

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 2075

[C — 2009/22308]

26 MAI 2009. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, remplacé par la loi du 10 août 2001 et l'article 37, § 12, modifié par les lois du 20 décembre 1995, du 24 décembre 1999 et du 19 décembre 2008;

Vu l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle Budgétaire, donné le 1<sup>er</sup> octobre 2008;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, donné le 6 octobre 2008;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 14 novembre 2008;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 7 janvier 2009;

Vu l'avis 45.889/1 du Conseil d'Etat, donné le 12 février 2009, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 4<sup>ter</sup> de l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, introduit par l'arrêté ministériel du 24 octobre 2006, sont apportées les modifications suivantes :

1° le § 1<sup>er</sup> est remplacé comme suit :

« L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3<sup>bis</sup> de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique, maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre. L'année de la prise en charge commence le jour de la première prise en charge du patient.

En dérogation à l'alinéa précédent, une deuxième concertation peut être attestée au cours du premier trimestre de prise en charge du patient pour autant qu'une première concertation associant l'ensemble des partenaires ait été suivie par une deuxième concertation avec trois partenaires au minimum au cours du même trimestre et que les deux concertations n'aient pas lieu le même jour. Dans ce cas, l'intervention peut être portée en compte au maximum cinq fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge.

Cette intervention peut être portée en compte comme suit :

1° la concertation a eu lieu et les documents décrits à l'article 4<sup>bis</sup> ont été transmis au service intégré de soins à domicile;

2° pour le patient, au moins une concertation par trimestre a lieu au cours de la première année de prise en charge et au moins trois concertations par an au cours de la période suivante;

3° tous les partenaires du projet thérapeutique ont été associés à cette concertation et au moins trois d'entre eux y ont effectivement participé;

4° le service intégré de soins à domicile a été officiellement désigné comme coordinateur administratif dans le cadre du projet thérapeutique. »;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 2075

[C — 2009/22308]

26 MEI 2009. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen, omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 34, eerste lid, 13°, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en artikel 37, § 12, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 24 december 1999 en 19 december 2008;

Gelet op het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen, omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 1 oktober 2008;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 6 oktober 2008;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 14 november 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 7 januari 2009;

Gelet op advies 45.889/1 van de Raad van State, gegeven op 12 februari 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 4<sup>ter</sup> van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij het ministerieel besluit van 24 oktober 2006, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1 wordt vervangen als volgt :

« De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinaire overleg, zoals omschreven in artikel 3<sup>bis</sup> van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, mag maximaal vier keer per patiënt in de loop van het eerste jaar van tenlasteneming in het kader van het therapeutische project, maximaal drie keer per jaar in loop van de volgende periode en niet meer dan eenmaal per trimester worden aangerekend. Het jaar van tenlasteneming begint op de dag waarop de patiënt voor het eerst wordt ten laste genomen.

In afwijking van het vorige lid kan een tweede overleg worden aangerekend in het eerste trimester van tenlasteneming van de patiënt voor zover dat een eerste overleg met alle partners van het project gevolgd werd door een tweede overleg met minstens drie partners in de loop van datzelfde trimester en beide niet op dezelfde dag plaatsvonden. In dat geval kan maximaal vijf keer per patiënt in de loop van het eerste jaar van tenlasteneming de tegemoetkoming worden aangerekend.

Die tegemoetkoming mag worden aangerekend als :

1° het overleg heeft plaatsgevonden en de documenten die omschreven worden in artikel 4<sup>bis</sup>, aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zijn bezorgd;

2° voor de patiënt minstens een overleg per trimester heeft plaatsgevonden in de loop van het eerste behandelingsjaar en minstens drie overlegvergaderingen per jaar in de loop van de volgende periode;

3° alle partners van het therapeutische project bij dat overleg betrokken werden en minstens drie van hen daaraan effectief hebben deelgenomen;

4° de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging officieel is aangewezen als administratief coördinator in het raam van het therapeutische project. »;

2° le § 3, est remplacé comme suit :

« Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement décrite dans l'article 3bis de l'arrêté royal du 14 mai 2003 précité, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile. Cette intervention peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique et maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre.

En dérogation à l'alinéa précédent, une deuxième concertation peut être attestée au cours du premier trimestre de prise en charge du patient pour autant qu'une première concertation associant l'ensemble des partenaires ait été suivie par une deuxième concertation avec trois partenaires au minimum au cours du même trimestre et que les deux concertations n'aient pas lieu le même jour. Dans ce cas, l'intervention peut être portée en compte au maximum cinq fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge.

Cette intervention forfaitaire peut être portée en compte par concertation multidisciplinaire, telle que visée ci-dessus, si une concertation multidisciplinaire a eu lieu et si les documents, décrits dans l'article 4bis, ont été transmis au service intégré des soins à domicile. Cette intervention est portée en compte mensuellement par le service intégré des soins à domicile à l'organisme assureur. »

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit la publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 26 mai 2009.

Mme L. ONKELINX

2° § 3 wordt vervangen als volgt :

« Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie, zoals omschreven in artikel 3bis van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, wordt aangerekend door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Dit mag maximaal vier keer per patiënt worden aangerekend in de loop van het eerste behandelingsjaar en maximaal drie keer jaar in de loop van de volgende periode en niet meer dan eenmaal per trimester.

In afwijking van het vorige lid kan een tweede overleg worden aangerekend in het eerste trimester van tenlasteneming van de patiënt voor zover dat een eerste overleg met alle partners van het project gevolgd werd door een tweede overleg met minstens drie partners in de loop van datzelfde trimester en beide niet op dezelfde dag plaatsvonden. In dat geval kan maximaal vijf keer per patiënt in de loop van het eerste jaar van tenlasteneming de tegemoetkoming worden aangerekend.

Die forfaitaire tegemoetkoming mag worden aangerekend per multidisciplinair overleg, zoals hierboven bedoeld, als een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden en als de documenten, omschreven in artikel 4bis, aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zijn bezorgd. Die tegemoetkoming wordt elke maand door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging aan de verzekeringsinstelling aangerekend. »

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand volgend op de publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 26 mei 2009.

Mevr. L. ONKELINX

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

F. 2009 — 2076

[C - 2009/22310]

**8 JUIN 2009. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques**

La Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35bis, § 1, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, § 2, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003 et 13 décembre 2006;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, l'article 32, § 3, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu la proposition de la Commission de Remboursement des Médicaments, émise le 17 juin 2003;

Vu l'avis émis par l'Inspecteur des Finances donné le 18 mars 2009;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget du 20 mars 2009;

Vu la notification au demandeur du 3 avril 2009;

Vu l'arrêt n° 190.360 rendu par le Conseil d'Etat le 12 février 2009 annulant l'arrêté ministériel du 21 octobre 2003 modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques DOCSIMVASTA 20 et DOCSIMVASTA 40.

Vu l'urgence motivée par l'annulation susvisée, publiée au *Moniteur belge* du 8 mai 2009, qui prive de base juridique les modifications subséquentes de la liste des spécialités remboursables qui concernent ces spécialités et qui sont entrées en vigueur après le 1<sup>er</sup> août 2004.

Il est donc nécessaire que le présent arrêté qui insère ces spécialités dans la liste des spécialités remboursables soit pris sans délai afin de ne pas priver les patients du remboursement.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2009 — 2076

[C - 2009/22310]

**8 JUNI 2009. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten**

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003 en 13 december 2006;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, artikel 32, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op het voorstel van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 17 juni 2003;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 18 maart 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 20 maart 2009;

Gelet op de notificatie aan de aanvrager van 3 april 2009;

Gelet op het arrest nr 190.360 gegeven door de Raad van State op 12 februari 2009, waarbij het ministerieel besluit van 21 oktober 2003 tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, wat betreft de farmaceutische specialiteiten DOCSIMVASTA 20 en DOCSIMVASTA 40, werd vernietigd.

Gelet op de dringende noodzakelijkheid, gemotiveerd door de voornoemde vernietiging, bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad* van 8 mei 2009, die de daaropvolgende wijzigingen van de lijst van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten die deze specialiteiten betreffen en die in werking zijn getreden na 1 augustus 2004 hun juridische basis ontnemt.

Het is dus noodzakelijk dat dit besluit dat die specialiteiten invoegt in de lijst van de vergoedbare specialiteiten onmiddellijk wordt genomen om de patiënten de terugbetaling niet te ontfangen.