bedoeld in artikel 2.

§ 2. Als de rechthebbende geëist heeft in een tweepersoonskamer of in een eenpersoonskamer te worden opgenomen zonder dat zijn gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen, kunnen supplementen bovenop de bedragen zoals bedoeld in artikel 2 worden aangerekend onder de voorwaarden opgenomen in artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Artikel 4.

§ 1. De in de §§ 3 (miniforfait), 4 (maxiforfait) en 5 (dagziekenhuisfunctie) vastgestelde bedragen zijn verschuldigd in de situaties die zijn bedoeld in dezelfde paragrafen, en dit onder de volgende voorwaarden :

- de opneming geeft geen aanleiding tot een ziekenhuisverblijf met overnachting, ongeacht de duur van het verblijf,
- en er wordt daadwerkelijk gebruik gemaakt van een operatiezaal die voldoet aan de normen van een erkende dienst voor diagnose en voor heelkundige behandeling (kenletter C),
en/of
er wordt gebruik gemaakt van de spoedgevallendienst,
en/of
de zieke bezet daadwerkelijk een ziekenhuisbed,
en/of
de zieke wordt behandeld in de functie van de chirurgische daghospitalisatie, erkend in uitvoering van de wet op de ziekenhuizen,
- en de opneming gebeurt niet in de wacht- en onderzoekkamers en de lokalen van een poliklinische raadplegingsdienst van het ziekenhuis,
- en de opneming wordt niet onmiddellijk gevolgd door een voorziene ziekenhuisverpleging in dezelfde verpleeginrichting,
- en indien bij de opneming naar aanleiding van een verstrekking die opgenomen is in § 5 een overnachting is aangewezen, moet hiervoor een procedure voorzien zijn, zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 25 november 1997 waarbij sommige bepalingen van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, toepasselijk worden verklaard op de functie «chirurgische daghospitalisatie».

De cumul van het bedrag zoals bedoeld in § 3 van dit artikel en de bedragen zoals bedoeld in artikel 2 is niet mogelijk.

De bedragen waarin is voorzien in de §§ 4 (maxiforfait), 5 (dagziekenhuisfunctie) en 7 (gipskamer) zijn niet verschuldigd tijdens een periode van ziekenhuisverpleging in een ziekenhuis, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen, de Sp-diensten en de G-diensten voor zover de beide laatste diensten geen deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis.

De bedragen voorzien in §§ 4 (maxiforfait) en 5 (dagziekenhuisfunctie) zijn verschuldigd naar aanleiding van de verstrekkingen 355073 - 355084, 453110 - 453121, 453132 - 453143, 453073 - 453084, 453095 - 453106, 453154 - 453165, 453213 - 453224, 464074 - 464085, 464096 - 464100, 464111 - 464122, 464133 - 464144, 589013 - 589024, 589050 - 589061, 589072 - 589083, 589116 - 589120, 589131 - 589142, 589153 - 589164, 589175 - 589186, 589212 - 589223, 589256 - 589260, wanneer de bedoelde ambulante zorgverlening gebeurt voor een rechthebbende, die verpleegd wordt in een ander ziekenhuis.

Indien voor dezelfde opname van een patiënt meerdere verstrekkingen worden verricht die, zowel aanleiding geven tot het aanrekenen van een bedrag dat voorzien is in § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisfunctie) en/of § 7 (gipskamer), kan enkel het hoogste bedrag in rekening worden gebracht. Indien hiernaast ook nog een prestatie wordt verricht die aanleiding geeft tot het aanrekenen van de bedragen zoals bedoeld in artikel 2 in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 6. (lijst A) van het hiervoor genoemde koninklijk besluit van 25 april 2002, is enkel het bedrag per opname en het bedrag per dag verschuldigd.

§ 2. Het bedrag van het miniforfait zoals bedoeld in § 3 wordt voor de periode van 1 juli 2002 tot 31 december 2002 vastgesteld op het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 3 van de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2002 in rekening kon brengen.

Het bedrag van het maxiforfait zoals bedoeld in § 4 wordt voor de periode van 1 juli 2002 tot 31 december 2002 vastgesteld op het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 4 van de overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2002 in rekening kon brengen.

Het bedrag van het mini- en maxiforfait dat het ziekenhuis op 30 juni 2002 in rekening kan brengen komt, volgens de bepalingen van artikel 4, § 2, 2^{de} lid, § 3 en § 4 van de nationale overeenkomst die geldig is op 30 juni 2002, overeen met respectievelijk de helft van het deel B2 en met het deel B2 dat in het ziekenhuis van toepassing was op 1 november 1998.

Indien het gaat om een nieuw ziekenhuis is het bedrag van het miniforfait gelijk aan 30 % van de prijs per parameter van activiteit van dit ziekenhuis zoals bedoeld in artikel 104ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en is het bedrag van het maxiforfait gelijk aan 60 % van deze prijs per parameter van activiteit.
Het miniforfait en het maxiforfait bedraagt minstens 25 euro.

§ 3. Het miniforfait zoals bedoeld in § 2, is verschuldigd :

- a) in geval van een verstrekking die is vermeld in hoofdstuk I van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage I bij deze overeenkomst;
- b) voor elke toestand waarin dringende verzorging die een opname in ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is. Die verantwoording moet door de inrichting worden verstrekt en wordt geacht door de adviserend geneesheer te zijn goedgekeurd indien deze binnen twee maanden na de facturering geen verzet heeft aangetekend.
- c) voor elke toestand waarin een intraveneuze infusie nodig is.

§ 4. Het maxiforfait zoals bedoeld in § 2 is verschuldigd :

- a) in geval van een verstrekking, die is vermeld in hoofdstuk II van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de hiervoren bedoelde bijlage I;
- b) in geval van een verstrekking, waarvoor een algemene anaesthesie, uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de anaesthesiologie, nodig is;
- c) bij de toediening van een chemotherapeutische medicatie van de vergoedingscategorie A, waarvoor een geneeskundig en verpleegkundig toezicht nodig is, in geval van een om therapeutische reden noodzakelijke intravasculaire infusie of een intracavitare of intravesicale instillatie.

§ 5. Met de bedoeling de ambulante uitvoering in de dagziekenhuisfunctie te stimuleren is bij de volgende verstrekkingen, respectievelijk het forfait A, B, C of D verschuldigd :

- forfait A : 173,53 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel "Forfait A" in de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage II bij deze overeenkomst
- forfait B : 223,10 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel "Forfait B" in de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage II bij deze overeenkomst
- forfait C : 297,47 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel "Forfait C" in de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage II bij deze overeenkomst
- forfait D : 371,84 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel "Forfait D" in de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in de bijlage II bij deze overeenkomst

Deze bijzondere financieringsregeling is van toepassing :

- voor ziekenhuizen, die over een georganiseerde en in de instelling geïntegreerde functie van dagbehandeling beschikken onder de leiding van een geneesheer-specialist en met vastgelegde procedures inzake patiëntselectie, veiligheid, kwaliteitsbewaking, continuïteit, verslaggeving en samenwerking met de diverse medico-technische diensten of voor ziekenhuizen die in toepassing van de wet op de ziekenhuizen erkend zijn voor de functie chirurgische daghospitalisatie;
- bij patiënten, die gedurende een periode van 15 dagen voor of na de bedoelde verstrekking niet in een ziekenhuis verblijven met uitzondering van de chirurgische daghospitalisatie.

§ 6. Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse is het bedrag verschuldigd dat het ziekenhuis, in toepassing van de bepalingen van artikel 4, § 6 van de nationale overeenkomst op 30 juni 2002 in rekening kon brengen. Dit bedrag zal worden aangepast vanaf 1 april 2002 als uit het jaarverslag 2001 van de nederlandstalige en franstalige Belgische vereniging van nefrologie blijkt dat het betrokken ziekenhuis in een andere grootte-orde van alternatieve niervervangende dialysebehandelingen buiten het ziekenhuis kan worden ondergebracht in vergelijking met het jaarverslag 2000.

Indien het gaat om een nieuw ziekenhuis is het bedrag voor hemodialyse gelijk aan 37,18 euro, vermeerderd met 40 % van de prijs per parameter van activiteit van dit ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 104ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (met uitsluiting van de aanvullende bedragen of inhaalbedragen waarin is voorzien in de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, alsmede van de bijkomende toelage waarin is voorzien in artikel 102 van dezelfde wet). Dit bedrag wordt verhoogd, indien het dialysecentrum beschikt over een programma van alternatieve niervervangende behandeling buiten het ziekenhuis (chronische ambulante peritoneale dialyse, collectieve autodialyse buiten een ziekenhuiscampus, hemodialyse thuis), met 22,31 euro, 43,38 euro, 48,34 euro indien respectievelijk $\geq 10\%$ en $< 25\%$, $\geq 25\%$ en $< 35\%$ of ten minste 35% van het totaal aantal patiënten dat onder toezicht staat van dat centrum een alternatieve niervervangende behandeling ondergaat. Dit bedrag bedraagt minimum 111,55 euro en maximum 247,89 euro.

Indien het gaat om een rechthebbende die een hemodialyse ondergaat en die opgenomen is in een klassieke dienst van een verpleeginrichting die is erkend voor het uitvoeren van hemodialyse, is de cumul tussen het bedrag zoals bedoeld in artikel 2 en een tegemoetkoming voor hemodialyse mogelijk; in dat geval bedraagt de tegemoetkoming voor hemodialyse 50% van de in de eerste alinea bedoelde tegemoetkomingen, met een minimum van 86,76 euro.

Indien het gaat om een rechthebbende die is opgenomen in een andere verpleeginrichting die niet erkend is voor het uitvoeren van hemodialyse, kan de verpleeginrichting waar de hemodialyse wordt uitgevoerd een verzekeringstegemoetkoming aanrekenen waarvan het bedrag overeenstemt met de in de eerste alinea bedoelde tegemoetkoming.

§ 7. Ingeval de gipskamer wordt gebruikt onder dezelfde voorwaarden inzake verblijfsduur als die welke zijn vastgesteld in § 1, is een forfaitair bedrag van 22,72 euro gekoppeld aan het spilindexcijfer 103,14 geldend op 1 juni 1999 (basis 1996 = 100), verschuldigd als :

een gipsverband wordt aangelegd

- voor elke breuk of luxatie
- of voor elke orthopedische behandeling
- of voor het nemen van een afgietsel met een betrekkelijke waarde, gelijk aan of hoger dan N 66.

§ 8. De nominatieve lijsten van de verstrekkingen die zijn opgenomen in de bijlage bij deze overeenkomst, worden jaarlijks herzien en bijgewerkt door de Overeenkomstencommissie.

Artikel 4bis.

§ 1. Voor de rechthebbenden behandeld in één van de situaties beschreven in artikel 4, zijn de bedragen vastgesteld in hetzelfde artikel 4, §§ 4, 5, 6 en 7 verschuldigd met uitzondering van deze bedoeld in § 2 van onderhavig artikel.

§ 2. Als de rechthebbende, behandeld wegens één van de situaties bedoeld in artikel 4, §§ 4 en 5, geëist heeft in een tweepersoonskamer of in een éénpersoonskamer te worden verpleegd zonder dat zijn gezondheidstoestand of de technische noodwendigheden van onderzoek, behandeling of toezicht zulks vergen, kunnen supplementen bovenop de bedragen zoals bedoeld in artikel 4 worden aangerekend onder de voorwaarden opgenomen in artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

Artikel 5.

Onverminderd de bepalingen van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen dekken zowel het budget van financiële middelen zoals bedoeld in artikel 87 van dezelfde wet als de bedragen zoals bedoeld in artikel 4 forfaitair alle kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende in de inrichting en uit het verlenen van verzorging aan hem in de verpleeginrichting.

In deze bedragen zijn niet begrepen, de kosten voor de farmaceutische specialiteiten alsmede de honoraria van de zorgverleners in verband met de hierna opgesomde geneeskundige verstrekkingen:

- a) de gewone geneeskundige hulp en de technische verstrekkingen inzake diagnose en behandeling door de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten;

- b) de verzorging door kinesitherapeuten;
- c) de verloskundige verstrekkingen door een vroedvrouw zoals bepaald in art. 9, a) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;
- d) de verstrekkingen zoals bedoeld in hoofdstukken VI en IX van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de medische verbruiksgoederen, de producten voor de zorgverlening en het klein instrumentarium die zijn opgenomen in de lijst zoals bedoeld in artikel 13, 4° van het hiervoor genoemde koninklijk besluit van 25 april 2002;
- e) alle wegens revalidatie en herscholing vereiste verzorging en andere verstrekkingen;
- f) de tandverzorging verleend door een geneesheer stomatoloog (DR) of door andere zorgverleners zoals bepaald in art. 4, § 1 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en de hieraan verbonden verstrekkingen zoals bepaald in art. 5 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Artikel 6.

§ 1. Aan de rechthebbende die is opgenomen in een gemeenschappelijke kamer, mag, ongeacht de dienst en ten vroegste op het moment van de opname, een voorschot worden gevraagd van maximum 150,00 euro. Dit maximum wordt verminderd tot 75,00 euro voor de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging en voor de personen die recht hebben op de verhoogde verzekeringste-gemoetkoming en hun personen ten laste.

Indien de som van zeven maal het persoonlijk aandeel in de verblijfkost geldend voor een gewone gerechtigde van de 2^{de} tot de 8^{ste} dag van zijn opname, zoals bepaald bij art. 1 van het KB van 5 maart 1997 en het forfaitair persoonlijk aandeel in de kostprijs van de terugbetaalbare farmaceutische specialiteiten zoals bepaald bij art. 2b van het KB van 7 mei 1991, verhoogd met het bedrag bepaald bij art. 2, § 3 van het KB van 21 september 1993 en met elk ander na 1 juli 1995 nog wettelijk vast te stellen persoonlijk aandeel in de verpleegdag-prijs het bedrag van 150,00 euro overschrijdt, verbindt de overeenkomstencommissie er zich toe de maxima uit het eerste lid van deze paragraaf op te trekken tot een bedrag dat ten minste gelijk is aan de som bedoeld in deze alinea.

§ 2. Aan de rechthebbende die is opgenomen in een één- of tweepersoonskamer mag een bijkomend voorschot worden gevraagd van maximum zeven maal het bedrag van het supplement voor een één- of tweepersoonskamer.

§ 3. Een nieuw voorschot zoals bepaald in §§ 1 en 2 van dit artikel, mag gevraagd worden bij het begin van elke nieuwe periode van verblijf van zeven dagen.

§ 4. Het saldo van de voorschotten moet worden vereffend aan het loket van de inrichting ingeval bij het ontslag van de rechthebbende de definitieve factuur contant wordt betaald, zoniet wordt het saldo vereffend bij het versturen van het factuur aan de rechthebbende. De terugbetaling van het saldo gebeurt uiterlijk binnen de 3 maanden die volgen op het einde van de maand waarin de rechthebbende uit de instelling werd ontslagen.

§ 5. De onmogelijkheid om het voorschot te betalen kan geen reden zijn om het verblijf van een rechthebbende in een kamer van de verpleeginrichting te weigeren aan de prijs bedoeld in art. 87 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987.

§ 6. Aan de rechthebbende die behandeld wordt in één van de situaties beschreven in art. 4 van onderhavige overeenkomst of in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 6. (lijst A) van het hiervoor genoemde koninklijk besluit van 25 april 2002 mag geen voorschot van welke aard ook worden gevraagd behoudens hij geëist heeft in een één- of tweepersoonskamer verpleegd te worden. In dat geval bedraagt het voorschot maximaal het bedrag van het supplement voor een één- of tweepersoonskamer.

Artikel 7.

§ 1. De inrichting verbindt zich er toe aan de patiënt geen andere kosten aan te rekenen dan :

a) de kosten voorzien in :

- artikel 3, §§ 1 en 2 en artikel 4bis, §§ 1 en 2.
- artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de in het raam van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedbare farmaceutische verstrekkingen.
- het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum.

b) de kosten voorzien in artikel 5, 2° alinea (honoraria).

c) producten en diensten, die geen strikt medische indicatie hebben en die door de patiënt of zijn vertegenwoordiger worden gevraagd. Bij de opname in het ziekenhuis, wordt de patiënt of zijn vertegenwoordiger in kennis gesteld van de lijst van deze producten en diensten met de hiervoor aanrekenbare tarieven.

Voor de levering van producten en diensten en de hiervoor aangerekende tarieven, die niet op deze lijst voorkomen, is het schriftelijk akkoord van de patiënt of zijn vertegenwoordiger vereist.

Het aanrekenen van deze producten en diensten aan de patiënt gebeurt uitsluitend via de factuur in de rubriek «diverse kosten».

§ 2. Voor alle medisch en paramedisch materiaal dient verwezen te worden naar de bestaande wetgeving en reglementering van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu en/of van het RIZIV.

De inrichting verbindt zich ertoe binnen de perken van haar bevoegdheid, ten overstaan van de patiënt zoveel mogelijk transparantie te creëren betreffende deze producten. Daartoe zal de lijst, bedoeld in § 1, c), een alinea bevatten die de patiënt er toe aanzet zich voor wat deze producten betreft, zo volledig mogelijk te informeren.

Artikel 8.

Voor de toepassing van de derdebetalersregeling geldt de reglementering zoals ze is vastgesteld bij het koninklijk besluit van 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 en bij de verordening van 29 december 1986, genomen ter uitvoering van vorengenoemd besluit van 10 oktober 1986.

De facturen van de verpleeginrichtingen worden betaald uiterlijk binnen de twee maand na de maand waarin de verzekeringsinstelling de voor de facturering noodzakelijke documenten, namelijk de papierenfactuur en de magnetische drager, heeft ontvangen. De termijn loopt vanaf de datum van ontvangst die is vermeld op het borderel dat aan de verpleeginrichtingen overgemaakt werd, voor zover die documenten zijn ingediend overeenkomstig de wettelijke en reglementaire bepalingen ter zake en door de verzekeringsinstelling zijn aanvaard.

Als de documenten binnen de door het Verzekeringscomité vastgestelde termijnen door de inrichting zijn opgestuurd, geeft het niet betalen binnen de in de tweede alinea vastgestelde termijn recht op verwijlntresten waarvan de hoegrootheid overeenstemt met het rentetarief van depositofaciliteit van de Europese Centrale Bank, verhoogd met 1,75 %, die is vastgesteld op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt. Die verwijlntresten worden berekend vanaf de eerste dag van de derde maand die volgt op de datum, zoals bedoeld in de tweede alinea.

Die verwijlntresten worden ten laste gelegd bij de administratiekosten van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering als de vertraging is toe te schrijven aan het laattijdig of ontoereikend overmaken van de maandelijkse voorschotten die zijn bedoeld in artikel 202 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 9.

De inrichting verbindt zich ertoe de verzekeringsinstellingen de bescheiden te bezorgen die zij behoeven ter vergoeding van de prijs van de dagen ziekenhuisverpleging en ter controle op de wets-, verordening- of overeenkomstenbepalingen ter zake.

Artikel 10.

De inrichting verbindt zich ertoe de adviserend geneesheren van de verzekeringsinstellingen en de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering toe te laten de bezoeken af te leggen welke zij ter vervulling van hun taak nuttig achten.

Artikel 11.

Onverminderd de wetsbepalingen ter zake is de Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten met de verpleeginrichtingen, bevoegd om uitspraak te doen over alle geschillen welke voortvloeien uit de toepassing van deze overeenkomst.

Het onderzoek van die geschillen kan worden toevertrouwd aan gewestelijke comités ingesteld door de Overeenkomstencommissie die het huishoudelijk reglement opmaakt.

Artikel 12.

§ 1. Ingeval de in deze overeenkomst vastgestelde prijzen en bedragen worden overschreden, is de verpleeginrichting welke tot die overeenkomst is toegetreden, ertoe gehouden aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij wijze van strafbeding een vergoeding te storten gelijk aan driemaal het bedrag van die overschrijding, met een minimum van 125,00 euro.

§ 2. In geval van andere inbreuken dan de onder § 1 bepaalde, is de verpleeginrichting of de verzekeringsinstelling ertoe gehouden aan het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, bij wijze van strafbeding een forfaitaire vergoeding van 125,00 euro te storten.

§ 3. De straffen bepaald onder §§ 1 en 2 van dit artikel worden uitgesproken door de Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten met de verpleeginrichtingen.

Artikel 13.

De begrotingsdoelstelling van de in de artikel 4 van deze overeenkomst voorziene bedragen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordeningsbepalingen die terzake gelden.

Zodra een beduidende overschrijding of risico op een beduidende overschrijding van de begrotingsdoelstelling wordt vastgesteld zullen, bij toepassing van het koninklijk besluit van 5 oktober 1999 tot uitvoering van artikel 51, § 4, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de volgende correctie maatregelen worden toegepast :

- wat de tegemoetkomingen betreft die voorzien zijn in artikel 4, §§ 1, 2, 3, 4, 5 en 7 :
 - bij voorrang selectieve maatregelen, die nog nader moeten worden bepaald;
 - bij ontstentenis van selectieve maatregelen, een lineaire vermindering van de bedragen die zijn voorzien in het artikel 4, §§ 3, 4, 5 en 7;
- wat de tegemoetkoming betreft die voorzien is in artikel 4, § 6 (hemodialyse) :
 - aanpassing van de bepalingen van artikel 4, § 6, derde lid, om de alternatieve dialysevormen extra-muros te stimuleren, door de vermindering van de forfaitaire tegemoetkoming die is voorzien in artikel 4, § 6, eerste lid, als een bepaald aantal dialyses niet plaatsvindt buiten de verplegingsinrichting.
Deze maatregel dient gepaard te gaan met een aanpassing van de erkenningsnormen voor dialysecentra.
- herziening van de percentages die zijn voorzien in artikel 4, § 6, eerste lid;

Artikel 14.

Deze overeenkomst heeft uitwerking met ingang van 1 april 1998. Zij geldt tot 31 december 2000 en wordt niet stilzwijgend verlengd.

Artikel 15.

In afwijking van de bepalingen van artikel 11 heeft de toetreding tot deze overeenkomst door een nieuw erkende verpleeginrichting of door een verpleeginrichting die het voorwerp uitmaakt van een overname of van een fusie, uitwerking vanaf de eerste dag van de maand na die van de kennisgeving aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van de toetreding, door vermelde inrichting, tot deze overeenkomst, behalve wanneer de toetreding plaats heeft binnen de 30 dagen volgend op de ontvangst, door de verpleeginrichting, van deze overeenkomst. In dat geval heeft de toetreding uitwerking vanaf de erkenningdatum, van de datum van overname of de datum van de fusie.