**Laatste overeenkomst : Inwerkingtreding 01.01.2022 - BS :10.05.2022**

**Laatste update 01.01.2023 (indexering)**

*Opmerking : Artikel 5 Honoraria B.1. KB – de KB’s van 24 oktober 2002 en van 12 oktober 2004 werden opgeheven en vervangen door het KB van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5° a), 19°, 20° en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.*

**OVEREENKOMST TUSSEN DE**

**APOTHEKERS EN DE VERZEKERINGSINSTELLINGEN**

Gelet de wetgeving betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, die gecoördineerd werd op 14 juli 1994.

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen van 25 juni 2021, onder het voorzitterschap van de heer Francis ARICKX, Adviseur-generaal, daartoe gedelegeerd door de heer Brieuc VAN DAMME, Leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige verzorging, werd een overeenkomst afgesloten tussen:

enerzijds, de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

* de ALGEMENE FARMACEUTISCHE BOND;
* de VERENIGING DER COOPERATIEVE APOTHEKEN VAN BELGIE;
* de BELGISCHE VERENIGING VAN ZIEKENHUISAPOTHEKERS

*VOORWOORD*

*Wanneer in de loop van de huidige overeenkomst, ten gevolge van externe wijzigingen van controle- of tariferingsprocedures, één van de partijen in de onmogelijkheid verkeert de bepalingen van artikel* ***7*** *§ 2 na te leven, verbinden de partijen er zich toe om samen te komen binnen het kader van de Overeenkomstencommissie ten einde een redelijke oplossing te vinden voor de partijen.*

**Artikel 1.**

Onder « apotheker » wordt verstaan : de apotheker(s) die werk(t)(en) in een voor het publiek opengestelde apotheek en/of de ziekenhuisapotheker(s)**,** ingeschreven als apotheker bij het RIZIV.

**Algemene bepalingen**

**Artikel 2.**

Deze overeenkomst omschrijft, volgens de bepalingen van artikel 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994:

* het bedrag van de honoraria voor de magistrale bereidingen, voor de aflevering van farmaceutische producten en specialiteiten en hun betalingswijze,
* de financiële en administratieve betrekkingen tussen de apothekers enerzijds en de rechthebbenden van de verzekering en de verzekeringsinstellingen anderzijds.

**Artikel 3.**

De apothekers die tot deze overeenkomst toetreden verbinden er zich toe aan de rechthebbenden van de verzekering de farmaceutische verstrekkingen af te leveren, overeenkomstig de regels die door het Verzekeringscomité werden vastgesteld, en de wetten, besluiten en verordeningen van toepassing inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**Artikel 4.**

De verzekeringsinstellingen verbinden er zich toe:

1. de verzekeringstegemoetkoming, berekend overeenkomstig de wetten, besluiten en verordeningen bedoeld in art. 3, te betalen, zowel voor de leveringen waarvoor de derdebetalersregeling werd toegepast als voor deze die contant werden aangerekend;
2. hun betaling afhankelijk te maken van het voorleggen van alle reglementaire informatiedragers.

**Artikel 5. Honoraria**

De honoraria van de apothekers voor de farmaceutische verstrekkingen worden aan de waarde van de sleutelletter P gekoppeld waaraan een coëfficiënt wordt toegekend :

De waarde van de sleutelletter P is geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen van 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.

Sinds 1 januari 2012 worden de waarden van de sleutelletter vastgesteld op:

**A. voor de farmaceutische specialiteiten : KB van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een *voor het publiek opengestelde apotheek***

Basishonorarium - (Art.3)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) - 1,872843 (01/01/2019)
1,899123 (01/01/2020) - 1,918304 (01/01/2021) - 1,972128 (01/06/2022)
**2,090843 (01/01/2023)**

Begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen (GGG) – (Art.5)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) -1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022)
**2,132596 (01/01/2023)**

Huisapotheker – (Art. 6/1)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) - 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,841899 (01/01/2019)
1,877816 (01/01/2020) - 1,896782 (01/01/2021) – 1,950002 (01/06/2022)
**2,067385 (01/01/2023)**

Aflevering in een rust- een verzorgingstehuis of in een rusthuis (TPE tarifering per eenheid) - (Art. 7/3)

P = 1,726082 1,777692 (01/04/2012) - 1,801693 (01/04/2013) – 1,826737 (01/01/2014)
1,841899 (01/01/2017) - 1,872843 (01/01/2018) – 1,899999 (01/01/2019)
1,937049 (01/01/2020) - 1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022)
**2,132596 (01/01/2023)**

**B. voor andere farmaceutische verstrekkingen**

**B.1. KB**

Magistrale bereidingen - De honoraria voor de magistrale bereidingen worden berekend overeenkomstig het koninklijk besluit van 12 oktober 2004 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de magistrale bereidingen en daarmee gelijkgestelde producten.

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

Zuurstof - KB 24/10/2002, betreffende de medische hulpmiddelen

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

(Koninklijk besluit van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 20° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994)

Voeding voor medisch gebruik

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) - 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

(KB van 24 oktober 2002 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van dieetvoeding voor medisch gebruik)

Zorgtraject Diabetes - KB 24/10/2002, betreffende de medische hulpmiddelen

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) - 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

Zorgtraject ”chronische nierinsufficiëntie” - KB 24/10/2002, betreffende de medische hulpmiddelen

P = 1,777692 1,826756 (01/01/2013) - 1,852148 (01/01/2014) - 1,867521 (01/01/2017)
1,898895 (01/01/2018) - 1,926429 (01/01/2019) - 1,963994 (01/01/2020)
1,983830 (01/01/2021) - 2,039492 (01/06/2022) - **2,162261 (01/01/2023)**

**B.2. Overeenkomst tussen de apothekers en de verzekeringsinstellingen**

Methadon (gefractioneerde aflevering) (Art.7)

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) – 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

**B.3**. **Koninklijk besluit van 26 oktober 2019 tot vaststelling van de voorwaarden en de modaliteiten waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wachthonoraria en beschikbaarheidshonoraria betaalt aan de apothekers-titularissen van een apotheek open voor het publiek die deelnemen aan georganiseerde wachtdiensten**

Wacht

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

Beschikbaarheid

P = 1,753302 1,801693 (01/01/2013) - 1,826737 (01/01/2014) - 1,841899 (01/01/2017)
1,872843 (01/01/2018) - 1,899999 (01/01/2019) - 1,937049 (01/01/2020)
1,956613 (01/01/2021) - 2,011511 (01/06/2022) - **2,132596 (01/01/2023)**

**Artikel 6. Gefractioneerde aflevering van methadon**

De verzekeringsinstellingen verbinden zich er toe, onder de in dit artikel omschreven voorwaarden, een forfaitaire tegemoetkoming toe te staan aan de apothekers van evenals voor de ziekenhuisapothekers voor de ambulante rechthebbenden voor de gefractioneerde aflevering van substitutiebehandeling met methadon die door de apotheker daadwerkelijk worden afgeleverd aan de patiënt of zijn vertegenwoordiger.

**§1.** Een forfaitaire tegemoetkoming wordt aan de apotheker toegestaan voor de toepassing van de reglementaire bepalingen van het koninklijk besluit van 19 maart 2004 tot reglementering van de behandeling met vervangingsmiddelen, in het bijzonder de artikels 5,6,7 en 8, evenals het artikel 9, eerste lid.

**§2.** In het raam van de substitutiebehandelingen, voorzien in §1, rekent de apotheker aan de verzekeringsinstellingen een forfaitaire tussenkomst aan van P 0,46 per dag per voorgeschreven behandeling, waarin eveneens de veiligheidsverpakking, het eventueel excipiens, de begeleiding en de BTW inbegrepen zijn.

**§3.** De uitvoering van de bepalingen van dit artikel wordt geëvalueerd: indien het KB van 19 maart 2004 wordt gewijzigd, drie maanden na de inwerkingtreding van de wijziging.

Naar aanleiding van deze evaluatie, kan de Overeenkomstcommissie de bepalingen van §2 van dit artikel aanpassen.

**Artikel 7. Tarifering – Facturering**

**§1.** De apotheker die de derdebetalersregeling toepast, verbindt er zich toe om aan de tariferingsdienst waarbij hij/zij aangesloten is, de uitgevoerde geneesmiddelenvoorschriften op te sturen ten laatste na 2 maanden die volgen op die waarin de voorschriften zijn uitgevoerd. De apotheker geeft mandaat aan de tariferingsdienst om de tarificatie op zich te nemen volgens de regels die zijn goedgekeurd door het Verzekeringscomité ([Instructies over de gegevensverzameling van de farmaceutische verstrekkingen – instructies voor de tariferingsdiensten: uniek spoor factuur en statistiek (TDFS](https://www.inami.fgov.be/SiteCollectionDocuments/instructies_gegevensinzameling.pdf)).

De facturen betreffende de farmaceutische verstrekkingen, opgesteld door de tariferingsdiensten overeenkomstig met de instructies voor de tariferingsdiensten (TDFS), worden opgestuurd naar de verzekeringsinstellingen binnen de twee maanden die volgen op de maand waarin de verstrekkingen uitgevoerd zijn. Ze zijn slechts ontvankelijk indien de reglementaire bepalingen worden nageleefd.

**§2.** Onder voorbehoud van latere correcties en overeenkomstig met de instructies voor de tariferingsdiensten (TDFS) verplichten de verzekeringsinstellingen er zich toe, de facturen door de tariferingsdiensten ingediend, contant te betalen voor zover ze ontvankelijk zijn en uiterlijk binnen de twintig werkdagen na de datum van hun verzending op voorwaarde dat de termijn uit § 1, tweede lid, wordt in acht genomen. De facturen die ingediend zijn buiten die termijn, worden ten laatste binnen de veertig werkdagen na de datum van hun verzending betaald. Ze zijn slechts ontvankelijk indien de reglementaire bepalingen worden nageleefd.

**§3.** De tariferingsdienst verwittigt de betrokken verzekeringsinstelling als de betaling niet is gedaan overeenkomstig de bepalingen van § 2 van dit artikel.

**§4.** Vertraging in het indienen of het betalen van rekeningen wordt door de meest gerede partij aan de Overeenkomstencommissie medegedeeld, die in de loop van haar eerstvolgende vergadering de middelen overweegt om die toestand te verhelpen.

**§5.** De apotheker geeft mandaat aan de tariferingsdienst waarbij hij/zij aangesloten is, om in zijn naam alle noodzakelijke verrichtingen uit te voeren. Hij/zij erkent in het bijzonder de kwijting die door de tariferingsdienst voor de geïnde bedragen wordt gegeven als geldig.

**§6.** Voor alle geneesmiddelen afgeleverd door ziekenhuisofficina aan ter verpleging opgenomen patiënten volgt de facturering de wettelijke bepalingen volgens het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, §1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling.

**§7**. De gegevens betreffende de verstrekkingen opgenomen in deze overeenkomst worden voor terugbetaling doorgegeven via een elektronisch facturatiebestand opgemaakt volgens de instructies voor de tariferingsdiensten TDFS (open officina) of volgens de instructies voor de facturatie op magnetische drager of elektronische weg (ziekenhuisofficina).

**Artikel 8. Sociale voordelen**

De sociale voordelen voor de apothekers worden geregeld door het koninklijk besluit van 5 mei 2020 tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten.

**Artikel 9. Budget**

**§1.** De begrotingsdoelstelling wordt elk jaar vastgesteld volgens de regels die van toepassing zijn. De onderverdeelde begrotingsdoelstellingen worden door de Overeenkomstencommissie in partiële begrotingsdoelstellingen vastgelegd.

**§2.** De partijen, die zich aansluiten bij de conventie, verbinden zich ertoe, zodra een overschrijding of een risico op overschrijding van de begrotingsdoelstellingen wordt vastgesteld, bij toepassing van artikel 51, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, correctie- en terugvorderingsmaatregelen toe te passen waarvan de modaliteiten nog nader worden bepaald.

In het geval dat deze maatregelen ontoereikend zijn, is er een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering voorzien van de honoraria, prijzen of andere bedragen en van de vergoedingstarieven voor de verstrekkingen of groepen van verstrekkingen die aan de oorsprong liggen van de beduidende overschrijding van de partiële jaarlijkse begrotingsdoelstelling; die vermindering is evenredig aan het bedrag van de overschrijding of van het risico op overschrijding.

**Bepalingen voor de apothekers die werken in een voor het publiek opengestelde apotheek**

**Artikel 10.**

Met het oog op het waarborgen van de toegang van de rechthebbenden tot de farmaceutische zorg en in het bijzonder de voortgezette farmaceutische zorg in overeenstemming met de bepalingen van de bijlage 7.2, I, II en III, van het KB van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor de apothekers, wordt de rechthebbende steeds correct geïnformeerd omtrent het geven van zijn/haar informed consent die in geval van voortgezette farmaceutische zorg schriftelijk dient te zijn.

**Artikel 11.** **Derdebetalersregeling**

**§1.** Als de apotheker de derdebetalersregeling toepast, zoals vermeld in artikel 9, eerste lid, van het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, § 1 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling (Advies van de Overeenkomst van 24 november 2017, B.S. 15/01/2018), stelt hij de uitgevoerdevoorschriften ter beschikking aan zijn tariferingsdienst overeenkomstig artikel **7**.

**§2.** Als de apotheker de derdebetalersregeling niet toepast, stelt hij/zij de rechthebbende de reglementaire documenten ter hand die de verzekeringsinstelling toelaten de verzekeringstegemoetkoming uit te keren.

**§3.** Al naargelang zijn hoedanigheid verbindt de apotheker zich ertoe de vergoedingsbasissen, de eventuele supplementen, de afleveringsmarges, het bedrag van de honoraria en de vergoedingsvoorwaarden, zoals ze in het raam van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen werden bekendgemaakt, te eerbiedigen.

**Artikel 12. Aflevering van een VOS voorschrift**

De apotheker is verplicht om voor elk VOS-voorschrift of voor elk voorschrift van een antibioticum of van een antimycoticum voor oraal gebruik en voor acute behandeling in de ambulante zorg één van de goedkoopste geneesmiddelen af te leveren in toepassing van de geldende reglementering.

De apotheker die als gevolg van overmacht niet in staat is om een van de goedkoopste geneesmiddelen af te leveren zal een ander beschikbaar geneesmiddel, zo goedkoop mogelijk én terugbetaalbaar, buiten de cluster van de goedkoopste geneesmiddelen afleveren volgens de derdebetalersregeling. Hij vermeldt deze overmacht met behulp van een ‘flag’ zoals geïllustreerd in de tabel in Bijlage ~~6~~ II.

**Artikel 13. Begeleidingsgesprekken voor goed gebruik van geneesmiddelen (astma)**

**§1.** De verzekeringsinstellingen verbinden zich er toe, onder de in dit artikel en in Bijlagen III et IV omschreven voorwaarden, een honorarium toe te kennen aan de apothekers voor de begeleidingsgesprekken voor goed gebruik van geneesmiddelen voor inhalatiecorticosteroïden in het kader van de behandeling van astma.

De begeleiding voor goed gebruik van geneesmiddelen voor inhalatiecorticosteroïden bestaat uit twee verschillende prestaties namelijk eerst een informatiegesprek bij het opstarten van de behandeling of in de loop van de behandeling van chronische aandoening, gevolgd door een opvolgingsgesprek in dezelfde apotheek.

**§2.** Een honorarium van P x 10,47 € (BTW niet inbegrepen) wordt aan de apotheker toegekend voor elk begeleidingsgesprek waarvan de aanwezigheid van de patiënt kan worden bewezen aan de hand van de lezing van de elektronische identiteitskaart::

1. Informatiegesprek bij het opstarten van de behandeling en in afspraak met de patiënt, bij voorkeur zo snel mogelijk na de aflevering van de inhalatiecorticosteroïde.
2. Informatiegesprek wanneer de patiënt in de loop van de behandeling van zijn chronische aandoening nood heeft aan een bijkomende gepersonaliseerde begeleiding.
3. Opvolgingsgesprek bij de hernieuwing van de medicatie of na afspraak met de patiënt, bij voorkeur in de periode van 3 tot 6 weken na het informatiegesprek.

**§3.** De apotheker rekent aan de verzekeringsinstellingen het voorziene honorarium aan voor elk begeleidingsgesprek.

**§4.** Het geheel van de documenten opgenomen in Bijlagen III et IV beschrijven hoe de prestatie “begeleidingsgesprek voor goed gebruik van geneesmiddelen” goed wordt uitgevoerd, inclusief het overleg en de geschreven informatie die worden meegegeven met de patiënt.

**Artikel 14. Tarifering per eenheid**

In het geval van de tarifering per eenheid van vergoedbare farmaceutische specialiteiten met een “oraal-vaste” farmaceutische vorm aan een rechthebbende die in een rust- en verzorgingstehuis of in een rusthuis verblijft, bestaat er de mogelijkheid voor de apotheker om het voorschrift uit te voeren voor rekening van de verzekeringsinstellingen door het totaal aantal eenheden uit de voorgeschreven verpakking aan te tariferen op basis van het vast bedrag per farmaceutische eenheid, weergegeven in de kolom “Vergoedingsbasis” (\*\*\*), zoals gedefinieerd in artikel 128 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, in plaats van het voorschrift uit te voeren voor rekening van de verzekeringsinstellingen per schijf van 7 dagen zoals voorzien in §2 van artikel 125 van het koninklijk besluit van 1 februari 2018 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, toegelaten in de volgende gevallen:

1. “Dure” geneesmiddelen (overeenkomstig de lijst van de geneesmiddelenklassen (ATC) en specialiteiten zoals gepubliceerd op de RIZIV website en bijgewerkt in de OvereenkomstenCommissie)
2. Niet-“dure” geneesmiddelen die voldoen aan minstens één van de volgende voorwaarden:
* Ze zijn niet aangepast voor een gefractioneerde/gespreide aflevering van de verpakking (bv bruistabletten, gelyofiliseerde tabletten, combi-packs,…)
* Het gebruik van halve, … tabletten kan niet vermeden worden op het niveau van het voorschrift van de behandelend arts
* De patiënt bepaalt de frequentie van inname in functie van zijn gezondheidstoestand en de instructies van de behandelend arts (“ad hoc” en “on demand” inname)
* Ze zijn verwerkt in een magistrale bereiding (omdat er geen andere mogelijkheid bestaat)
* De vergoedbaarheid wijzigt gedurende de periode tussen de eerste aflevering/tarifering en de latere afleveringen/tariferingen van eenheden uit de verpakking (op het einde van de geldigheid van de machtiging of als de verpakking geschrapt wordt uit de terugbetaling)

In geval van overlijden of hospitalisatie van de rechthebbende, kan het honorarium gedefinieerd in hoofdstuk II van het koninklijk besluit van 16 maart 2010 tot vaststelling van de honoraria voor de aflevering van een vergoedbare farmaceutische specialiteit in een voor het publiek opengestelde apotheek, niet aangerekend worden na de kalenderweek waarbinnen het overlijden of de hospitalisatie van de rechthebbende zich voordoet.

**Artikel 15. Huisapotheker**

**§1.** De huisapotheker is de apotheker die de chronische patiënten kiezen voor de begeleiding bij en de opvolging van hun geneesmiddelengebruik. De toegevoegde waarde als huisapotheker voor chronische patiënten bestaat in de geïndividualiseerde begeleiding van die patiënten en in het (pro)actief analyseren en ter beschikking stellen van een geactualiseerd medicatieschema aan de patiënten en het zorgteam waarmee ze een therapeutische relatie hebben. De beschrijving van de functie ‘huisapotheker’, met inbegrip van de voorwaarden van de functie en de opdrachten van de huisapotheker is terug te vinden in Bijlage V.

De huisapotheker verbindt zich er tegelijk toe om zich actief aan te sluiten bij de pilootprojecten geïntegreerde zorg die zich in zijn omgeving ontwikkelen en geïmplementeerd worden.

**§2.** De verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe om voor de prestaties verricht, onder de in dit artikel en in Bijlage V omschreven voorwaarden, een honorarium toe te kennen aan de apothekers van een voor het publiek opengestelde officina voor de prestatie “huisapotheker”, dat wil zeggen voor het correct en volledig opnemen van de rol, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de functie ‘huisapotheker’ zoals beschreven in Bijlage V, voor volgende doelgroep

Elke patiënt bij wie wordt vastgesteld dat er **in dezelfde apotheek** binnen een periode van één jaar minimum 5 verschillende terugbetaalde geneesmiddelen (op basis van de vijfde niveau van de ATC rangschikking, dat wil zeggen niveau werkzaam bestanddeel of combinatie van werkzame bestanddelen), waarvan ten minste 1 chronisch geneesmiddel ('chronisch' = ten minste 160 DDD afgeleverd in de jongste 12 maanden) aan hem/haar werden verstrekt.

Binnen die doelgroep zijn de prioritaire patiënten voor deze functie:

* de patiënten die het statuut van 'chronische zieke' hebben met een GMD;
* de patiënten opgenomen in een voortraject diabetes die een educatie krijgen die gegeven wordt door de apotheker;
* de gepolymediceerde patiënten (minimum 5 chronische geneesmiddelen in één jaar). Een patiënt wordt als gepolymediceerd beschouwd als aan hem/haar het afgelopen jaar chronisch minimum 5 geneesmiddelen afgeleverd werden (op basis van de vijfde niveau van de ATC rangschikking, dat wil zeggen niveau werkzaam bestanddeel of combinatie van werkzame bestanddelen). Geneesmiddelen waarvan 160 of meer DDD (defined daily doses) gebruikt worden in hetzelfde kalenderjaar worden meegenomen in de berekening van het aantal geneesmiddelen voor de polymedicatie;
* de patiënten waarvoor een specifieke nood aan opvolging van de farmaceutische zorg bestaat of die aan die nood uiting geven, in functie van specifieke pathologieën of fysiologische toestanden, van (potentiële) iatrogene risico's, van het (vermoed) gebrek aan therapietrouw aan behandeling of van een specifieke nood aan begeleiding omwille van sociale redenen.

**§3.** Het in §2 bedoelde  honorarium is verschuldigd aan de apotheek voor iedere begunstigde met wie een overeenkomst van ‘huisapotheker’ is afgesloten met een apotheker

* die werkzaam is in die apotheek, die is aangesloten op het GFD;
* die de prestatie ‘huisapotheker’ heeft verricht, dat wil zeggen correct en volledig de rol, de opdrachten en de verantwoordelijkheden van de functie ‘huisapotheker’ zoals beschreven in Bijlage V heeft opgenomen en in dit kader een geactualiseerd medicatieschema (aangevuld met de informatie uit het GFD) ter beschikking heeft gesteld van de patiënt;
* en die dit overeenkomstig de instructies voor de tariferingsdiensten (TDFS) aan de Verzekeringsinstelling heeft kenbaar gemaakt.

**§4.** De prestatie ‘huisapotheker’ mag aan de verzekeringsinstellingen aangerekend worden vanaf de eerste aflevering van het jaar van een terugbetaald geneesmiddel aan de patiënt, volgens de modaliteiten voorzien in de instructies voor de tariferingsdiensten (TDFS).

**§5.** De verzekeringsinstellingen en de apothekers verbinden zich ertoe binnen OvereenkomstenCommissie, de dienst van huisapotheker op een regelmatige basis te evalueren op basis van de criteria beschreven in Bijlage V, met bijzondere aandacht voor de doelgroepen waar deze functie specifiek op is gericht.

**§6.** De oprichting van de dienst van huisapotheker is een eerste stap naar de ontwikkeling van andere taken van voortgezette farmaceutische zorg van de apotheker. De apothekers verbinden zich er eveneens toe om de andere zorgtaken GGG therapietrouw, GGG pathologie en GGG polymedicatie te ontwikkelen.

**Slot bepalingen**

**Artikel 16.**

Deze overeenkomst vervangt de huidige overeenkomst en treedt in werking op 1 januari 2022 en eindigt op 31 december 2022. Zij wordt stilzwijgend verlengd van jaar tot jaar.

Elke opzegging wordt voor 1 oktober voor einde geldigheid opgestuurd met een aangetekende brief naar de Voorzitter van de OvereenkomstenCommissie apothekers - verzekeringsinstellingen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte en invaliditeitsverzekering.

Deze opzegging mag worden gedaan:

1. Door ten minste zes leden van één van de twee groepen vertegenwoordigd in de overeenkomstencommissie. In dat geval wordt de overeenkomst ongedaan gemaakt vanaf 1 januari na de opzegging.
2. Door iedere apotheker die tot de overeenkomst is toegetreden. In dat geval vervalt de toetreding van die apotheker vanaf 1 januari na de opzegging

**Artikel 17. Automatische toetreding en weigering tot toetreding**

**§1.** Overeenkomstig met artikels 49 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 wordt de apotheker-titularis, - adjunct of –vervanger die geen kennis heeft gegeven van zijn weigering tot toetreding tot deze overeenkomst, volgens de modaliteiten vermeld in §2, geacht tot deze overeenkomst te zijn toegetreden voor de duur van deze overeenkomst.

Hij vult het formulier in « Aanvraag om als apotheker bij het RIZIV te worden ingeschreven “en hij verstuurt het volgens de instructies. Het formulier is beschikbaar op de website van het RIZIV (<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/riziv-nummer-krijgen.aspx>).

De tot de overeenkomst toegetreden titularis ziet er op toe dat de adjunct en/of vervanger werkt volgens de regels van deze overeenkomst..

Elke wijziging in de activiteit wordt onmiddellijk meegedeeld aan de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering.

**§2.** Overeenkomstig met artikels 49 en 51 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994 brengt de apotheker die weigert tot de bepalingen van deze overeenkomst toe te treden, het RIZIV op de hoogte van zijn weigering, binnen de dertig dagen te rekenen vanaf de datum van verzending van de overeenkomst via elektronische weg of per post, via de onlinetoepassing MyRIZIV die door het RIZIV ter beschikking wordt gesteld of door het invullen van het formulier “Aanvraag om als apotheker bij het RIZIV te worden ingeschreven” (<https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/riziv-nummer-krijgen.aspx>) en het versturen volgens de instructies.

De apotheker-titularis niet eigenaar, -adjunct of –vervanger moet de natuurlijke persoon of rechtspersoon, eigenaar of huurder van de officina, van zijn weigering tot toetreding tot die overeenkomst verwittigen.

**Artikel 18.**

De apotheker-titularis die tot de overeenkomst toetreedt, vermeldt het identificatienummer van de apotheek op alle documenten die aan de rechthebbenden worden overhandigd of voor de verzekeringsinstellingen zijn bestemd.

De tariferingsdienst vermeldt op de honorariumstaat bestemd voor de verzekeringsinstellingen het identificatienummer van de apotheek en het identificatienummer van de apotheker-titularis dat aan hem/haar door het RIZIV is toegekend.