

diabeteszelfregulatie (in het kader van zijn “zorgtraject diabetes”) met regelmatige glycemiecontrole (gemiddeld 25 metingen per maand) volgt of gaat volgen.»

2° het vijfde lid wordt vervangen als volgt:

« De rechthebbende die een zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten en die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint, heeft per periode van 6 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, recht op een pakket dat het volgende bevat:

- 3 dozen van 50 strips
- 1 doos van 100 lancetten »

3° In het zesde lid, worden de bepalingen onder 1° opgeheven.

4° In het zesde lid, worden de bepalingen onder 2° vervangen als volgt:

« 2° voor een rechthebbende die een insuliner therapie of een behandeling met een incretinemimeticum begint of heeft en een diabeteszelfregulatie (in het kader van zijn “zorgtraject diabetes”) volgt of gaat beginnen »

5° In het zesde lid, worden de bepalingen onder 3°, 4°, 5° en 6° opgeheven.

6° Het negenste lid wordt opgeheven.

7° In het tiende lid, worden de woorden “waaruit blijkt dat de voorwaarden op het vlak van de verplichte educatie vervuld zijn.” opgeheven.

8° Het twaalfde lid wordt opgeheven.

Art. 2. In hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 1, § 2, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij hetzelfde besluit, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° Het eerste lid wordt aangevuld met de woorden « en die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint. »

2° Het tweede lid wordt vervangen als volgt:

“De bloedglucosemeter wordt voorgeschreven door de huisarts die een zorgtrajectcontract diabetes heeft afgesloten met de betrokken rechthebbende die een behandeling met insuline of met een incretinemimeticum heeft of begint of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende.”

Art. 3. In hoofdstuk 3, afdeling 2, onderafdeling 1, § 3, van deel 1 van de bijlage gevoegd bij hetzelfde besluit, wordt het zevende lid opgeheven.

Art. 4. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin ze is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

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

Gegeven te Brussel, 1 maart 2018.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
M. DE BLOCK

incrétino-mimétique et qui suit ou va suivre une autogestion diabétique (dans le cadre de son « trajet de soins diabète ») dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu. »

2° L’alinéa 5 est remplacé par ce qui suit :

« Le bénéficiaire qui a conclu un contrat trajet de soins diabète et qui a un traitement ou entame un traitement à l’insuline ou avec un incrétino-mimétique, a droit par période de 6 mois, à compter à partir de la date de la 1^{ère} prescription, à un package comprenant :

- 3 conditionnements de 50 tiges
- 1 conditionnement de 100 lancettes »

3° Dans l’alinéa 6, le 1° est abrogé.

4° Dans l’alinéa 6, le 2° est remplacé comme suit :

« 2° pour un bénéficiaire qui entame ou qui suit une thérapie à l’insuline ou un traitement au moyen d’un incrétino-mimétique et qui suit ou va entamer une autogestion diabétique (dans le cadre de son « trajet de soins diabète ») »

5° Dans l’alinéa 6, les 3°, 4°, 5° et 6° sont abrogés.

6° L’alinéa 9 est abrogé.

7° Dans l’alinéa 10, les mots « témoignant qu’il a été satisfait aux conditions en matière d’éducation obligatoire. » sont abrogés.

8° L’alinéa 12 est abrogé.

Art. 2. Au chapitre 3, section 2, sous-section 1, § 2 de la partie 1 de l’annexe jointe au même arrêté, les modifications suivantes sont apportées :

1° L’alinéa 1 est complété par les mots « et qui a un traitement ou entame un traitement à l’insuline ou avec un incrétino-mimétique. »

2° L’alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

« Le glucomètre est prescrit par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins diabète avec le bénéficiaire concerné qui a un traitement ou entame un traitement à l’insuline ou avec un incrétino-mimétique ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. »

Art. 3. Au chapitre 3, section 2, sous-section 1, § 3 de la partie 1 de l’annexe jointe au même arrêté, l’alinéa 7 est abrogé.

Art. 4. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

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} mars 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2018/11230]

1 MAART 2018. — 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 Groot.

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;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2018/11230]

1^{er} MARS 2018. — 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 ;

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 7 november 2016;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 16 november 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 21 november 2016;

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 3 maart 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 2 oktober 2017;

Gelet op het advies nr. 62.609/2 van de Raad van State, gegeven op 3 januari 2018, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, 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. Artikel 10, tweede lid, 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, wordt vervangen door de volgende bepaling:

“Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3,2°, wordt als raadpleging van een geneesheer-specialist eveneens in aanmerking genomen de aanrekening van het honorarium met de pseudocode 470293-470304 of 470330-470341 in toepassing van een overeenkomst betreffende de financiering van dialyse gesloten met een ziekenhuis overeenkomstig artikel 22,6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.”

Art. 2. In hetzelfde besluit wordt een artikel 11/1 toegevoegd, luidend als volgt :

“Art. 11/1. § 1. Het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11, § 2,1°, is niet verschuldigd vanaf de eerste verjaardag van het begin van het zorgtraject nadat de rechthebbende in aanmerking komt voor een tegemoetkoming in toepassing van een overeenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellitus-patiënten, gesloten overeenkomstig de artikelen 22,6°, en 23, § 3, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tenzij de rechthebbende behoort tot de groep van rechthebbenden behandeld met 2 of meer injecties glucoseverlagende middelen per etmaal of met 1 injectie per etmaal op bepaalde dagen aangevuld door een bijkomende injectie waarvan de werking verschillende etmalen bestrijkt, en multimorbiditeit, gekenmerkt door het zich voordoen van een ernstige medische situatie naast de diabetes (groep C1 van de overeenkomst). In het geval dat het Verzekeringscomité groep C1 van genoemde overeenkomst zou wijzigen, is deze wijziging ook van toepassing in het kader van dit besluit.

§ 2. Het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11, § 2,2°, is niet verschuldigd vanaf de eerste verjaardag van het begin van het zorgtraject nadat de rechthebbende in aanmerking komt voor een tegemoetkoming in toepassing van een overeenkomst betreffende de financiering van dialyse gesloten met een ziekenhuis overeenkomstig artikel 22,6°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

Art. 3. Dit koninklijk besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 1 maart 2018.

FILIP

Van Koningswege :

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

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 7 novembre 2016 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 16 novembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 21 novembre 2016;

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 3 mars 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2 octobre 2017;

Vu l'avis n° 62.609/2 du Conseil d'Etat, donné le 3 janvier 2018, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, 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}. L'article 10, 2^{ème} alinéa, 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 est remplacé par la disposition suivante :

“Pour les bénéficiaires visés dans l'article 3, 2°, est également pris en compte comme consultation d'un médecin spécialiste l'attestation des honoraires avec le pseudo-code 470293-470304 ou 470330-470341 en application d'une convention relative au financement de la dialyse conclue avec un hôpital conformément à l'article 22, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. »

Art. 2. Un article 11/1 est ajouté dans le même arrêté, libellé comme suit :

“Art. 11/1. § 1^{er}. Les honoraires forfaitaires visés dans l'article 11, § 2, 1° ne sont pas dus à partir du premier anniversaire du début du trajet de soins après que le bénéficiaire entre en considération pour une intervention en application d'une convention en matière d'autogestion des patients atteints de diabète sucré, conclue conformément aux articles 22, 6° et 23, § 3 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à moins que le bénéficiaire n'appartienne au groupe de bénéficiaires traités avec 2 injections d'antidiabétiques ou plus par nyctémère ou avec 1 injection par nyctémère complétée certains jours par une injection complémentaire couvrant plusieurs nyctémères, et une multimorbidité qui se caractérise par l'apparition d'une situation médicale grave à côté du diabète (groupe C1 de la convention). Dans le cas où le Comité de l'assurance modifierait le groupe C1 de la convention susnommée, cette modification serait également d'application dans le cadre du présent arrêté

§ 2. Les honoraires forfaitaires visés dans l'article 11, § 2, 2°, ne sont pas dus à partir du premier anniversaire du début du trajet de soins après que le bénéficiaire entre en considération pour une intervention en application d'une convention en matière de financement de la dialyse conclue avec un hôpital conformément à l'article 22, 6°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. Le présent arrêté royal entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 1^{er} mars 2018.

PHILIPPE

Par le Roi :

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