

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^{er} 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 ontzeggen.

Vu l'avis n° 46.656/1 du Conseil d'Etat, donné le 14 mai 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

Article 1^{er}. Au chapitre IV-B de l'annexe I^{re} de 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, tel qu'il a été modifié à ce jour, il est inséré un § 277, rédigé comme suit :

§ 277 :

a) Les spécialités mentionnées au point f) font l'objet d'un remboursement :

1. En catégorie A : non applicable

2. En catégorie B, pour autant qu'elles soient administrées chez des bénéficiaires pour le traitement d'une hypercholestérolémie primaire (définie par la présence d'un cholestérol sérique total ≥ 190 mg/dl, ou d'un LDL-cholestérol ≥ 115 mg/dl, mesurés à jeun, à au moins deux reprises avec 1 à 8 semaines d'intervalle, en état stable, sous régime approprié) pour autant qu'ils se trouvent dans au moins une dans une des deux situations à risque suivantes :

2.1. le calcul du risque cardiovasculaire absolu individuel chez le patient donne actuellement (ou a, ou aurait donné (*)) un résultat supérieur à 20 % à 10 ans ou supérieur à 20 % extrapolé à 60 ans, ce risque étant calculé sur base des recommandations de la Task Force Européenne (European Heart Journal 1998) en tenant compte de l'âge, du sexe, du taux de cholestérol sérique, de la pression artérielle systolique, du tabagisme et d'un diabète sucré.

(*) dans le cas où la prise d'un traitement avec un médicament hypolipémiant a actuellement entraîné une amélioration de son profil de risque.

2.2. Antécédent d'au moins une atteinte artérielle, dûment documentée par un examen technique complémentaire dans le dossier médical tenu par le prescripteur pour le patient concerné :

2.2.1. soit coronaire : infarctus, angor objectif, syndrome coronarien aigu, pontage aorto-coronaire, angioplastie coronaire;

2.2.2. soit cérébrale : accident vasculaire cérébral thrombotique, accident ischémique transitoire documenté;

2.2.3. soit périphérique : claudication intermittente documentée.

b) En outre, la prescription donnant lieu au remboursement doit être faite conformément aux conditions suivantes :

1. le médecin prescripteur tient compte d'une posologie maximale remboursable de 40 mg par jour.

2. le médecin prescripteur vérifie l'impact du traitement par la réalisation annuelle d'un profil lipidique notifié dans le dossier médical tenu pour ce patient;

3. le médecin prescripteur tient compte du non remboursement des spécialités mentionnées au point f), simultanément avec celui d'un autre hypolipémiant (fibrate, résine, ou dérivé de l'acide nicotinique), sauf lorsque les conditions relatives à l'association visée, telles qu'elles figurent dans la réglementation de l'autre hypolipémiant concerné, sont remplies.

c) L'autorisation de remboursement sera délivrée par le médecin-conseil sur base d'un formulaire de demande, dont le modèle est repris à l'annexe A du présent paragraphe, sur lequel le médecin traitant, par sa signature et en cochant la case ou les cases correspondant à une situation clinique visée au point a), atteste que le patient concerné se trouve dans la situation susmentionnée au moment de la demande, et s'engage à tenir à la disposition du médecin conseil les éléments de preuve relatifs à la situation du patient, ainsi qu'à tenir compte des conditions du point b) lors de sa prescription.

d) Sur base du formulaire de demande visé ci-dessus, dûment complété et signé par le médecin traitant, le médecin-conseil délivre au bénéficiaire l'attestation dont le modèle est fixé sous « d » de l'annexe III du présent arrêté, dont la durée de validité est limitée à 12 mois.

e) Ces autorisations de remboursement, délivrées sur base de la présente réglementation, peuvent être prolongées pour des périodes renouvelables de 60 mois maximum sur base du modèle "d" dûment complété par le médecin traitant et renvoyé au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Gelet op advies nr 46.656/1 van de Raad van State, gegeven op 14 mei 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

Artikel 1. In hoofdstuk IV-B van de bijlage I van 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, zoals tot op heden gewijzigd, wordt een § 277 toegevoegd, luidende :

§ 277 :

a) De specialiteiten vermeld in punt f) komen voor vergoeding in aanmerking :

1. In categorie A : niet van toepassing

2. In categorie B, voor zover ze zijn toegediend bij rechthebbenden voor de behandeling van een primaire hypercholesterolemie (gedefinieerd als totaal cholesterol ≥ 190 mg/dl, of LDL-cholesterol ≥ 115 mg/dl, nuchter gemeten tijdens minstens twee afnames met 1 tot 8 weken tussentijd, in een stabiele toestand, onder een aangepast dieet), voor zover deze zich in minstens een van de twee volgende risicosituaties bevinden :

2.1. de berekening van het individuele absolute cardiovasculaire risico een resultaat geeft nu (of had, of zou geven op een bepaalde datum (*)) hoger dan 20 % op 10 jaar of hoger dan 20 % geëxtrapolerd op 60 jaar, waarbij dit risico werd berekend op basis van de aanbevelingen van de Europese Task Force (European Heart Journal 1998) rekening houdend met de leeftijd, het geslacht, het totale cholesterolniveau, de systolische arteriële druk, tabagisme en een diabetesstoestand.

(*) in het geval dat het volgen van een behandeling met een hypolipemierend geneesmiddel momenteel een verbetering van zijn/haar risicoprofiel heeft veroorzaakt.

2.2. Antecedent van minstens een arteriële aandoening, grondig gedocumenteerd door een bijkomend technisch onderzoek in het medisch dossier dat door de voorschrijver voor deze patiënt wordt bijgehouden :

2.2.1. ofwel coronaire : infarctus, geobjectiveerde angor, acuut coronair syndroom, aorto-coronaire bypass, coronaire angioplastie

2.2.2. ofwel cerebraal : cerebrovasculair thrombotisch accident, gedocumenteerd transitair ischemisch accident

2.2.3. ofwel perifeer : gedocumenteerd claudicatio intermittens

b) bovendien moet het voorschrift dat aanleiding geeft tot vergoeding opgesteld zijn, conform aan volgende voorwaarden :

1. de voorschrijvende arts houdt rekening met een maximale vergoedbare dosering van 40 mg per dag;

2. de voorschrijvende arts gaat de impact van de behandeling na door jaarlijks een lipidenprofiel uit te voeren, waarvan melding wordt gemaakt in het medisch dossier dat voor deze patiënt wordt bijgehouden;

3. de voorschrijvende arts houdt rekening met de niet vergoeding van de specialiteiten vermeld in punt f), tegelijk met een ander hypolipemierend geneesmiddel (fibraat, resinaat, of een nicotinezuur-derivaat), behalve indien aan de voorwaarden voor de bedoelde associatie, zoals ze voortkomen in de reglementering van het andere hypolipemierend geneesmiddel, is voldaan.

c) De machtiging tot vergoeding wordt afgeleverd door de advise-rend geneesheer op basis van een aanvraagformulier, waarvan het model is hernomen in bijlage A van deze paragraaf, en waarop de behandelende geneesheer, door zijn handtekening te plaatsen en het vakje of de vakjes aan te kruisen die overeenstemmen met de klinische situatie bedoeld onder punt a) hierboven, attesteert dat de betrokken patiënt zich op het moment van de aanvraag in de hierboven vermelde situatie bevindt en er zich toe verbindt de bewijsstukken met betrekking tot de situatie van de patiënt ter beschikking te houden van de adviserend geneesheer, alsook bij het voorschrijven rekening te houden met de voorwaarden in punt b).

d) Op basis van een aanvraagformulier, hieronder vermeld, ondertekend en behoorlijk ingevuld door de behandelende geneesheer, levert de adviserend geneesheer aan de rechthebbende het attest uit, vastgesteld onder « d » van bijlage III bij dit besluit, en waarvan de geldigheidsduur is beperkt tot 12 maanden.

e) Deze machtigingen tot vergoeding, afgeleverd op basis van de huidige reglementering, kunnen verlengd worden voor hernieuwbare periodes van maximum 60 maanden op basis van een model « d », behoorlijk ingevuld door de behandelende geneesheer en terugge-stuurd naar de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling.

f) Spécialités concernées :

f) Betrokken specialiteiten :

- I = Intervention des bénéficiaires visés à l'article 37, §1er et §19, de la loi coordonnée par l'arrêté royal du 14.7.94 qui ont droit à une intervention majorée de l'assurance.
 I = Aandeel van de rechthebbenden bedoeld in artikel 37, §1 en §19, van de bij het koninklijk besluit van 14.7.94 gecoördineerde wet, die recht hebben op een verhoogde verzekeringstegemoetkoming.
 II = Intervention des autres bénéficiaires.
 II = Aandeel van de andere rechthebbenden.

Dénomination / Benaming (Demandeur / Aanvrager)								
Cat.	Code	Conditionnements	Verpakkingen	Obs Opm	Prix Prijs	Base de remb. Basis van tegemeotk	I	II
DOCSIMVASTA 20 mg		DOCPHARMA		ATC: C10AA01				
A-45	1777-093	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	33,61	33,61	0,00	0,00
A-45	1777-127	84 filmomhulde tabletten, 20 mg	84 comprimés pelliculés, 20 mg	G	67,92	67,92	0,00	0,00
A-45 *	0774-737	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,7535	0,7535		
A-45 **	0774-737	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,6688	0,6688		
DOC SIMVASTA 40 mg		DOCPHARMA		ATC: C10AA01				
A-45	1777-085	28 filmomhulde tabletten, 40 mg	28 comprimés pelliculés, 40 mg	G	48,40	48,40	0,00	0,00
A-45	1777-101	56 filmomhulde tabletten, 40 mg	56 comprimés pelliculés, 40 mg	G	71,58	71,58	0,00	0,00
A-45	1777-119	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	117,96	117,96	0,00	0,00
A-45 *	0774-745	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,1430	1,1430		
A-45 **	0774-745	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,0704	1,0704		
DOCSIMVASTA 20 mg		DOCPHARMA		ATC: C10AA01				
B-41	1777-093	28 filmomhulde tabletten, 20 mg	28 comprimés pelliculés, 20 mg	G	33,61	33,61	5,04	8,40
B-41	1777-127	84 filmomhulde tabletten, 20 mg	84 comprimés pelliculés, 20 mg	G	67,92	67,92	9,90	14,80
B-41 *	0774-737	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,7535	0,7535		
B-41 **	0774-737	1 filmomhulde tablet, 20 mg	1 comprimé pelliculé, 20 mg	G	0,6688	0,6688		
DOCSIMVASTA 40 mg		DOCPHARMA		ATC: C10AA01				
B-41	1777-085	28 filmomhulde tabletten, 40 mg	28 comprimés pelliculés, 40 mg	G	48,40	48,40	6,60	9,90
B-41	1777-101	56 filmomhulde tabletten, 40 mg	56 comprimés pelliculés, 40 mg	G	71,58	71,58	6,60	9,90
B-41	1777-119	98 filmomhulde tabletten, 40 mg	98 comprimés pelliculés, 40 mg	G	117,96	117,96	9,90	14,80
B-41 *	0774-745	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,1430	1,1430		
B-41 **	0774-745	1 filmomhulde tablet, 40 mg	1 comprimé pelliculé, 40 mg	G	1,0704	1,0704		

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur au 1^{er} décembre 2003 et cesse d'être en vigueur le 1^{er} août 2004.

Bruxelles, le 8 juin 2009.

Mme L. ONKELINX

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 december 2003 en treedt buiten werking op 1 augustus 2004.

Brussel, 8 juni 2009.

Mevr. L. ONKELINX

**SERVICE PUBLIC FEDERAL JUSTICE
ET SERVICE PUBLIC FEDERAL INTERIEUR**

F. 2009 — 2077

[C — 2009/09301]

**31 MAI 2009. — Arrêté royal
portant modification du PJPoI concernant la réserve de recrutement
dans le cadre de la mobilité**

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

Vu la loi du 7 décembre 1998 organisant un service de police intégré, structuré à deux niveaux, l'article 121, remplacé par la loi du 26 avril 2002;

Vu l'arrêté royal du 30 mars 2001 portant la position juridique du personnel des services de police (PJPoI);

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST JUSTITIE
EN FEDERALE OVERHEIDSDIENST BINNENLANDSE ZAKEN**

N. 2009 — 2077

[C — 2009/09301]

**31 MEI 2009. — Koninklijk besluit
tot wijziging van het RPPoI inzake de wervingsreserve
in het raam van de mobiliteit**

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

Gelet op de wet van 7 december 1998 tot organisatie van een geïntegreerde politiedienst, gestructureerd op twee niveaus, artikel 121, vervangen bij de wet van 26 april 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 30 maart 2001 tot regeling van de rechtspositie van het personeel van de politiediensten (RPPoI);