

**Art. 3.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Poitiers, le 10 août 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

**Art. 3.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Poitiers, 10 augustus 2015.

FILIP

Van Koningswege :

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

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C – 2015/22310]

**23 AOUT 2015. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés**

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, notamment l'article 34, 1<sup>er</sup> alinéa, 19°, remplacé par la loi du 24 décembre 1999, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié en dernier lieu par la loi du 26 décembre 2013, l'article 35, § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et l'article 37, § 14bis, inséré par la loi du 20 décembre 1995 et remplacé par la loi du 24 décembre 1999;

Vu l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés;

Considérant que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux n'a pas formulé d'avis dans le délai de cinq jours, mentionné à l'article 27, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et qu'en application de cette disposition de loi, l'avis concerné est donc réputé avoir été donné;

Vu les propositions de la Commission de conventions pharmaciens – organismes assureurs, formulées les 28 juin 2013 et 7 février 2014;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 25 juin 2014;

Vu l'avis du Comité de l'Assurance des Soins de Santé, donné le 14 juillet 2014;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, rendu le 9 février 2015;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 6 mars 2015;

Vu l'avis 57.235/2 du Conseil d'Etat, donné le 30 mars 2015, 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;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 2 de l'arrêté royal du 20 juillet 2007 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de la nutrition parentérale pour des

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2015/22310]

**23 AUGUSTUS 2015. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden**

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, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 19°, vervangen bij de wet van 24 december 1999, artikel 35, § 1, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 december 2013, artikel 35, § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997 en op artikel 37, § 14bis, ingevoegd bij de wet van 20 december 1995 en vervangen bij de wet van 24 december 1999;

Gelet op het koninklijk besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden;

Overwegende dat door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle geen advies is geformuleerd binnen de termijn van vijf dagen, vermeld in artikel 27, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en dat het betrokken advies dienvolgens met de toepassing van die wetsbepaling wordt geacht te zijn gegeven;

Gelet op het voorstel van de overeenkomstencommissie apothekers – verzekeringsinstellingen, geformuleerd op 28 juni 2013 en 7 februari 2014;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 25 juni 2014;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, gegeven op 14 juli 2014;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 9 februari 2015;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 6 maart 2015;

Gelet op advies 57.235/2 van de Raad van State, gegeven op 30 maart 2015, 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 Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 2 van het koninklijk besluit van 20 juli 2007 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de

bénéficiaires ambulatoires non hospitalisés, les modifications suivantes sont apportées :

a) dans la première phrase, les mots « atteints d'une des pathologies suivantes : » sont remplacés par les mots « appartenant à une des catégories suivantes : »

b) le A est remplacé par ce qui suit :

« A: être atteint d'une insuffisance intestinale temporaire ou permanente à la suite de :

1° maladies inflammatoires idiopathiques de l'intestin (maladie de Crohn, rectocolite ulcéro-hémorragique) :

a) résistantes aux médicaments et

b) ayant atteint des segments étendus de l'intestin

2° résections intestinales étendues;

3° malabsorption intestinale très sévère consécutive à :

a) entérite radique;

b) atrophie villositaire totale (maladie coeliaque) ou affections équivalentes qui ne répondent pas à un traitement classique;

c) lymphomes intestinaux;

d) pancréatite chronique dont il est démontré que l'alimentation par voie orale ou la nutrition entérale par sonde est impossible;

e) mucoviscidose;

f) carcinomatose péritonéale avec occlusion intestinale;

4° surinfection du tube digestif chez les bénéficiaires atteints du "syndrome d'immunodéficience acquise"

5° diarrhée rebelle de l'enfant, d'origine congénitale ou acquise

6° ascite chyleuse rebelle. »

c) l'article est complété par un D rédigé comme suit :

« D: être atteint d'un grave trouble fonctionnel du système gastro-intestinal ayant un important impact sur l'état nutritionnel qu'il était impossible de corriger d'une manière acceptable par la voie orale ou entérale (par sonde naso-duodénale ou sonde de jéjunostomie). Un rapport circonstancié avec l'historique des traitements doit être rédigé par le médecin spécialiste et joint à la demande dont il est question à l'article 3. »

**Art. 2.** L'article 3 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 3. Pour obtenir l'intervention, le médecin spécialiste travaillant en collaboration avec une équipe médicale hospitalière à caractère multidisciplinaire ayant une expérience en la matière envoie au médecin-conseil une demande au moyen d'un formulaire dont le modèle est joint en annexe I au présent arrêté. »

**Art. 3.** L'article 4 du même arrêté modifié par l'arrêté royal du 9 septembre 2008 est remplacé par les alinéas 3 et 4 de l'article 5 ancien.

**Art. 4.** L'article 5 du même arrêté est remplacé par l'article 3 ancien.

kosten van parenterale voeding voor ambulante niet in het ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) in de eerste zin worden de woorden "die lijden aan één van de volgende pathologieën" vervangen door de woorden "die behoren tot één van de volgende categorieën :"

b) wordt de bepaling onder A vervangen als volgt :

"A : lijden aan een tijdelijke of blijvende intestinale insufficiëntie ten gevolge van :

1° idiopathische inflammatoire intestinale ziekten (ziekte van Crohn, colitis ulcerosa) :

a) die geneesmiddelenresistent zijn en

b) die uitgebreide segmenten van de darm hebben aangetast;

2° uitgebreide intestinale resecties;

3° zeer ernstige intestinale malabsorptie ten gevolge van :

a) radio-enteritis;

b) totale darmvlokkenatrofie (coeliakie) of equivalente aandoeningen die niet beantwoorden aan een klassieke behandeling;

c) intestinale lymfomen;

d) chronische pancreatitis waarvan wordt aangetoond dat orale of maagsondevoeding onmogelijk is;

e) mucoviscidose (cystische fibrose, taaislijmziekte);

f) peritoneale carcinomatose met intestinale occlusie;

4° surinfectie van het spijsverteringskanaal bij rechthebbenden die lijden aan "acquired immune deficiency syndrome"

5° aanhoudende diarree bij kinderen, aangeboren of verworven

6° weerstandige chyleuze ascites."

c) het artikel wordt aangevuld met de bepalingen onder D, luidende :

"D: lijden aan een ernstige functionele stoornis van het gastro-intestinale systeem met gedocumenteerde belangrijke weerslag op de voedingstoestand, waarbij het onmogelijk was om via orale of enterale weg (via nasoduodenale sonde of percutane jejunale sonde) de voedingstoestand op een aanvaardbare manier te corrigeren. Een omstandig verslag met de historiek van de behandelingen moet door de arts-specialist opgesteld worden en aan de aanvraag bedoeld in artikel 3 toegevoegd worden."

**Art. 2.** Het artikel 3 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

"Art. 3. Met het oog op het verkrijgen van de tegemoetkoming wordt door de arts-specialist die samenwerkt met een multidisciplinair ziekenhuisteam dat ervaring heeft in deze materie, aan de adviserend geneesheer een gemotiveerde aanvraag gericht door middel van een formulier waarvan het model als bijlage I bij dit besluit gevoegd is."

**Art. 3.** Het artikel 4 van hetzelfde besluit gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 september 2008 wordt vervangen door leden 3 en 4 van het vroegere artikel 5.

**Art. 4.** Artikel 5 van het zelfde besluit wordt vervangen door het vroegere artikel 3.

**Art. 5.** L'article 6 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 6. § 1<sup>er</sup>. Par mélange total de nutrition parentérale ce forfait est de :

1° poches « à la carte » adultes

75 euros par jour

Le pseudocode 751354 est attribué.

2° poches « à la carte » enfants jusqu'à 17 ans inclus

83 euros par jour

Le pseudocode 751376 est attribué.

3° pré-mélanges industriels avec ou sans ajout de minéraux et/ou vitamines

60 euros par jour

Le pseudocode 751391 est attribué.

4° poches « per dialytique »

35 euros par jour

Le pseudocode 751413 est attribué.

Les spécialités pharmaceutiques remboursables incorporées dans la poche sont remboursées séparément par l'assurance dans les conditions fixées à l'article 95, § 2a), de l'arrêté royal du 21 décembre 2001, étant entendu que les liquides à perfusion des groupes de remboursement B-181 à B-186 sont remboursés à 100 % de la base de remboursement.

La quote-part du bénéficiaire s'élève à 0,62 euro par jour pendant toute la période couverte par l'autorisation accordée par le médecin-conseil, comme il est prévu à l'article 2, §2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991.

§ 2. Le montant de l'intervention de l'assurance est réclamé mensuellement par l'établissement hospitalier à l'organisme assureur du bénéficiaire via le pseudo-code qui sera transmis par voie digitale ou par la facture papier. »

**Art. 6.** L'article 7 du même arrêté est remplacé par ce qui suit :

« Art. 7. Le Collège des médecins-directeurs peut proposer des modifications à la liste des affections visées à l'article 2 et aux interventions de l'assurance, visées à l'article 6. »

**Art. 7.** Dans le même arrêté, il est inséré un article 8 rédigé comme suit :

« Art. 8. Toutes les demandes d'intervention accordées par le médecin conseil avant l'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables durant leur période de validité. »

**Art. 8.** Dans le même arrêté, les annexes I et II sont remplacées par les annexes I et II jointes au présent arrêté.

**Art. 9.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du mois qui suit l'expiration d'un délai de dix jours prenant cours le jour suivant sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 10.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Genève, le 23 août 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

**Art. 5.** Artikel 6 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

“Art. 6. § 1. Dat forfait bedraagt per totaal parenteraal voedingsmengsel :

1° zakken «op maat» voor volwassenen

75 euro per dag

De pseudocode 751354 wordt toegekend.

2° zakken «op maat» voor kinderen tot en met 17 jaar

83 euro per dag

De pseudocode 751376 wordt toegekend.

3° industriële pre-mengsels waaraan al dan niet mineralen en/of vitamines toegevoegd worden

60 euro per dag

De pseudocode 751391 wordt toegekend.

4° zakken « per dialyse »:

35 euro per dag

De pseudocode 751413 wordt toegekend.

De vergoedbare farmaceutische specialiteiten, verwerkt in de zak, worden afzonderlijk door de verzekering vergoed onder de voorwaarden vastgesteld in artikel 95, § 2a), van het koninklijk besluit van 21 december 2001, met dien verstande dat de perfusievlloeistoffen van de vergoedingsgroepen B-181 tot B-186 vergoedbaar zijn aan 100% van de vergoedingsbasis.

Het aandeel van de rechthebbende bedraagt 0,62 euro per dag tijdens de ganse periode welke door de machtiging van de adviserend geneesheer is gedekt, zoals bepaald is bij artikel 2, §2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991.

§ 2. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming wordt maandelijks gevorderd door het ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende door middel van de pseudocode die langs digitale weg of met een papieren factuur wordt doorgestuurd.”

**Art. 6.** Het artikel 7 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

“Art. 7. Het College van geneesheren-directeurs kan wijzigingen voorstellen aan de lijst van de aandoeningen bedoeld in artikel 2 en aan de tegemoetkomingen van de verzekering, bedoeld in artikel 6.”

**Art. 7.** In hetzelfde besluit wordt een artikel 8 ingevoegd, luidende :

“Art. 8. Alle aanvragen voor tegemoetkoming goedgekeurd door de adviserend geneesheer vóór de inwerkingtreding van dit besluit blijven geldig gedurende hun geldigheidsduur.”

**Art. 8.** In hetzelfde besluit worden de bijlagen I en II vervangen door de bijlagen I en II gevoegd bij dit besluit.

**Art. 9.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de maand die volgt op het verstrijken van een termijn van tien dagen die ingaat de dag na de bekendmaking ervan in het *Belgisch Staatsblad*.

**Art. 10.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Genève, 23 augustus 2015.

FILIP

Van Koningswege :

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













