

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 23 octobre 2008.

Art. 3. Notre Ministre des Pensions et Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sont chargés, chacun en ce qui leur concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 5 décembre 2011.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Pensions et des Grandes villes,
M. DAERDEN

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 23 oktober 2008.

Art. 3. Onze Minister van Pensioenen en Onze Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid zijn, ieder wat hen betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 5 december 2011.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Pensioenen en Grote Steden,
M. DAERDEN

De Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2013/22187]

7 MARS 2013. — Arrêté royal fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée pour la fourniture d'avis médicaux consécutive à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même

RAPPORT AU ROI

Sire,

Ce projet d'arrêté royal a comme objectif premier de professionnaliser les avis visés à l'article 3, § 2, 3^o, et § 3, 1^o, et à l'article 4, § 2, 1^o, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. En effet, la loi du 22 mai 2002 précitée prévoit l'obligation pour un médecin traitant, dans les circonstances prévues par la loi, de consulter un autre médecin sur le caractère irréversible de la situation médicale du patient et d'informer ce médecin des raisons de cette consultation.

Pour ce faire, des modalités sont prévues qui permettent de sélectionner des médecins qui, vu leur expérience et leur formation, peuvent être désignés pour donner un tel avis.

Ce projet d'arrêté royal a également pour objectif d'aider les médecins traitants à obtenir un tel avis à la demande du patient. A cet effet, une unité de soutien appelée le pouvoir organisateur est prévue, elle peut faciliter ou établir les contacts entre médecin traitant et médecin consulté.

Enfin le projet d'arrêté royal est destiné à mettre au point un système de rémunération sous forme d'honoraires pour les médecins consultés qui émettent les avis susmentionnés, lorsque tant les médecins que leurs avis satisfont aux normes, qui sont respectivement vérifiées par le pouvoir organisateur et le comité institué auprès du pouvoir organisateur.

Le chapitre 1^{er} définit la terminologie utilisée dans l'arrêté royal.

Le chapitre 2 évoque la possibilité de conclusion, aux conditions stipulées dans ce projet d'arrêté, d'une convention entre le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité — dénommé ci-après le Comité de l'assurance — et le pouvoir organisateur visé dans ce projet d'arrêté.

Le chapitre 3 décrit les missions du pouvoir organisateur et du comité institué auprès de ce pouvoir organisateur. Les missions de ce pouvoir organisateur consistent essentiellement à faciliter l'émission d'un avis médical dans des cas individuels à la suite d'une demande individuelle de fin de vie choisie par le patient lui-même. Le pouvoir organisateur se charge également du paiement des honoraires pour de tels avis aux conditions stipulées dans le projet d'arrêté. Le comité institué auprès du pouvoir organisateur, composé de 12 médecins qui représentent de manière équilibrée les différentes conceptions philosophiques en matière de fin de vie digne, désigne les médecins qui, en vertu de cet arrêté, peuvent obtenir des honoraires pour avoir donné leur avis à la suite d'une demande individuelle de fin de vie choisie par le patient lui-même.

Le chapitre 4 définit la manière dont un médecin traitant peut solliciter auprès du pouvoir organisateur l'avis susmentionné d'un médecin consulté.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2013/22187]

7 MAART 2013. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde

VERSLAG AAN DE KONING

Sire,

Dit ontwerp van koninklijk besluit heeft vooreerst als doelstelling om de adviezen zoals bedoeld in artikel 3, § 2, 3^o en § 3, 1^o en artikel 4, § 2, 1^o van de wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002 te professionaliseren. Voormelde wet van 28 mei 2002 voorziet met name in de verplichting voor een behandelende arts om, in de omstandigheden voorzien in de wet, een andere arts te raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging.

Daartoe wordt voorzien in modaliteiten die toelaten artsen te selecteren die gelet op hun professionele ervaring en opleiding kunnen worden aangeduid om dergelijk advies te verlenen.

Tevens heeft dit ontwerp van koninklijk besluit tot doel om behandelende artsen te ondersteunen bij het bekomen van dergelijk advies op vraag van een patiënt. Daartoe wordt voorzien in een ondersteunende eenheid, de zgn. inrichtende macht, die o.m. het contact tussen behandelende arts en geraadpleegde arts kan bewerkstelligen en faciliteren.

Ten slotte beoogt het ontwerp van koninklijk besluit een vergoedingsstelsel in te stellen onder vorm van honoraria ten voordele van geraadpleegde artsen die voormelde adviezen verlenen wanneer zowel deze artsen als hun adviezen voldoen aan de standaarden die door respectievelijk de inrichtende macht en het comité bij de inrichtende macht worden nagegaan.

Hoofdstuk 1 omschrijft de terminologie die in het koninklijk besluit wordt gebruikt.

Hoofdstuk 2 verwijst naar de mogelijkheid tot het sluiten van een overeenkomst tussen het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering — hierna het Verzekeringscomité genoemd — en de inrichtende macht zoals bedoeld in dit ontwerp besluit en onder de voorwaarden bepaald in dit ontwerp besluit.

Hoofdstuk 3 omschrijft de opdrachten van de inrichtende de macht en het comité ingesteld bij die inrichtende macht. De opdrachten van deze inrichtende macht zijn hoofdzakelijk gericht op het faciliteren van het verlenen van medisch advies in individuele gevallen naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde. Tevens staat de inrichtende macht in voor het uitbetalen van de honoraria voor dergelijke adviezen onder de voorwaarden bepaald in dit ontwerp besluit. Het comité bij de inrichtende macht, dat is samengesteld uit 12 artsen die op evenwichtige wijze de verschillende levensbeschouwelijke opvattingen inzake menswaardig levenseinde vertegenwoordigen, duidt de artsen aan die krachtens dit besluit een honorarium kunnen bekomen voor het verlenen van advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde.

Hoofdstuk 4 bepaalt de modaliteiten onder de welke een behandelende arts bij de inrichtende macht kan verzoeken om het voormeld advies van een geraadpleegde arts.

Le chapitre 5 définit la manière dont le médecin consulté donne un avis au médecin traitant et fait rapport sur cet avis au pouvoir organisateur.

Le chapitre 6 détermine les modalités selon lesquelles une ou plusieurs associations sans but lucratif peuvent poser leur candidature en tant que pouvoir organisateur et les modalités d'appréciation de ces candidatures par le Comité de l'assurance.

Le chapitre 7 fixe les règles de paiement des honoraires par le pouvoir organisateur et l'enveloppe annuelle de financement.

Le chapitre 8 charge le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI de contrôler le respect, par les médecins consultés, des conditions et des dispositions figurant dans ce projet d'arrêté.

Le chapitre 9 arrête les droits et obligations figurant dans la convention entre le pouvoir organisateur et le Comité de l'assurance et fixe la durée de cette convention.

Le chapitre 10 arrête les droits et obligations figurant dans les contrats individuels passés entre le pouvoir organisateur et les médecins consultés.

Le chapitre 11 prévoit la manière dont le pouvoir organisateur rend un rapport intermédiaire sur ses activités aux chambres législatives, aux Ministres de la Justice, des Affaires sociales et de la Santé publique et au Comité de l'assurance.

Vu l'avis du Conseil d'Etat, le projet d'arrêté royal a tout d'abord été adapté dans le sens où dans le préambule, les références à l'article 56, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à l'article 11bis de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, aux articles 2 et 7 de la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs ainsi qu'aux articles 3, §§ 2, 3^o, et 3, 1^o, et 4, § 2, 1^o, de la loi du 22 mai 2002 relative à l'euthanasie ont été supprimées. Seul l'article 56, § 2, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, a été retenu comme fondement juridique.

Cet article prévoit que « Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but d'accorder un remboursement pour des modèles spéciaux de prescription, de dispensation et de paiement de soins de santé à caractère expérimental ».

Le projet d'arrêté royal vise en effet la conclusion d'une convention avec le Comité de l'assurance dans le but de prévoir une intervention de l'assurance obligatoire pour la fourniture d'un avis médical à la suite d'une demande individuelle de fin de vie choisie par le patient.

Cette réglementation n'est pas destinée à durer puisqu'en principe, la convention est conclue pour cinq ans et que conformément à l'article 17 du projet, il peut y être mis fin à tout moment si une des parties ne respecte pas les engagements pris dans le cadre de la convention.

Vu l'avis du Conseil d'Etat, les articles 16 et 20 du projet d'arrêté royal ont également été adaptés. Ces adaptations prévoient une limitation plus stricte encore de la convention dans le temps, limitation fixée comme condition à l'article 56, § 2, 1^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Ces adaptations prévoient plus précisément la suppression de la possibilité de reconduire automatiquement la convention. En application de l'article 16 du projet d'arrêté royal, la convention pourra éventuellement être reconduite par le Comité d'assurance uniquement après évaluation du rapport visé à l'article 20 du projet d'arrêté royal. A cette fin, les délais pour le rapport visé à l'article 20 précité ont été mieux adaptés à la durée de la convention.

En outre, l'article 56, § 2, de la loi coordonnée arrête explicitement que la convention doit être limitée dans le temps ou dans son champ d'application. Le projet d'arrêté royal vise une rémunération, sous la forme d'honoraires, pour les médecins consultés pour des avis demandés à la suite d'une demande individuelle, par le patient, de fin de vie, avis visés aux articles 3, §§ 2, 3^o, et 3, 1^o, et 4, § 2, 1^o, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie. Par conséquent, le champ d'application final est clairement limité puisque la rémunération est uniquement valable pour les avis visés aux articles 3, §§ 2, 3^o, et 3, 1^o, et 4, § 2, 1^o, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie.

Hoofdstuk 5 omschrijft de modaliteiten onder dewelke de geraadpleegde arts advies verleent aan de behandelende arts en omtrent dit advies rapporteert aan de inrichtende macht.

Hoofdstuk 6 bepaalt de nadere regels onder dewelke één of meerdere verenigingen zonder winstoogmerk zich kandidaat kunnen stellen als inrichtende macht alsook de beoordeling van deze kandidaturen door het Verzekeringscomité.

Hoofdstuk 7 bepaalt de regels omtrent de uitbetaling van de honoraria door de inrichtende macht en de jaarlijkse financierings-enveloppe.

Hoofdstuk 8 belast de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV met het toezicht op de naleving van de voorwaarden en bepalingen van dit ontwerp besluit door de geraadpleegde artsen.

Hoofdstuk 9 regelt de rechten en verplichtingen die worden opgenomen in de overeenkomst tussen de inrichtende macht en het verzekeringscomité alsook de duur van deze overeenkomst.

Hoofdstuk 10 regelt de rechten en verplichtingen die worden opgenomen in de individuele contracten tussen de inrichtende macht en de geraadpleegde artsen.

Hoofdstuk 11 voorziet de modaliteiten onder dewelke de inrichtende macht omtrent zijn activiteiten temporeel rapporteert aan de wetgevende kamers, de Ministers van Justitie, Sociale Zaken en van Volksgezondheid en aan het verzekeringscomité.

Gelet op het advies van de Raad van State werd het ontwerp van koninklijk besluit vooreerst aangepast in die zin dat de verwijzing in de aanhef naar het artikel 56, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, het artikel 11bis van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, de artikelen 2 en 7 van de wet van 14 juni 2002 betreffende de palliatieve zorg en de artikelen 3, §§ 2, 3^o en 3, 1^o, en 4, § 2, 1^o, van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie geschrapt werd en enkel artikel 56, § 2, 1^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, als rechtsgrond weerhouden werd.

Dat artikel voorziet « Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben : een tegemoetkoming te verlenen voor bijzondere modellen van voorschrijven, verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter. »

Het ontwerp van koninklijk besluit beoogt namelijk het sluiten van een overeenkomst met het Verzekeringscomité die tot doel heeft een tegemoetkoming van de verplichte verzekering te voorzien voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde.

Deze regeling is niet bedoeld om te blijven duren aangezien de overeenkomst principieel afgesloten wordt voor vijf jaar en overeenkomstig artikel 17 van het ontwerp te allen tijde beëindigd kan worden indien een van de partijen zijn verplichtingen die hij aangaat in het kader van de overeenkomst niet nakomt.

Gelet op het advies van de Raad van State werden tevens de artikelen 16 en 20 van het ontwerp van koninklijk besluit aangepast. Deze aanpassingen voorzien een nog striktere beperking van de overeenkomst in de tijd zoals gestipuleerd als voorwaarde in artikel 56, § 2, 1^o van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Deze aanpassingen voorzien meer bepaald in een schrapping van de mogelijkheid om de overeenkomst automatisch te verlengen. In toepassing van artikel 16 van het ontwerp koninklijk besluit zal de overeenkomst enkel gebeurlijk kunnen worden verlengd door het Verzekeringscomité na evaluatie van de rapportering bedoeld in artikel 20 van het ontwerp koninklijk besluit. Met het oog daarop worden de termijnen inzake rapportage zoals bedoeld in voormeld artikel 20 beter afgestemd op de looptijd van de overeenkomst.

Bovendien bepaalt artikel 56, § 2, van de gecoördineerde wet uitdrukkelijk dat de overeenkomst in tijd of in toepassingsgebied beperkt moet zijn. Het ontwerp van koninklijk besluit beoogt een vergoeding, onder de vorm van honoraria, ten voordele van geraadpleegde artsen voor de aangevraagde adviezen naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde, zoals bedoeld in de artikelen 3, §§ 2, 3^o, en 3, 1^o, en 4, § 2, 1^o, van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie. Het finale toepassingsgebied is bijgevolg duidelijk beperkt aangezien de vergoeding enkel geldt voor de medische adviezen bedoeld in de artikelen 3, §§ 2, 3^o, en 3, 1^o, en 4, § 2, 1^o, van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.

Quant au caractère expérimental de la réglementation, on peut constater qu'en créant un pouvoir organisateur, le projet veille à ce que l'avis médical obligatoire à la suite d'une demande individuelle, par le patient, de fin de vie soit donné par une personne possédant une compétence particulière et l'indépendance indispensable pour ce faire. Ce pouvoir organisateur facilitera en effet la fourniture d'avis médicaux et il se chargera en outre du paiement des honoraires des médecins consultés. La rémunération se fait donc par l'intermédiaire du pouvoir organisateur et non pas via le système de rémunération classique, à savoir un paiement par les organismes assureurs. À cet égard, le modèle de financement proposé est novateur et expérimental. En effet, l'article 56, § 2, 1^o, de la loi coordonnée ne stipule pas que la prestation en soi doit avoir un caractère expérimental : les modalités de financement peuvent être expérimentales, ce qui est clairement le cas dans le projet d'arrêté royal. En outre, le chapitre 11 du projet d'arrêté royal prévoit une évaluation de l'expérience.

Par conséquent, les conditions prévues à l'article 56, § 2, 1^o, de la loi coordonnée sont bel et bien remplies.

J'ai l'honneur d'être,

Sire,
de Votre Majesté,
le très respectueux
et très fidèle serviteur,

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

**AVIS 51.599/2/V DU 23 JUILLET 2012
DE LA SECTION DE LEGISLATION
DU CONSEIL D'ETAT**

Le Conseil d'Etat, section de législation, deuxième chambre des vacations, saisi par la Vice-Première Ministre et Ministre des Affaires sociales, le 26 juin 2012, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté royal « fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée pour la fourniture d'avis médicaux consécutifs à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même », a donné l'avis suivant :

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, tel qu'il est remplacé par la loi du 2 avril 2003, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

1. Le projet examiné vise à permettre le remboursement des avis donnés par les médecins traitants dans le cadre de l'application de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie'.

Selon son préambule, l'arrêté en projet trouverait son fondement légal dans :

« — l'article 56, §§ 1^{er} et 2, 1^o, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994' ;

— l'article 11bis de la loi du 22 août 2002 'relative aux droits du patient' ;

— les articles 2 et 7 de la loi du 14 juin 2002 'relative aux soins palliatifs' ;

— les articles 3, §§ 2, 3^o et 3, 1^o, et 4, § 2, 1^o, de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie' ».

2. L'article 11bis de la loi du 22 août 2002 'relative aux droits du patient', dispose :

« Toute personne doit recevoir de la part des professionnels de la santé les soins les plus appropriés visant à prévenir, écouter, évaluer, prendre en compte, traiter et soulager la douleur ».

Cette disposition ne constitue à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

Wat het experimentele karakter van de regeling betreft, kan vastgesteld worden dat het ontwerp ervoor zorgt dat het verplicht medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde verleend wordt in functie van de bijzondere competentie en de onafhankelijkheid die daarvoor absoluut vereist zijn door de oprichting van een inrichtende macht. Deze inrichtende macht zal namelijk het verlenen van de medische adviezen faciliteren en zal daarnaast ook instaan voor het uitbetalen van de honoraria van de geraadpleegde artsen. De vergoeding gebeurt dus door tussenkomst van de inrichtende macht en niet door het klassieke vergoedingssysteem, met name uitbetaling door de verzekeringstellingen. In dat opzicht is het voorgestelde financieringsmodel innovatief en experimenteel. Uit artikel 56, § 2, 1^o, van de gecoördineerde wet blijkt namelijk niet dat de verstrekking op zich een experimenteel karakter moet hebben : de modaliteiten van financiering kunnen experimenteel zijn, wat in het ontwerp van koninklijk besluit duidelijk het geval is. Bovendien wordt in Hoofdstuk 11 van het ontwerp van koninklijk besluit voorzien in een evaluatie van dat experiment.

De voorwaarden voorzien in artikel 56, § 2, 1^o van de gecoördineerde wet zijn dientengevolge wel degelijk voldaan.

Ik heb de eer te zijn,

Sire,
Van Uwe Majesteit,
de zeer eerbiedige
en zeer trouwe dienaar.

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

**ADVIES 51.599/2/V VAN 23 JULI 2012
VAN DE AFDELING WETGEVING
VAN DE RAAD VAN STATE**

De Raad van State, afdeling Wetgeving, tweede vakantiekamer, op 26 juni 2012 door de Vice-Eerste Minister en Minister van Sociale Zaken verzocht haar, binnen een termijn van dertig dagen, van advies te dienen over een ontwerp van koninklijk besluit « tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde », heeft het volgende advies gegeven :

Aangezien de adviesaanvraag ingediend is op basis van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State, zoals het is vervangen bij de wet van 2 april 2003, beperkt de afdeling Wetgeving overeenkomstig artikel 84, § 3, van de voornoemde gecoördineerde wetten haar onderzoek tot de rechtsgrond van het ontwerp, de bevoegdheid van de steller van de handeling en de te vervullen voorafgaande vormvereisten.

Wat deze drie punten betreft, geeft het ontwerp aanleiding tot de volgende opmerkingen.

1. Het voorliggende ontwerp strekt ertoe de terugbetaling mogelijk te maken van de adviezen verstrekt door de behandelend geneesheren in het kader van de toepassing van de wet van 28 mei 2002 'betreffende de euthanasie'.

Luidens de aanhef van het ontworpen besluit, ontleent dit rechtsgrond aan :

« — artikel 56, §§ 1 en 2, 1^o, van de wet 'betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994' ;

— artikel 11bis van de wet van 22 augustus 2002 'betreffende de rechten van de patiënt' ;

— de artikelen 2 en 7 van de wet van 14 juni 2002 'betreffende de palliatieve zorg' ;

— de artikelen 3, §§ 2, 3^o en 3, 1^o, en 4, § 2, 1^o, van de wet van 28 mei 2002 'betreffende de euthanasie'.

2. Artikel 11bis van de wet van 22 augustus 2002 'betreffende de rechten van de patiënt' bepaalt het volgende :

« Elkeen behoort van de beroepsbeoefenaars in de zorgsector de meest aangepaste zorg te krijgen om de pijn te voorkomen, er aandacht voor te hebben, te evalueren, in aanmerking te nemen, te behandelen en te verzachten. »

Deze bepaling levert duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

3. L'article 2 de la loi du 14 juin 2002 'relative aux soins palliatifs', dispose :

« Tout patient doit pouvoir bénéficier de soins palliatifs dans le cadre de l'accompagnement de sa fin de vie.

Les dispositifs d'offre de soins palliatifs et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale doivent garantir l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients incurables, dans l'ensemble de l'offre de soins. Par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre : l'ensemble des soins apportés au patient atteint d'une maladie susceptible d'entraîner la mort une fois que cette maladie ne réagit plus aux thérapies curatives. Un ensemble multidisciplinaire de soins revêt une importance capitale pour assurer l'accompagnement de ces patients en fin de vie, et ce sur les plans physique, psychique, social et moral. Le but premier des soins palliatifs est d'offrir au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale. Les soins palliatifs tendent à garantir et à optimaliser la qualité de vie pour le patient et pour sa famille, durant le temps qu'il lui reste à vivre ».

L'article 7 de la même loi dispose :

« Tout patient a le droit d'obtenir une information concernant son état de santé et les possibilités des soins palliatifs. Le médecin traitant communique cette information sous une forme et en des termes appropriés, compte tenu de la situation du patient, de ses souhaits et de l'état de ses facultés de compréhension.

Sauf en cas d'urgence, l'accord du patient, donné librement et en connaissance de cause, est requis pour tous les examens ou traitements ».

Ces dispositions ne constituent à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

4. L'article 3, § 2, 3° et § 3, 1°, de la loi du 28 mai 2002 'relative à l'euthanasie', dispose :

« § 2. Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit, préalablement et dans tous les cas :

(...)

3° consulter un autre médecin quant au caractère grave et incurable de l'affection, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient et s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique. Il rédige un rapport concernant ses constatations.

Le médecin consulté doit être indépendant, tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation.

(...)

§ 3. Si le médecin est d'avis que le décès n'interviendra manifestement pas à brève échéance, il doit, en outre :

1° consulter un deuxième médecin, psychiatre ou spécialiste de la pathologie concernée, en précisant les raisons de la consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical, examine le patient, s'assure du caractère constant, insupportable et inapaisable de la souffrance physique ou psychique et du caractère volontaire, réfléchi et répété de la demande. Il rédige un rapport concernant ses constatations. Le médecin consulté doit être indépendant tant à l'égard du patient qu'à l'égard du médecin traitant et du premier médecin consulté. Le médecin traitant informe le patient concernant les résultats de cette consultation ».

L'article 4, § 2, alinéa 2, 1°, de la même loi, dispose :

« Sans préjudice des conditions complémentaires que le médecin désirerait mettre à son intervention, il doit préalablement :

1° consulter un autre médecin quant à l'irréversibilité de la situation médicale du patient, en l'informant des raisons de cette consultation. Le médecin consulté prend connaissance du dossier médical et examine le patient. Il rédige un rapport de ses constatations. Si une personne de confiance est désignée dans la déclaration de volonté, le médecin traitant met cette personne de confiance au courant des résultats de cette consultation.

Le médecin consulté doit être indépendant à l'égard du patient ainsi qu'à l'égard du médecin traitant et être compétent quant à la pathologie concernée ».

Ces dispositions ne constituent à l'évidence pas le fondement légal du projet examiné.

3. Artikel 2 van de wet van 14 juni 2002 'betreffende de palliatieve zorg' bepaalt het volgende :

« Elke patiënt heeft recht op palliatieve zorg bij de begeleiding van het levenseinde.

Een voldoende ruim aanbod van palliatieve zorg en de criteria voor de terugbetaling van die zorg door de sociale zekerheid moeten er borg voor staan dat dit soort zorg voor alle ongeneeslijk zieke patiënten even toegankelijk is, binnen het geheel van het zorgaanbod. Onder palliatieve zorg wordt verstaan : het geheel van zorgverlening aan patiënten waarvan de levensbedreigende ziekte niet langer op curatieve therapieën reageert. Voor de begeleiding van deze patiënten bij hun levenseinde is een multidisciplinaire totaalzorg van essentieel belang, zowel op het fysieke, psychische, sociale als morele vlak. Het belangrijkste doel van de palliatieve zorg is deze zieke en zijn naasten een zo groot mogelijke levenskwaliteit en maximale autonomie te bieden. Palliatieve zorg is erop gericht de kwaliteit van het resterende leven van deze patiënt en nabestaanden te waarborgen en te optimaliseren. »

Artikel 7 van dezelfde wet bepaalt het volgende :

« Elke patiënt heeft recht op informatie over zijn gezondheidstoestand en de mogelijkheden van de palliatieve zorg. De behandelende arts deelt die informatie mee in de vorm en in de bewoordingen die hij passend acht, rekening houdend met de toestand van de patiënt, diens wensen en begripsvermogen.

Behoudens spoedgevallen, is voor alle onderzoeken of behandelingen steeds de vrije en geïnformeerde toestemming van de patiënt vereist. »

Deze bepalingen leveren duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

4. Artikel 3, § 2, 3° en § 3, 1°, van de wet van 28 mei 2002 'betreffende de euthanasie' luidt als volgt :

« § 2. Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf en in alle gevallen :

(...)

3° een andere arts raadplegen over de ernstige en ongeneeslijke aard van de aandoening en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

(...)

§ 3. Indien de arts van oordeel is dat de patiënt kennelijk niet binnen afzienbare tijd zal overlijden, moet hij bovendien :

1° een tweede arts raadplegen, die psychiater is of specialist in de aandoening in kwestie, en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier, onderzoekt de patiënt en moet zich vergewissen van het aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden dat niet gelenigd kan worden, en van het vrijwillig, overwogen en herhaald karakter van het verzoek. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en de eerste geraadpleegde arts. De behandelende arts brengt de patiënt op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging;

Artikel 4, § 2, tweede lid, 1°, van dezelfde wet bepaalt het volgende :

« Onverminderd bijkomende voorwaarden die de arts aan zijn ingrijpen wenst te verbinden, moet hij vooraf :

1° een andere arts raadplegen over de onomkeerbaarheid van de medische toestand van de patiënt en hem op de hoogte brengen van de redenen voor deze raadpleging. De geraadpleegde arts neemt inzage van het medisch dossier en onderzoekt de patiënt. Hij stelt een verslag op van zijn bevindingen. Indien in de wilsverklaring een vertrouwenspersoon wordt aangewezen brengt de behandelende arts deze vertrouwenspersoon op de hoogte van de resultaten van deze raadpleging.

De geraadpleegde arts moet onafhankelijk zijn ten opzichte van zowel de patiënt als de behandelende arts en bevoegd om over de aandoening in kwestie te oordelen; »

Deze bepalingen leveren duidelijk geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

5. L'article 56, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994', dispose :

« Le Comité de l'assurance peut conclure des conventions pour des enquêtes et des études comparatives de certains modèles de dispensation et de financement des soins de santé. Les dépenses y afférentes sont imputées au budget des frais d'administration de l'Institut et sont prises en charge intégralement par le secteur des soins de santé ».

Le projet n'ayant pas pour objet d'organiser une enquête ou une étude comparative, cette disposition ne constitue pas le fondement légal du projet examiné.

6. L'article 56, § 2, 1^o, de la même loi, dispose :

« Dans les conditions à fixer par le Roi et par dérogation aux dispositions générales de la présente loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution, le Comité de l'assurance peut conclure des conventions qui sont limitées dans le temps et/ou dans leur champ d'application et qui ont pour but :

1^o d'accorder un remboursement pour des modèles spéciaux de prescription de dispensation et de paiement de soins de santé à caractère expérimental ».

Cette disposition a été remplacée par la loi du 10 août 2001 portant des mesures en matière de soins de santé. Dans le projet de loi, cette disposition, qui figurait à l'article 29, faisait l'objet du commentaire suivant :

« Cet article apporte des précisions quant à l'application de l'article 56 actuel. À présent, sur la base de cet article, différentes études et expérimentations divergentes sont financées jusqu'à concurrence d'un montant avoisinant le milliard de BEF. Afin de préciser la portée de cet article et le financement des études et projets concernés, le champ d'application de cette disposition a été actualisé. De cette manière, on prévoit également la possibilité de financer des projets de rénovation de soins en ce qui concerne les affections complexes qui requièrent une approche pluridisciplinaire et d'accorder une intervention pour le paiement de vaccins s'inscrivant dans le cadre de programmes nationaux de prévention.

Il est évident que les conventions prévoient la récupération des sommes allouées en cas de non-respect des engagements pris » (1).

L'article 56, § 2, 1^o, de la loi précitée ne peut constituer le fondement légal du projet examiné qu'à la double condition que les conventions à conclure soient limitées « dans le temps et/ou dans leur champ d'application » et que le remboursement porte sur la dispensation de soins de santé « à caractère expérimental » (2). La rencontre de ces conditions justifie qu'il soit dérogé « aux dispositions générales de la (...) loi coordonnée et de ses arrêtés d'exécution ». (3)

En vertu de l'article 16 du projet, la limitation dans le temps de la convention est très hypothétique puisqu'elle est soumise à un régime de renouvellement quinquennal tacite.

Plus fondamentalement, le caractère expérimental fait totalement défaut.

Sur le fond, l'on n'aperçoit pas en quoi rembourser une prestation prévue par la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie' pourrait être qualifié d'expérimental.

Sur la forme, rien dans le dispositif du projet examiné ni dans le dossier soumis à la section de législation du Conseil d'Etat ne laisse transparaître le caractère expérimental du projet (4). Au contraire, le système mis en place est particulièrement complexe, prévoyant notamment la mise en place d'un comité au sein de chaque pouvoir organisateur considéré (article 4), une procédure de sélection des attributaires de la convention relativement longue (articles 8 à 10).

Il est donc manifestement conçu pour durer. En outre, aucun mécanisme d'évaluation d'une expérimentation n'est mis en place.

Il en résulte que l'article 56, § 2, 1^o, de la loi précitée, ne peut constituer le fondement légal du projet examiné.

7. En conclusion, le projet est dépourvu de fondement légal.

La chambre était composée de :

M. Y. Kreins, président de chambre.

Mme M. Baguet et M. J. Vanhaeverbeek, conseillers d'Etat.

M. Chr. Behrendt, assesseur de la section de législation.

Mme B. Vigneron, greffier.

5. Artikel 56, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994' bepaalt het volgende :

« Het Verzekeringscomité kan overeenkomsten sluiten voor onderzoek en vergelijkende studie van bepaalde modellen van verstrekking en financiering van geneeskundige verzorging. De uitgaven die hiermee gepaard gaan worden aangerekend op de begroting voor administratiekosten van het Instituut en integraal ten laste genomen door de tak geneeskundige verzorging ».

Aangezien het ontwerp er niet toe strekt een onderzoek of een vergelijkende studie te organiseren, levert deze bepaling geen rechtsgrond op voor het voorliggende ontwerp.

6. Artikel 56, § 2, 1^o, van dezelfde wet bepaalt het volgende :

« Onder de door de Koning vast te stellen voorwaarden en in afwijking van de algemene bepalingen van deze gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten kan het Verzekeringscomité overeenkomsten afsluiten die in tijd en/of toepassingsgebied beperkt zijn en welke tot doel hebben :

1^o een tegemoetkoming te verlenen voor bijzondere modellen van voorschrijven, verstrekking en betaling van geneeskundige verzorging met een experimenteel karakter ».

Deze bepaling is vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 houdende maatregelen inzake gezondheidszorg'. In het wetsontwerp is bij deze bepaling, die opgenomen was in artikel 29, de volgende toelichting verstrekt :

« Dit artikel verduidelijkt de toepassing van het huidige artikel 56. Thans worden op basis van dit artikel verschillende uiteenlopende studies en experimenten gefinancierd voor een bedrag van circa 1 miljard BEF. Teneinde de draagwijdte van dit artikel en de financiering van de betrokken studies en projecten te preciseren wordt het toepassingsgebied van deze bepaling geactualiseerd. Hierbij wordt o.m. de mogelijkheid voorzien om zorgvernieuwingprojecten te financieren met betrekking tot complexe aandoeningen die een multidisciplinaire aanpak vergen en tussenkomst te verlenen voor de betaling van vaccins in het kader van nationale preventieprogramma's.

Het is evident dat in de overeenkomsten zal worden voorzien dat de toegekende sommen zullen worden teruggevorderd indien de aangegane verbintenissen niet worden gerespecteerd » (1).

Artikel 56, § 2, 1^o, van de voornoemde wet kan alleen rechtsgrond opleveren voor het voorliggende ontwerp op voorwaarde dat de af te sluiten overeenkomsten beperkt zijn « in tijd en/of toepassingsgebied » en de terugbetaling betrekking heeft op verstrekking van geneeskundige verzorging « met een experimenteel karakter » (2). Indien aan die twee voorwaarden is voldaan mag afgeweken worden « van de algemene bepalingen van [de] gecoördineerde wet en haar uitvoeringsbesluiten ». (3)

Zoals blijkt uit artikel 16 van het ontwerp is de beperking in de tijd van die overeenkomst erg onzeker aangezien ze om de vijf jaar stilziggend kan worden verlengd.

Maar belangrijker nog is dat er geen sprake is van enig experimenteel karakter.

Wat de grond betreft is het niet duidelijk in welk opzicht de terugbetaling van een prestatie waarin de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie' voorziet, als experimenteel kan worden beschouwd.

Wat de vorm betreft blijkt nergens uit het dispositief van het voorliggende ontwerp, noch uit het dossier dat aan de afdeling Wetgeving van de Raad van State is overgezonden het experimenteel karakter van het ontwerp (4). Integendeel, de voorgestelde regeling is bijzonder complex, en voorziet onder meer in de oprichting van een comité in elke betrokken « inrichtende macht » (artikel 4) en in een vrij lange procedure voor de selectie van de kandidaten aan wie de overeenkomst wordt toegewezen (artikelen 8 tot 10).

Ze is dus duidelijk bedoeld om te blijven duren. Bovendien wordt nergens in regels voor de evaluatie van een experiment voorzien.

Daaruit volgt dat artikel 56, § 2, 1^o, van de voornoemde wet niet de rechtsgrond kan vormen van het voorliggende ontwerp.

7. Het besluit is dan ook dat er geen rechtsgrond voorhanden is voor het ontwerp.

De kamer was samengesteld uit :

de heer Y. Kreins, kamervoorzitter.

Mevr. M. Baguet en de heer J. Vanhaeverbeek, staatsraden.

de heer Chr. Behrendt, assessor van de afdeling Wetgeving.

Mevr. B. Vigneron, griffier.

Le rapport a été présenté par M. X. Delgrange, premier auditeur chef de section.

(.....)

Le greffier,
B. Vigneron.

Le président,
Y. Kreins.

Notes

(1) *Doc. Parl.*, Chambre, 2000-2001, DOC 50 1322/1, p. 36.

(2) Voir en ce sens, notamment, l'avis 30.757/1 du 10 octobre 2000 sur un projet devenu l'arrêté royal du 22 mai 2001 fixant les conditions dans lesquelles une intervention de l'assurance obligatoire maladie invalidité peut être octroyée dans des projets temporaires et expérimentaux en matière de soins coordonnés par des médecins généralistes; l'avis 37.726/1 du 28 octobre 2004 sur un projet devenu l'arrêté royal du 7 avril 2005 fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée dans le cadre de projets temporaires et expérimentaux concernant la douleur aiguë chez les enfants'.

(3) En ce sens, l'avis 47.207/VR, donné le 22 octobre 2009, sur un projet devenu l'arrêté royal du 19 janvier 2010 modifiant l'arrêté royal du 8 décembre 2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour; l'avis 49.933/2/V du 27 juillet 2011 sur un projet devenu l'arrêté royal du 16 septembre 2011 modifiant l'arrêté royal du 8 décembre 2006 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé en faveur de projets de soins palliatifs de jour'.

(4) Voir en ce sens l'avis 31.490/1 du 10 avril 2001 sur un projet devenu l'arrêté royal du 4 mai 2001 relatif à l'intervention de l'assurance soins de santé dans le cadre d'une campagne de prévention contre l'hépatite B pour l'année 2001; l'avis 47.749/2 à 47.752/2 du 17 février 2010.

7 MARS 2013. — Arrêté royal fixant les conditions auxquelles une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités peut être accordée pour la fourniture d'avis médicaux consécutive à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par le patient lui-même

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, 1^o, modifié par l'arrêté royal du 22 août 2002;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 22 juin 2011;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 18 juillet 2011;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 31 août 2011;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 juin 2012;

Vu l'avis n^o 51.599/2/V du Conseil d'Etat, donné le 23 juillet 2012, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

CHAPITRE 1^{er}. — *Définitions*

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, les définitions suivantes sont prises en considération :

1^o « médecin traitant » : le médecin, désigné par le patient, qui est chargé de sa thérapie et des soins ou le médecin qui, à la demande du patient, est personnellement concerné par une décision individuelle concernant la fin de vie;

2^o « médecin consulté » : le médecin indépendant qui donne un avis à la demande du médecin traitant, comme défini au point 3^o ci-après;

Het verslag werd uitgebracht door de Heer X. Delgrange, eerste auditeur-afdelingshoofd.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst werd nagezien onder toezicht van Heer Y. Kreins.

De griffier,
B. Vigneron.

De voorzitter,
Y. Kreins.

Nota's

(1) *Parl.St.* Kamer 2000-01, nr. 50 1322/1, 36.

(2) Zie in die zin inzonderheid advies 30.757/1 van 10 oktober 2000 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 22 mei 2001 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten met betrekking tot zorgverlening, gecoördineerd door huisartsen; advies 37.726/1 van 28 oktober 2004 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 7 april 2005 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tussenkomst van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering mag worden verleend in tijdelijke en experimentele projecten in verband met acute pijn bij kinderen'.

(3) Zie in die zin advies 47.207/VR, op 22 oktober 2009 verstrekt over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 19 januari 2010 tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 december 2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging; advies 49.933/2/V van 27 juli 2011 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 16 september 2011 tot wijziging van het koninklijk besluit van 8 december 2006 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging voor projecten inzake palliatieve dagverzorging'.

(4) Zie in die zin advies 31.490/1 van 10 april 2001 over een ontwerp dat geleid heeft tot het koninklijk besluit van 4 mei 2001 betreffende de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het kader van een preventiecampagne tegen hepatitis B voor het jaar 2001; advies 47.749/2 tot 47.752/2 van 17 februari 2010.

7 MAART 2013. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming van de verplichte verzekering geneeskundige verzorging en uitkeringen mag worden verleend voor het verstrekken van medisch advies naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelfgekozen levenseinde

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, 1^o, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 22 augustus 2002;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 22 juni 2011;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 18 juli 2011;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 31 augustus 2011;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 18 juni 2012;

Gelet op advies nr. 51.599/2/V van de Raad van State, gegeven op 23 juli 2012, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

HOOFDSTUK 1. — *Definities*

Artikel 1. Voor de toepassing van dit besluit worden de volgende definities in aanmerking genomen :

1^o « behandelende arts » : de door de patiënt aangeduide arts die instaat voor zijn therapie en verzorging of de arts die op verzoek van de patiënt persoonlijk betrokken is bij een individuele beslissing levens-einde;

2^o « geraadpleegde arts » : de onafhankelijke arts die op vraag van de behandelende arts advies geeft zoals hierna onder 3^o gedefinieerd;

3° « avis » : consultation effectuée par un médecin tel que visé à l'article 3, § 2, 3°, et § 3, 1°, et à l'article 4, § 2, 1°, de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie consécutive à une demande individuelle pour une fin de vie choisie par soi-même;

4° « pouvoir organisateur » : l'organisation qui étend ses activités sur l'ensemble du territoire du Royaume, qui prend la forme d'une ou de plusieurs associations sans but lucratif, partie à la convention visée au présent arrêté et qui, dans le cadre de son objectif social, se dévoue pour une fin de vie digne dans le respect absolu de la volonté individuelle du patient atteint d'une maladie incurable, et prend en considération sans acharnement les décisions médicales concernant une fin de vie digne.

CHAPITRE 2. — Introduction

Art. 2. Dans les conditions décrites dans le présent arrêté, le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, ci-après dénommé Comité de l'assurance, peut conclure une convention en appliquant la procédure décrite à l'article 8. Au sein de cette convention, sont déterminées les modalités selon lesquelles, en application de l'article 56, § 2, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, il peut être prévu une intervention financière au bénéfice de ce pouvoir organisateur, afin de rembourser les avis, tels que visés au présent arrêté, demandés par les médecins traitants.

CHAPITRE 3. — Le pouvoir organisateur

Art. 3. Le pouvoir organisateur s'engage dans le cadre de la convention à remplir les missions décrites ci-après :

1° le pouvoir organisateur communique à l'INAMI une liste mise à jour des médecins consultés auxquels les médecins traitants peuvent faire appel via le pouvoir organisateur. Cette liste est mise à jour de manière permanente sur la base des données visées à l'article 4, § 4. Cette liste est mise à la disposition de l'INAMI;

2° le pouvoir organisateur conclut individuellement à cette fin un contrat avec chaque médecin consulté qui a été jugé compétent après l'appréciation visée à l'article 4, § 2, 1°;

3° le pouvoir organisateur évalue l'exécution des contrats individuels qu'il a souscrit avec les médecins consultés et introduit, après avoir mené une réflexion approfondie, les demandes visées à l'article 4, § 2, 2°;

4° le pouvoir organisateur fournit des rapports conformément aux dispositions de l'article 20;

5° le pouvoir organisateur est chargé du paiement des honoraires visés à l'article 11;

6° le pouvoir organisateur tient un registre au sein duquel toutes les demandes d'avis visées à l'article 6 sont enregistrées;

7° le pouvoir organisateur établit le contact tel que visé à l'article 6, alinéa 2;

8° le pouvoir organisateur dispose de son propre secrétariat pour assurer une centralisation et un soutien à toutes les activités dans le cadre de la convention.

Art. 4. § 1^{er}. Il est institué un Comité au sein du pouvoir organisateur.

Ce comité comprend douze membres ayant tous la qualité de médecin. Les différentes conceptions philosophiques en matière de fin de vie digne sont représentées et traduites de manière équilibrée au sein du Comité. Six membres sont désignés par le pouvoir organisateur. Trois membres sont désignés par les organisations coupoles des fédérations pour soins palliatifs : un membre actif au sein respectivement de la Région flamande, de la Région wallonne et de la Région de Bruxelles capitale. Trois membres sont désignés par les organisations représentatives du corps médical. Cette désignation est proportionnelle à leur représentation au sein des organes de l'INAMI.

Le comité établit un règlement d'ordre intérieur qui est soumis à l'approbation du Comité de l'assurance.

§ 2. Ce comité est chargé de :

1° la réception et l'appréciation des demandes individuelles des médecins visant l'inscription sur la liste visée à l'article 3, 1°. La requête contenant la demande d'inscription est introduite par écrit et contient une motivation;

3° « advies » : raadpleging verleend door een arts, zoals bedoeld in artikel 3, § 2, 3°, en § 3, 1°, en artikel 4, § 2, 1°, van de wet betreffende de euthanasie van 28 mei 2002, naar aanleiding van een individueel verzoek voor een zelf gekozen levenseinde;

4° « inrichtende macht » : organisatie die haar activiteiten ontplooit over het gehele grondgebied van het Rijk, en wordt gevormd door één of meerdere verenigingen zonder winstoogmerk die partij is bij de overeenkomst bedoeld in dit besluit, dewelke in het kader van hun maatschappelijk doel ijveren voor een menswaardig levenseinde met absoluut respect voor de individuele wil van de ongeneeslijk zieke patiënt, en daarbij zonder verbeterheid medische beslissingen rond een menswaardig levenseinde in beschouwing nemen.

HOOFDSTUK 2. — Inleiding

Art. 2. Onder de in dit besluit vermelde voorwaarden kan het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, hierna het Verzekeringscomité genoemd, een overeenkomst afsluiten na toepassing van de procedure bedoeld in artikel 8. In deze overeenkomst worden de nadere regels bepaald waaronder, in toepassing van artikel 56, § 2, 1°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, kan worden voorzien in een financiële tussenkomst ten behoeve van die inrichtende macht, teneinde de door de behandelende artsen aangevraagde adviezen bedoeld door dit besluit te vergoeden.

HOOFDSTUK 3. — De inrichtende macht

Art. 3. De inrichtende macht verbindt er zich in het kader van de overeenkomst toe om de hierna omschreven opdrachten te vervullen :

1° de inrichtende macht houdt een up-to-date bijgewerkte lijst bij van geraadpleegde artsen waarop behandelende artsen via de inrichtende macht een beroep kunnen doen. Deze lijst wordt permanent bijgewerkt op basis van de gegevens bedoeld in artikel 4, § 4. Deze lijst wordt ter beschikking gesteld van het RIZIV;

2° de inrichtende macht sluit een individueel contract af met elke geraadpleegde arts die daartoe geschikt werd bevonden na de beoordeling bedoeld in artikel 4, § 2, 1°;

3° de inrichtende macht evalueert de uitvoering van de individuele contracten die zij afsluit met geraadpleegde artsen en dient weloverwogen de aanvragen in bedoeld in artikel 4, § 2, 2°;

4° de inrichtende macht rapporteert overeenkomstig de bepalingen van artikel 20;

5° de inrichtende macht staat in voor de uitbetaling van de honoraria bedoeld in artikel 11;

6° de inrichtende macht houdt een register bij waarin alle aanvragen om advies bedoeld in artikel 6 worden geregistreerd;

7° de inrichtende macht bewerkstelligt het contact bedoeld in artikel 6, tweede lid;

8° de inrichtende macht beschikt over een eigen secretariaat om alle werkzaamheden in het kader van de overeenkomst te centraliseren en te ondersteunen.

Art. 4. § 1. Bij de inrichtende macht wordt een comité ingesteld.

Dit comité telt twaalf leden die allen de hoedanigheid van arts hebben. De verschillende levensbeschouwelijke opvattingen inzake menswaardig levenseinde worden op evenwichtige wijze vertegenwoordigd en vertolkt in het comité. Zes leden worden aangeduid door de inrichtende macht. Drie leden worden aangeduid door de koepelorganisaties van de federaties voor palliatieve zorg : één lid voor de koepelorganisatie actief respectievelijk in het Vlaams Gewest, het Waals Gewest en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Drie leden worden aangeduid door de representatieve artsenorganisaties. Deze aanduiding is evenredig met hun vertegenwoordiging binnen de organen van RIZIV.

Het comité stelt een huishoudelijk reglement op dat ter goedkeuring aan het Verzekeringscomité wordt voorgelegd.

§ 2. Dit comité is belast met :

1° de ontvangst en de beoordeling van de individuele aanvragen van artsen tot inschrijving op de lijst bedoeld in artikel 3, 1°. De aanvraag houdende verzoek tot inschrijving wordt schriftelijk ingediend en is gemotiveerd;

2° la réception et l'appréciation des demandes du pouvoir organisateur visant à la radiation d'un médecin de la liste visée à l'article 3, 1°, dans le cas où ce pouvoir organisateur juge que les dispositions du contrat individuel n'ont pas été respectées. La requête contenant cette demande de radiation est introduite par écrit et contient une motivation;

3° le comité reçoit et enregistre les demandes individuelles des médecins sollicitant la désinscription de la liste visée à l'article 3, 1°.

§ 3. Les demandes visées au paragraphe 2, 1° et 2°, sont appréciées en application des conditions et des procédures décrites au sein du règlement d'ordre intérieur du comité.

§ 4. Le comité porte connaissance immédiatement au pouvoir organisateur de toutes les données qui entraînent une adaptation de la liste visée à l'article 3, 1°.

Art. 5. Les informations relatives au pouvoir organisateur sont publiées sur le site web de l'INAMI.

CHAPITRE 4. — *La demande d'avis*

Art. 6. Les avis visés au présent arrêté pour les patients individuels sont demandés par le médecin traitant, directement au pouvoir organisateur. Le médecin traitant se concerta au préalable avec son patient à ce sujet. Lors de sa demande, le médecin traitant communique, outre toutes les données d'identification utiles du patient en question, si des avis similaires ont déjà été demandés.

Afin de donner l'avis demandé, le pouvoir organisateur établit le contact entre le médecin traitant et le médecin consulté. Le médecin traitant veille à ce que le dossier médical du patient concerné, lequel contient toutes les données utiles pertinentes en fonction de l'avis à donner, soit mis à la disposition du médecin consulté.

CHAPITRE 5. — *Les médecins consultés*

Art. 7. Le médecin consulté donne l'avis demandé dans un délai raisonnable, en tenant compte de la gravité de l'état général du patient et du degré d'urgence tels qu'ils lui ont été communiqués lors de la demande d'avis. Il s'assure au début de ses travaux que le patient est suffisamment informé sur la portée et l'objectif de son intervention et il précise le cas échéant sa mission au patient. Il communique personnellement et dans les délais fixés par contrat, le rapport écrit contenant ses conclusions et ses recommandations au médecin traitant.

Un exemplaire totalement anonymisé de ce même rapport est authentifié et communiqué par le médecin consulté au pouvoir organisateur, ainsi qu'un ensemble de données standardisées en fonction de la rédaction des rapports d'activités annuels succincts visés à l'article 14, § 1^{er}, alinéa 3, et le rapport du pouvoir organisateur visé à l'article 20.

Le contenu et la forme de l'ensemble des données standardisées sont déterminés par le Comité de l'assurance après concertation à ce sujet avec le pouvoir organisateur. L'authentification de l'exemplaire complètement anonymisé se fait sous la forme d'une déclaration sur l'honneur.

L'exemplaire anonymisé du rapport et l'état d'honoraires ont valeur de notification et d'élément de preuve pour le paiement des honoraires par le pouvoir organisateur au médecin consulté.

Chaque médecin consulté qui collabore avec le pouvoir organisateur est tenu de lui communiquer les informations utiles pour le rapport visé à l'article 20.

CHAPITRE 6. — *Attribution de la convention*

Art. 8. Le Comité de l'assurance vérifie la recevabilité des candidatures en application des dispositions suivantes :

1° les candidatures doivent être introduites dans un délai de 90 jours qui suit la publication de l'appel aux candidatures;

2° les candidatures doivent être adressées par lettre recommandée au fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'INAMI;

3° si le pouvoir organisateur est constitué de différentes associations sans but lucratif, il est tenu d'expliquer leurs relations respectives lors de la candidature;

4° le pouvoir organisateur candidat joint à sa demande un modèle de contrat individuel tel que visé à l'article 3, 2°.

2° de ontvangst en de beoordeling van de aanvragen van de inrichtende macht om een arts van de lijst bedoeld in artikel 3, 1°, te schrappen in het geval deze inrichtende macht oordeelt dat de bepalingen van het individueel contract niet worden nageleefd. De aanvraag houdende verzoek tot schrapping wordt schriftelijk ingediend en is gemotiveerd;

3° het comité ontvangt en registreert de individuele aanvragen van artsen om uitschrijving van de lijst bedoeld in artikel 3, 1°.

§ 3. De aanvragen bedoeld in paragraaf 2, 1° en 2°, worden beoordeeld in toepassing van de voorwaarden en procedures vastgesteld in het huishoudelijk reglement van het comité.

§ 4. Het comité stelt de inrichtende macht onmiddellijk in kennis van alle gegevens die een aanpassing van de lijst bedoeld in artikel 3, 1°, teweeg brengen.

Art. 5. Informatie met betrekking tot de inrichtende macht wordt gepubliceerd op de website van het RIZIV.

HOOFDSTUK 4. — *De aanvraag van adviezen*

Art. 6. De in dit besluit bedoelde adviezen ten behoeve van individuele patiënten worden door de behandelende arts rechtstreeks aangevraagd bij de inrichtende macht. De behandelende arts pleegt daarover voorafgaand overleg met zijn patiënt. Ter gelegenheid van zijn aanvraag deelt de behandelende arts, naast alle nuttige identificatiegegevens van de betrokken patiënt, mee of er eerder reeds gelijkaardige adviezen werden aangevraagd.

Teneinde het gevraagde advies te verlenen bewerkstelligt de inrichtende macht het contact tussen de behandelende arts en een geraadpleegde arts. De behandelende arts draagt er zorg voor dat het medisch dossier van de betrokken patiënt, hetwelke alle nuttige gegevens bevat welke relevant zijn in functie van het te verlenen advies, ter beschikking wordt gesteld van de geraadpleegde arts.

HOOFDSTUK 5. — *De geraadpleegde artsen*

Art. 7. De geraadpleegde arts geeft het gevraagde advies binnen een redelijke termijn, waarbij hij rekening houdt met de ernst van de algemene toestand van de patiënt en de graad van hoogdringendheid zoals die hem ter gelegenheid van de aanvraag voor advies werden meegedeeld. Hij vergewist zich bij het begin van zijn werkzaamheden dat de patiënt voldoende geïnformeerd is over de draagwijdte en het doel van zijn tussenkomst en verduidelijkt aan de patiënt in voorkomend geval verder zijn opdracht. Hij deelt binnen de contractueel vastgelegde termijn het schriftelijk verslag met zijn bevindingen en aanbevelingen mee aan de behandelende arts.

Een volledig geanonimiseerd exemplaar van datzelfde verslag wordt door de geraadpleegde arts gewaarmerkt en meegedeeld aan de inrichtende macht, samen met een gestandaardiseerde set van data in functie van het opstellen van de in artikel 14, § 1, derde lid, bedoelde jaarlijkse beknopte activiteitsverslagen en de in artikel 20 bedoelde rapportage door de inrichtende macht.

De inhoud en vorm van de gestandaardiseerde set van data worden bepaald door het Verzekeringscomité na overleg daarvoor met de inrichtende macht. De waarmerking van het volledig geanonimiseerd exemplaar van het verslag heeft de vorm van een verklaring op erewoord.

Het geanonimiseerd exemplaar van het verslag en de honorariumstaat gelden als aanvraag en als overtuigingsstuk voor de uitbetaling door de inrichtende macht van het honorarium aan de geraadpleegde arts.

Elke geraadpleegde arts die samenwerkt met de inrichtende macht is gehouden hem de informatie mee te delen die voor de rapportage bedoeld in artikel 20 dienstig is.

HOOFDSTUK 6. — *Toewijzing van de overeenkomst*

Art. 8. Het Verzekeringscomité gaat de ontvankelijkheid van de kandidaturen na met toepassing van volgende bepalingen :

1° de kandidaturen dienen op straffe van nietigheid te worden ingediend binnen een termijn van 90 kalenderdagen volgend op de publicatie van de oproep tot kandidatuur;

2° kandidaturen moeten per aangetekend schrijven worden gericht aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV;

3° indien de kandidatuur wordt ingediend door verschillende verenigingen zonder winstoogmerk dienen deze hun onderlinge verhouding bij de kandidatuur toe te lichten;

4° bij de kandidatuur dient een model van individueel contract zoals bedoeld in artikel 3, 2°, toegevoegd te worden.

Art. 9. Le Comité de l'assurance évalue les candidatures et accorde la préférence au candidat ayant la plus grande expérience démontrée en matière de fourniture d'avis médicaux sur une fin de vie choisie par le patient lui-même. Afin d'évaluer cette expérience, il sera tenu compte :

1° des activités objectivement démontrables que le pouvoir organisateur candidat a déjà développées dans le passé;

2° des autres activités et initiatives pertinentes du pouvoir organisateur candidat;

3° du nombre de médecins consultés qui ont travaillé avec le pouvoir organisateur candidat ainsi que de leur qualification;

4° du nombre et de la diversité de la typologie des demandes concernant le choix médical individuel pour une fin de vie digne;

5° de la nature, de l'étiologie et des symptômes de la pathologie pour laquelle la demande est effectuée.

Art. 10. Le Comité de l'assurance peut se faire assister par toute personne qu'elle estime utile à cet effet.

CHAPITRE 7. — Rémunération et honoraires

Art. 11. § 1^{er}. Par patient pour lequel un avis est donné, un montant de 160 euros est octroyé comme honoraires pour le médecin consulté qui a fourni l'avis. Ce montant est versé par l'INAMI au pouvoir organisateur et est ensuite reversé au médecin consulté. Il s'agit d'honoraires qui couvrent tous les frais, y compris les frais de déplacement. Le pouvoir organisateur est autorisé à prélever sur ces honoraires des frais généraux d'un montant maximum de 10 euros à titre de contribution aux frais liés au fonctionnement du secrétariat du pouvoir organisateur.

§ 2. L'enveloppe budgétaire pour la rémunération et les honoraires est fixée à un maximum de 192.200 euros par an.

§ 3. Conformément à l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé, la valeur des honoraires, les frais généraux visés au § 1^{er} et l'enveloppe budgétaire visée au § 2, sont adaptés le 1^{er} janvier de chaque année à l'évolution de la valeur de l'indice santé visée à l'article 1^{er} de cet arrêté royal entre le 30 juin de la deuxième année précédente et le 30 juin de l'année qui précède.

CHAPITRE 8. — Dispositions communes à la convention et aux contrats individuels

Art. 12. § 1^{er}. La convention avec le pouvoir organisateur et les contrats individuels avec les médecins consultés contiennent une disposition qui souligne que, sans préjudice de la compétence de l'Ordre des médecins en matière de contrôle du respect de la déontologie médicale, le respect des dispositions et des conditions du présent arrêté et de la convention est vérifié par les médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI dans le cadre de leur mission légale.

§ 2. Un modèle de contrats individuels fait partie intégrante de la convention.

CHAPITRE 9. — Dispositions propre à la convention

Art. 13. La convention sera exécutée dans le respect des dispositions de la déontologie médicale et dans la stricte observation de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. La libre volonté et le libre choix du patient seront en outre toujours garantis et respectés.

Art. 14. § 1^{er}. La convention fixe la contribution financière de l'INAMI. Cette contribution est destinée au soutien du fonctionnement du pouvoir organisateur et à la rémunération des médecins consultés avec qui il a conclu un contrat individuel.

La contribution financière de l'INAMI est subordonnée à une disposition de la convention qui garantit qu'en aucun cas il n'est facturé de suppléments de frais, d'honoraires ou autres aux patients dans le cadre de la fourniture des avis visés dans le présent arrêté.

La convention définit les modalités de versement d'avances et de décompte définitif après la fin de l'année de travail sur la base des états d'honoraires et après le dépôt annuel, auprès du Comité de l'assurance, d'un rapport d'activité succinct accompagné d'un volet financier, au plus tard le 31 mars de l'année qui suit l'année sur laquelle porte le rapport d'activité.

Art. 9. Het Verzekeringscomité beoordeelt de kandidaturen en geeft voorkeur aan de kandidatuur met de grootste bewezen ervaring inzake het verstrekken van medisch advies rond een zelfgekozen levenseinde. Teneinde deze ervaring te beoordelen, zal er rekening worden gehouden met :

1° de objectief aantoonbare activiteiten die de kandidaat inrichtende macht reeds in het verleden heeft ontwikkeld;

2° de andere relevante activiteiten en initiatieven van de kandidaat inrichtende macht;

3° het aantal geraadpleegde artsen dat reeds samenwerkt met de kandidaat inrichtende macht alsook hun kwalificatie,

4° het aantal en de verscheidenheid van typologie van aanvragen met betrekking tot de individuele medische keuze voor een menswaardig levenseinde;

5° de aard, etiologie en symptomen van de pathologie voor dewelke de aanvraag gebeurt.

Art. 10. Het Verzekeringscomité kan zich laten bijstaan door éénieder die het daartoe nuttig acht.

HOOFDSTUK 7. — Vergoeding en honoraria

Art. 11. § 1. Per patiënt waarvoor een advies wordt verleend, wordt een bedrag van 160 euro toegekend als honorarium voor de geraadpleegde arts. Dit bedrag wordt door het RIZIV aan de inrichtende macht gestort en vervolgens doorgestort aan de geraadpleegde arts. Het betreft een honorarium dat alle kosten dekt, ook de verplaatsingskosten. Het is de inrichtende macht toegestaan om op dit honorarium een overhead in te houden van ten hoogste 10 euro als bijdrage voor kosten verbonden aan de werking van het secretariaat van de inrichtende macht.

§ 2. De begrotingsenveloppe voor vergoeding en honoraria wordt vastgesteld op een maximum van 192.200 euro per jaar.

§ 3. Overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, wordt de waarde van het honorarium en overhead bedoeld in § 1 en de begrotingsenveloppe bedoeld in § 2 vanaf 1 januari van elk jaar aangepast aan de evolutie van de waarde van het in artikel 1 van dat koninklijk besluit bedoeld gezondheidsindexcijfer tussen 30 juni van het tweede jaar ervoor en 30 juni van het jaar ervoor.

HOOFDSTUK 8. — De bepalingen gemeenschappelijk aan de overeenkomst en de individuele contracten

Art. 12. § 1. De overeenkomst met de inrichtende macht en de individuele contracten met de geraadpleegde artsen bevatten een bepaling die benadrukt dat, onverminderd de bevoegdheid van de Orde der Geneesheren inzake toezicht op de naleving van de medische plichtenleer, het toezicht op de naleving van de bepalingen en voorwaarden van dit besluit en van de overeenkomst wordt waargenomen door de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV in het kader van hun wettelijke opdracht.

§ 2. Een model van de individuele contracten maakt integraal deel uit van de overeenkomst.

HOOFDSTUK 9. — Bepalingen eigen aan de overeenkomst

Art. 13. De uitvoering van de overeenkomst zal gebeuren met inachtneming van de bepalingen van de medische plichtenleer en onder strikte naleving van de wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. De vrije wil en keuze van de patiënt zal daarbij steeds gevrijwaard en geëerbiedigd worden.

Art. 14. § 1 In de overeenkomst wordt de financiële bijdrage van het RIZIV vastgelegd. Deze bijdrage is bestemd voor de ondersteuning van de werking van de inrichtende macht en voor het honoreren van de geraadpleegde artsen waar ze een individueel contract mee afgesloten heeft.

De financiële bijdrage van het RIZIV wordt afhankelijk gesteld van een bepaling in de overeenkomst die garandeert dat er aan de patiënten op generlei wijze bijkomende kosten, honoraria of toeslagen worden aangerekend in het kader van het verlenen van de adviezen bedoeld in dit besluit.

De overeenkomst bepaalt de modaliteiten voor het storten van voorschotten en voor de definitieve afrekening na het einde van het werkjaar op basis van de honorariumstaten en het jaarlijks neerleggen bij het Verzekeringscomité van een beknopt activiteitenverslag met financieel luik, uiterlijk op 31 maart van het jaar volgend op het jaar waarop het activiteitenverslag betrekking heeft.

§ 2. La convention contient une disposition qui précise que le Comité de l'assurance peut décider de la récupération, auprès du pouvoir organisateur, des montants qui n'ont pas été utilisés conformément aux dispositions et conditions du présent arrêté et de la convention.

Art. 15. Si le pouvoir organisateur est constitué de plusieurs associations sans but lucratif, la convention doit contenir une disposition qui précise que ce dernier est tenu in solidum d'exécuter la convention.

Art. 16. La convention visée à l'article 2 est conclue pour cinq ans.

Le Comité de l'assurance a la possibilité de prolonger éventuellement la Convention pour une période de cinq ans après évaluation du rapport qui est déposé au plus tard 6 mois avant l'échéance de la Convention et ce, en application de l'article 20, § 3.

Art. 17. Si un des contractants ne respecte pas ses obligations contractées dans le cadre de la convention, cette dernière contient une disposition qui autorise l'autre contractant à suspendre ses obligations ou à mettre un terme à la convention. La suspension ou la cessation de la convention est notifiée par lettre recommandée à l'autre contractant. La suspension prend effet à la date de la poste de la lettre recommandée. Sans préjudice des dispositions de l'article 15, la cessation prend effet au plus tôt le premier jour du quatrième mois qui suit la date de la poste de la lettre recommandée.

Art. 18. La convention cesse de plein droit en cas de dissolution de l'ASBL ou d'une des ASBL qui ensemble constituent le pouvoir organisateur.

CHAPITRE 10. — Dispositions propres aux contrats individuels

Art. 19. Le contrat visé à l'article 3, 2°, précise le cadre déontologique et éthique dans lequel il est conclu. Le contrat mentionne la disponibilité du médecin consulté pour l'exécution des avis, décrit les procédures de travail, fixe les délais dans lesquels le rapport sur l'avis est communiqué et reproduit également les dispositions et modalités pertinentes pour le médecin consulté qui figurent dans la convention.

Le contrat individuel contient une disposition qui stipule que la radiation de la liste par le pouvoir organisateur visée à l'article 4, § 2, 2°, met fin de manière immédiate au contrat individuel.

CHAPITRE 11. — Le rapport

Art. 20. § 1^{er}. Sans préjudice de la transmission d'un rapport d'activité annuel succinct au service Soins de santé de l'INAMI, une disposition est insérée dans la convention qui subordonne la poursuite de la convention à un rapport détaillé quant au contenu établi sur la base d'un rapport écrit. Le rapport sera communiqué aux Chambres législatives, à nos Ministres de la Justice, des Affaires sociales et de la Santé publique et au Comité de l'assurance.

§ 2. Le rapport visé au paragraphe 1^{er} doit au moins traiter :

1° du fonctionnement du pouvoir organisateur, des activités développées dans le cadre de l'article 3 du présent arrêté;

2° des autres activités et initiatives du pouvoir organisateur;

3° du nombre de médecins consultés qui collaborent avec le pouvoir organisateur ainsi que de leur qualification;

4° du nombre de demandes d'avis et pour quels types de choix médical individuel la demande est effectuée pour une fin de vie digne;

5° de l'âge et du sexe des patients pour lesquels un avis est demandé;

6° de la nature, de l'étiologie et des symptômes de la pathologie pour laquelle la demande est faite;

dans la mesure où le pouvoir organisateur dispose de l'information, de la nature de la décision de la fin de vie suivant l'avis rendu et des conséquences qui y sont liées.

Ce rapport évalue les travaux au sein du pouvoir organisateur sur plusieurs années et doit également comprendre une analyse de l'évolution et des tendances en matière de décisions relatives à la fin de vie choisie par soi-même au cours de cette période. Le rapport peut aussi comprendre un volet « recommandations » à l'intention des organes de l'assurance obligatoire en fonction de la poursuite de l'optimisation de la défense de la problématique en matière de choix médicaux individuels pour une fin de vie digne.

§ 2. De overeenkomst bevat een bepaling die stelt dat het Verzekeringscomité kan beslissen tot het terugvorderen bij de inrichtende macht van de bedragen die niet conform de bepalingen en voorwaarden van dit besluit en van de overeenkomst werden aangewend.

Art. 15. Indien de inrichtende macht wordt gevormd door meerdere verenigingen zonder winstoogmerk dient de overeenkomst een bepaling te bevatten die stelt dat deze laatste in solidum gehouden zijn tot de uitvoering van de overeenkomst.

Art. 16. De in artikel 2 bedoelde overeenkomst wordt afgesloten voor vijf jaar.

Het Verzekeringscomité heeft de mogelijkheid de overeenkomst gebeurlijk te verlengen voor een periode van vijf jaar na evaluatie van het rapport dat in toepassing van artikel 20, § 3, wordt neergelegd uiterlijk 6 maanden voor de vervaldatum van de overeenkomst.

Art. 17. De overeenkomst bevat een bepaling die stelt dat, indien een van de partijen zijn verplichtingen die hij aangaat in het kader van de overeenkomst niet nakomt, de andere contractant zijn verplichtingen kan opschorten of de overeenkomst kan beëindigen. De opschorting of beëindiging van de overeenkomst wordt per aangetekend schrijven aan de andere partij ter kennis gebracht. De opschorting gaat in op postdatum van het aangetekend schrijven. Onverminderd de bepalingen van artikel 15 heeft de beëindiging uitwerking ten vroegste op de eerste dag van de vierde maand volgend op de postdatum van het aangetekend schrijven.

Art. 18. De overeenkomst wordt van rechtswege beëindigd bij ontbinding van de VZW of één van de VZW's die samen de inrichtende macht vormen.

HOOFDSTUK 10. — Bepalingen eigen aan de individuele contracten

Art. 19. Het in artikel 3, 2°, bedoeld contract preciseert het deontologisch en ethisch kader binnen dewelke het wordt afgesloten. Het contract vermeldt de beschikbaarheid van de geraadpleegde arts voor het uitvoeren van de adviezen, beschrijft de werkprocedures, bepaalt de termijnen binnen dewelke het verslag betreffende een advies wordt meegedeeld en herneemt tevens de voor de geraadpleegde arts relevante bepalingen en modaliteiten opgenomen in de overeenkomst.

Het individueel contract bevat een bepaling die stelt dat een uitschrijving van de lijst bedoeld in artikel 4, § 2, 2°, door de inrichtende macht het individueel contract met onmiddellijke ingang beëindigt.

HOOFDSTUK 11. — De rapportage

Art. 20. § 1. Onverminderd het overmaken van een jaarlijks beknopt activiteitenverslag aan de dienst geneeskundige verzorging van het RIZIV, wordt in de overeenkomst een bepaling opgenomen die het verder zetten van de overeenkomst afhankelijk stelt van een uitgebreide inhoudelijke rapportage op basis van een schriftelijk rapport. Dat rapport wordt meegedeeld aan de Wetgevende Kamers, Onze Ministers van Justitie, van Sociale Zaken en van Volksgezondheid en aan het Verzekeringscomité.

§ 2. Het in paragraaf 1 bedoeld rapport dient ten minste te handelen over :

1° de werking van de inrichtende macht, de activiteiten ontwikkeld in het kader van artikel 2 van dit besluit;

2° de andere activiteiten en initiatieven van de inrichtende macht;

3° het aantal geraadpleegde artsen dat samenwerkt met de inrichtende macht alsook hun kwalificatie;

4° het aantal aanvragen voor advies en types van individuele medische keuze voor een menswaardig levenseinde voor dewelke een aanvraag wordt gedaan;

5° de leeftijd en het geslacht van de patiënten voor wie een advies wordt aangevraagd;

6° de aard, etiologie en symptomen van de pathologie voor dewelke dat gebeurt;

in de mate dat de inrichtende macht over de informatie beschikt, de aard van beslissing tot levenseinde die volgt op het advies en de consequenties die daaraan verbonden zijn geworden.

Deze rapportage beschouwt de werkzaamheden binnen de inrichtende macht over meerdere jaren en dient ook een analyse te omvatten van de evolutie en de tendensen inzake beslissingen voor een zelf gekozen levenseinde tijdens die periode. De rapportage kan eveneens een luik met aanbevelingen omvatten ten behoeve van de organen van de verplichte verzekering, dit in functie van een verder optimaliseren van de behartiging van de problematiek inzake individuele medische keuzes voor een menswaardig levenseinde.

§ 3. Un premier rapport est déposé au cours du premier trimestre qui suit la date de premier anniversaire de la convention. Ensuite, pareil rapport est déposé au plus tard six mois avant chaque date d'expiration de la période de cinq ans visée à l'article 16.

CHAPITRE 12. — *Dispositions finales*

Art. 21. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2012.

Art. 22. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 mars 2013.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,
Mme L. ONKELINX

§ 3. Een eerste rapport wordt neergelegd tijdens het eerste trimester dat volgt na de eerste verjaardag van de overeenkomst. Vervolgens wordt een dergelijk rapport neergelegd uiterlijk 6 maanden voor de vervaldatum van de periode van vijf jaar bedoeld in artikel 16.

HOOFDSTUK 12. — *Slotbepalingen*

Art. 21. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2012.

Art. 22. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 7 maart 2013.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,
Mevr. L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2013/22190]

21 MARS 2013. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 9 mai 2007 portant exécution de l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, l'article 17bis;

Vu la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, les articles 278 et 280, modifiés par la loi portant des dispositions diverses (I) du 27 décembre 2005 et par la loi portant des dispositions diverses en matière de santé du 19 décembre 2008;

Vu l'arrêté royal du 9 mai 2007 portant exécution de l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 8 février 2012;

Vu l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé, donné le 27 février 2012;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 novembre 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 21 décembre 2012;

Vu l'avis n° 52.795/2 du Conseil d'Etat, donné le 18 février 2013, 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 de la Ministre des Affaires sociales et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 1^{er} de l'arrêté royal du 9 mai 2007 portant exécution de l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est remplacé comme il suit :

« Article 1^{er}. L'Agence Intermutualiste visée à l'article 278 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002 est autorisée à constituer l'échantillon représentatif visé à l'alinéa 5 de l'article susmentionné sous la forme d'un ou plusieurs fichiers d'échantillon et à l'actualiser au 31 décembre de chaque année civile. Les données sont préalablement codées par l'organisme assureur et transmises à un organisme intermédiaire, qui les code une seconde fois, avant qu'elles ne soient transmises à l'Agence Intermutualiste. »

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2013/22190]

21 MAART 2013. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 9 mei 2007 tot uitvoering van artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002

ALBERT II, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, artikel 17bis;

Gelet op de programmawet (I) van 24 december 2002, de artikelen 278 en 280, gewijzigd bij de wet houdende diverse bepalingen (I) van 27 december 2005 en bij de wet houdende diverse bepalingen inzake gezondheid van 19 december 2008;

Gelet op het koninklijk besluit van 9 mei 2007 tot uitvoering van artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 8 februari 2012;

Gelet op het advies van de Algemene raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 27 februari 2012;

Gelet op het voorafgaand onderzoek met betrekking tot de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren, waarin besloten wordt dat een effectbeoordeling niet vereist is;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 19 november 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, d.d. 21 december 2012;

Gelet op advies 52.795/2 van de Raad van State, gegeven op 18 februari 2013, 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 op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 1 van het koninklijk besluit van 9 mei 2007 tot uitvoering van artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002, wordt vervangen als volgt :

« Artikel 1. Het Intermutualistisch Agentschap, bedoeld in artikel 278 van de programmawet (I) van 24 december 2002, wordt ertoe gemachtigd de in het vijfde lid van het voornoemde artikel bedoelde representatieve steekproef samen te stellen onder de vorm van één of meerdere steekproefbestanden en te actualiseren op 31 december van elk kalenderjaar. De gegevens worden voorafgaand gecodeerd door de verzekeringsinstelling en overgemaakt aan een intermediaire organisatie, die ze een tweede maal codeert alvorens ze worden overgemaakt aan het Intermutualistisch Agentschap. »