

Art. 3. In hetzelfde koninklijk besluit wordt een artikel 16/3 ingevoegd, luidend als volgt :

“ Art 16/3 Voor de toepassing van artikel 10 wordt de aanrekening van een raadpleging van een geneesheer-specialist of van een van de prestaties bedoeld in het tweede of derde lid van dat artikel in

aanmerking genomen voor zover deze aanrekening gebeurt in de loop van het jaar voorafgaand aan de verjaardag van het begin van het zorgtraject of, bij wijze van uitzondering, in de loop van de zes maanden die volgen op die verjaardag.”

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op 1 februari 2015.

Art. 5. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 juli 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Art. 3. Dans le même arrêté, il est inséré un article 16/3, rédigé comme suit :

« Art. 16/3 Pour l'application de l'article 10, l'attestation d'une consultation d'un médecin spécialiste ou d'une des prestations visées au deuxième ou troisième alinéa de cet article est

prise en considération, pour autant que cette attestation ait lieu au cours de l'année précédant l'anniversaire du début du trajet de soins ou, à titre exceptionnel, au cours des six mois qui suivent cet anniversaire. »

Art. 4. L'arrêté entre en vigueur le 1^{er} février 2015.

Art. 5. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} juillet 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22307]

1 JULI 2016. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten

FILIP, 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 36, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten;

Gelet op het advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven op 8 oktober 2013;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 13 november 2013;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 18 november 2013;

Gezien de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikelen 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 25 april 2014;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 9 juli 2015;

Gelet op het advies nr. 59.320/2 van de Raad van State, gegeven op 18 mei 2016, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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. In artikel 2 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten worden de woorden “voor een initiële periode van vier jaar” opgeheven.

Art. 2. In artikel 9, eerste lid, 2^o, van hetzelfde besluit worden de woorden « artikel 4ter van het koninklijk besluit van 15 september 2006 » vervangen door de woorden « artikel 9 van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ».

Art. 3. Het opschrift van hoofdstuk VII van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt : « Forfaitaire honoraria voor de artsen en afschaffing van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden vanaf het tweede jaar van het zorgtraject ».

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22307]

1^{er} JUILLET 2016. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins

PHILIPPE, 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 36, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et la loi du 14 janvier 2002;

Vu l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins;

Vu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste, donné le 8 octobre 2013;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 13 novembre 2013;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 18 novembre 2013;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 avril 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 9 juillet 2015;

Vu l'avis n^o 59.320/2 du Conseil d'Etat, donné le 18 mai 2016 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

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}. A l'article 2 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, les mots « pour une période initiale de quatre ans » sont abrogés.

Art. 2. À l'article 9, alinéa 1^{er}, 2^o, du même arrêté, les mots « article 4ter de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 » sont remplacés par les mots « article 9 de l'arrêté royal du 23 mars 2012 ».

Art. 3. L'intitulé du chapitre VII du même arrêté est remplacé par ce qui suit : « Honoraire forfaitaire pour les médecins et suppression de la quote-part personnelle des bénéficiaires à partir de la deuxième année du trajet de soins ».

Art. 4. In artikel 10 van hetzelfde besluit, vervangen bij het koninklijk besluit van 5 juli 2012, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) in eerste lid, wordt de bepaling onder 3° vervangen als volgt :

« 3° na verloop van elk jaar na het tweede jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat enerzijds in het voorgaande jaar twee raadplegingen of bezoeken door de huisartsen bedoeld in artikel 9, eerste lid, 1° of 2°, aan de rechthebbende werden aangerekend en anderzijds in het vorig jaar een raadpleging werd aangerekend door een geneesheer-specialist zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, 3°, voor de rechthebbenden met een pathologie zoals bedoeld in artikel 3, 1°, en door een geneesheer-specialist zoals bedoeld in artikel 9, eerste lid, 4°, voor de rechthebbenden zoals bedoeld in artikel 3, 2°, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium zoals bedoeld in artikel 11 voor het volgende jaar aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de verjaardag van het begin van het zorgtraject en verlengt ze de periode waarover de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd is op de honoraria bedoeld in artikel 9, tot het einde van het volgende kalenderjaar. »;

b) wordt het tweede lid vervangen als volgt :

« Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3, 2°, wordt als aanrekening van een raadpleging van de geneesheer-specialist eveneens in aanmerking genomen de aanrekening :

1° van een forfait voor hemodialyse met de code 761272-761283 of 761515-761526 zoals bepaald volgens het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° van het honorarium voor de prestatie 470433-470444 of 470374-470385 zoals bepaald in artikel 20 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3, 1° en 2°, wordt als aanrekening van een raadpleging van de geneesheer-specialist eveneens in aanmerking genomen de aanrekening van de honoraria voor de prestaties 598404, 598146, 598706, 598205, 598721, 598743, 599782, 599804, 597763, 599384, 598323, 599406, 599421, 597785 zoals bepaald in artikel 25 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. ».

Art. 5. In artikel 11, §§ 1 en 2, van hetzelfde besluit worden de woorden « voor het tweede, derde en vierde jaar » vervangen door de woorden « vanaf het tweede jaar ».

Art. 6. In hetzelfde besluit wordt een artikel 16/1 ingevoegd, luidende :

« Art. 16/1. De verzekeringsinstelling brengt de rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de maand schriftelijk op de hoogte van de vaststelling dat niet is voldaan aan de voorwaarden bedoeld in artikel 10.

In dat geval kan met de rechthebbende een nieuw zorgtrajectcontract gesloten worden. ».

Art. 7. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juni 2009.

Art. 8. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 juli 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

Art. 4. A l'article 10 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 5 juillet 2012, les modifications suivantes sont apportées :

a) dans l'alinéa 1^{er}, le 3° est remplacé par ce qui suit :

« 3° au terme de chaque année qui suit la deuxième année à compter du début du trajet de soins tel que visé à l'article 6, et à condition, d'une part, qu'au cours de l'année précédente deux consultations ou visites par les médecins généralistes visés à l'article 9, alinéa 1^{er}, 1° ou 2°, aient été attestées au bénéficiaire et, d'autre part, qu'au cours de l'année précédente, une consultation ait été attestée par un médecin-spécialiste tel que visé à l'article 9, alinéa 1^{er}, 3°, pour les bénéficiaires atteints d'une pathologie telle que visée à l'article 3, 1°, et par un médecin spécialiste tel que visé à l'article 9, alinéa 1^{er}, 4°, pour les bénéficiaires tels que visés à l'article 3, 2°, l'organisme assureur paie les honoraires forfaitaires tels que visés à l'article 11 pour l'année suivante au médecin généraliste et au médecin spécialiste dans les trente jours qui suivent la date anniversaire du début du trajet de soins et il prolonge la période pour laquelle le bénéficiaire ne doit pas payer de quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9, jusqu'à la fin de l'année civile suivante. »;

b) l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, 2°, est également prise en compte en tant qu'attestation d'une consultation par le médecin spécialiste, l'attestation :

1° d'un forfait pour hémodialyse avec le code 761272-761283 ou 761515-761526 tel que défini par l'arrêté royal du 23 juin 2003 en exécution de l'article 71bis, §§ 1^{er} et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

2° de l'honoraire pour la prestation 470433-470444 ou 470374-470385 telle que définie à l'article 20 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, 1° et 2°, est également prise en compte en tant qu'attestation d'une consultation du médecin spécialiste l'attestation des honoraires pour les prestations 598404, 598146, 598706, 598205, 598721, 598743, 599782, 599804, 597763, 599384, 598323, 599406, 599421 et 597785 tels que défini à l'article 25 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 fixant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. ».

Art. 5. A l'article 11, §§ 1^{er} et 2, du même arrêté, les mots « pour les deuxième, troisième et quatrième années » sont chaque fois remplacés par les mots « à partir de la deuxième année ».

Art. 6. Il est inséré un article 16/1 rédigé comme suit :

« Art. 16/1. L'organisme assureur met au courant endéans un mois, le bénéficiaire, le médecin généraliste et le médecin spécialiste de la constatation qu'il n'est pas satisfait aux conditions visées à l'article 10. ».

Dans cette circonstance, il peut être conclu un nouveau trajet de soins avec le bénéficiaire. ».

Art. 7. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juin 2009.

Art. 8. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} juillet 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK