

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 442

[C — 2009/22031]

21 JANVIER 2009. — Arrêté royal 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

ALBERT II, 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;

Vu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste, donné le 30 juin 2008;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 2 juillet 2008;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 7 juillet 2008;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 21 octobre 2008;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 18 novembre 2008;

Vu l'avis n° 45.628/1 du Conseil d'Etat, donné le 30 décembre 2008, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent arrêté royal fixe les règles suivant lesquelles l'assurance soins de santé stimule la collaboration entre les médecins généralistes et les médecins spécialistes à l'intention des bénéficiaires atteint d'une pathologie chronique déterminée et ayant besoin de soins dans le cadre d'un trajet de soins.

Il règle également les conséquences concernant la nature et le taux des honoraires des dispensateurs de soins et de l'intervention de l'assurance, qui découlent du respect ou du non-respect des règles visées à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

CHAPITRE I<sup>er</sup>. — Définition d'un trajet de soins

**Art. 2.** Par trajet de soins au sens du présent arrêté, il convient d'entendre la prise en charge organisée d'un patient chronique atteint d'une pathologie déterminée, sur la base d'un contrat « trajet de soins » qui fixe pour une période initiale de quatre ans les modalités de la collaboration entre le médecin généraliste, le médecin spécialiste et le bénéficiaire en vue de réaliser des engagements et des objectifs personnalisés s'appuyant sur des recommandations *evidence-based* de bonne pratique. La prise en charge organisée est soutenue par des interventions intégrées de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en faveur du bénéficiaire, du médecin généraliste et du médecin spécialiste et est étayée par une collecte de données cliniques en vue de l'évaluation de la qualité et de l'efficacité des soins administrés et en vue d'un feed-back.

CHAPITRE II. — Bénéficiaires pouvant prétendre à un trajet de soins

**Art. 3.** Pour pouvoir prétendre à un trajet de soins, le bénéficiaire doit être atteint d'une des pathologies suivantes :

- 1° diabète sucré de type 2;
- 2° insuffisance rénale chronique.

**Art. 4.** La Commission nationale médico-mutualiste fixe, de sa propre initiative ou sur proposition du Conseil national de la promotion de la qualité visé à l'article 122<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour chaque catégorie de bénéficiaires visée à l'article 3 les critères médicaux d'inclusion auxquels le bénéficiaire doit satisfaire pour pouvoir prétendre à un trajet de soins.

Parallèlement aux critères d'inclusion, la Commission nationale médico-mutualiste fixe, de sa propre initiative ou sur proposition du conseil visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>, pour chaque pathologie les éventuels critères d'exclusion, le plan de suivi, les indicateurs de qualité et les recommandations relatives à l'équipe multiprofessionnelle et aux modalités de la collaboration entre le médecin généraliste et le médecin spécialiste.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 442

[C — 2009/22031]

21 JANUARI 2009. — Koninklijk besluit 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

ALBERT II, 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;

Gelet op het advies van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven op 30 juni 2008;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 2 juli 2008;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 7 juli 2008;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 21 oktober 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 18 november 2008;

Gelet op het advies nr. 45.628/1 van de Raad van State, gegeven op 30 december 2008 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en op het advies van Onze in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Onderhavig besluit bepaalt de regels volgens dewelke de verzekering voor geneeskundige verzorging de samenwerking bevordert tussen de huisartsen en de geneesheren-specialisten ten behoeve van rechthebbenden met een welbepaalde chronische pathologie en die verzorging nodig hebben in het raam van een zorgtraject.

Het regelt eveneens de gevolgen inzake de aard en de hoegrootheid van het honorarium van de zorgverleners en van de verzekeringstegevoelings die voortvloeien uit het naleven of niet-naleven van de regels bedoeld in het eerste lid.

HOOFDSTUK I. — Definitie van een zorgtraject

**Art. 2.** Onder zorgtraject in de zin van dit besluit wordt verstaan de georganiseerde tenlasteneming van een chronische patiënt met een welbepaalde pathologie op basis van een zorgtrajectcontract waarin voor een initiële periode van vier jaar de modaliteiten van de samenwerking tussen de huisarts, de geneesheer-specialist en de rechthebbende zijn bepaald met het oog op het realiseren van verbintenissen en gepersonaliseerde doelstellingen die gestoeld zijn op *evidence based* aanbevelingen van goede praktijk. De georganiseerde tenlasteneming wordt ondersteund door geïntegreerde tegemoetkomingen van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist en wordt onderbouwd door de inzameling van klinische gegevens met het oog op de evaluatie van de kwaliteit en de doelmatigheid van de geleverde zorg en op feedback.

HOOFDSTUK II. — Rechthebbenden die voor een zorgtraject in aanmerking komen

**Art. 3.** Om voor een zorgtraject in aanmerking te komen, moet de rechthebbende lijden aan één van volgende pathologieën :

- 1° diabetes mellitus type 2;
- 2° chronische nierinsufficiëntie.

**Art. 4.** De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen bepaalt, op eigen initiatief of op voorstel van de Nationale raad voor kwaliteitspromotie bedoeld in artikel 122<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor elke categorie van rechthebbenden bedoeld in artikel 3 de medische inclusiecriteria waaraan de rechthebbende moet voldoen om voor een zorgtraject in aanmerking te komen.

Samen met de inclusiecriteria bepaalt de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, op eigen initiatief of op voorstel van de in het eerste lid bedoelde raad, voor elke pathologie de eventuele exclusiecriteria, het follow up-plan, de kwaliteitsindicatoren en de aanbevelingen inzake het multiprofessioneel team en de modaliteiten van de samenwerking tussen de huisarts en de geneesheer-specialist.

CHAPITRE III. — *Contenu du contrat « trajet de soins »*

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** Pour chaque pathologie mentionnée à l'article 3, le Comité de l'assurance soins de santé fixe, sur proposition de la Commission nationale médico-mutualiste, conformément au règlement pris en exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le modèle de contrat « trajet de soins ».

Le modèle de contrat « trajet de soins » doit contenir au minimum les données suivantes :

1° l'identité et les coordonnées du bénéficiaire, du médecin généraliste et du médecin spécialiste de la discipline indiquée par la Commission nationale médico-mutualiste;

2° les données utiles aux paiements des honoraires forfaitaires visés dans le présent arrêté;

3° les droits du patient liés au trajet de soins;

4° les signatures datées des trois parties visées au 1°;

5° la signature datée du médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire;

6° la date à laquelle le trajet de soins débute;

7° les engagements du patient, du médecin généraliste et du médecin spécialiste tant en ce qui concerne le contenu des soins que l'administratif;

8° les objectifs individualisés et mesurables de processus et d'outcome liés à la prise en charge;

9° l'accord du bénéficiaire avec la collecte, la communication et le traitement de données de santé relatives à son trajet de soins, conformément à la législation sur le respect de la vie privée.

Le modèle de contrat « trajet de soins » peut en outre contenir des données concernant des dispensateurs de soins autres que le médecin généraliste et le médecin spécialiste et qui exercent un rôle dans le trajet de soins.

Le modèle de contrat « trajet de soins » peut être établi de telle sorte que les données visées aux 7° et 8° soient mentionnées dans une annexe structurée jointe au contrat « trajet de soins ».

Le modèle de contrat « trajet de soins » renferme une clause aux termes de laquelle le bénéficiaire n'ayant pas de dossier médical global chez le médecin généraliste qui signe le contrat « trajet de soins » confirme qu'il demande à ce médecin généraliste de gérer son dossier médical global.

Le modèle de contrat « trajet de soins » contient l'engagement du médecin généraliste de transmettre des données codées pour l'évaluation des trajets de soins, organisée en exécution du chapitre VIII du présent arrêté.

§ 2. Les règles telles que visées à l'article 1<sup>er</sup> relatives aux trajets de soins pour les bénéficiaires atteints d'une pathologie déterminée comme visée à l'article 3 prennent effet à la date d'entrée en vigueur du règlement modifiant le règlement visé au § 1<sup>er</sup>, qui fixe le modèle de contrat « trajet de soins » pour cette pathologie.

CHAPITRE IV. — *Début d'un trajet de soins*

**Art. 6. § 1<sup>er</sup>.** Le médecin généraliste et le médecin spécialiste signent le contrat « trajet de soins » à l'occasion d'une consultation.

Le médecin généraliste qui signe transmet le contrat « trajet de soins » signé par les trois parties à l'organisme assureur du bénéficiaire, par voie électronique ou sur papier.

La transmission électronique du contrat « trajet de soins » est effectuée conformément aux dispositions du protocole établi par la Commission nationale médico-mutualiste conformément à l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et d'autres personnes physiques ou morales en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution.

La transmission sur papier du contrat « trajet de soins » est effectuée en envoyant par la poste copie du contrat « trajet de soins » à l'organisme assureur du bénéficiaire.

§ 2. La date de l'horodateur ou du cachet de la poste fait foi comme date de réception de la copie du contrat « trajet de soins » par l'organisme assureur du bénéficiaire.

HOOFDSTUK III. — *Inhoud van het zorgtrajectcontract*

**Art. 5. § 1.** Voor elke pathologie vermeld in artikel 3 wordt, op voorstel van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen, door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het raam van de verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, het model van zorgtrajectcontract vastgelegd.

Het model van zorgtrajectcontract moet minimaal de volgende gegevens bevatten :

1° de identiteit en de contactgegevens van rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist van de discipline aangeduid door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen;

2° de gegevens voor betalingen van de forfaitaire honoraria bedoeld in dit besluit;

3° de rechten van de patiënt verbonden aan het zorgtraject;

4° de gedagtekende handtekeningen van de drie partijen bedoeld in 1°;

5° de gedagtekende handtekening van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende;

6° de datum waarop het zorgtraject begint;

7° de verbintenissen van de rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist, zowel zorginhoudelijk als administratief;

8° de geïndividualiseerde en meetbare outcome - en procesdoelstellingen verbonden aan de tenlasteneming;

9° het akkoord van de rechthebbende met het inzamelen, meedelen en verwerken van gezondheidsgegevens in verband met zijn zorgtraject, in overeenstemming met de wetgeving op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Het model van zorgtrajectcontract kan daarenboven gegevens bevatten in verband met andere zorgverleners dan de huisarts en de geneesheer-specialist en die een rol spelen in het zorgtraject.

Het model van zorgtrajectcontract kan zo worden opgemaakt dat de gegevens bedoeld in 7° en 8° opgenomen worden in een gestructureerde bijlage bij het zorgtrajectcontract.

Het model van zorgtrajectcontract bevat een clausule waarbij de rechthebbende die bij de huisarts die het zorgtrajectcontract ondertekent geen globaal medisch dossier heeft, bevestigt aan die huisarts te vragen dat hij zijn globaal medisch dossier zou beheren.

Het model van zorgtrajectcontract bevat de verbintenis van de huisarts om gecodeerde gegevens over te maken in het raam van de evaluatie van de zorgtrajecten, georganiseerd in uitvoering van Hoofdstuk VIII van dit besluit.

§ 2. De regels zoals bedoeld in artikel 1 betreffende de zorgtrajecten voor rechthebbenden met een bepaalde pathologie zoals bedoeld in artikel 3 treden in werking op de datum van inwerkingtreding van de verordening tot wijziging van de verordening bedoeld in § 1 tot vastlegging van het model van zorgtrajectcontract voor die pathologie.

HOOFDSTUK IV. — *Begin van een zorgtraject*

**Art. 6. § 1.** De huisarts en de geneesheer-specialist ondertekenen het zorgtrajectcontract naar aanleiding van een raadpleging.

De ondertekenende huisarts maakt het door de drie partijen ondertekende zorgtrajectcontract over aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende, ofwel elektronisch ofwel op papier.

De elektronische overmaking van het zorgtrajectcontract gebeurt overeenkomstig de bepalingen van het protocol opgemaakt door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en andere natuurlijke of rechtspersonen met toepassing van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

De overmaking op papier van het zorgtrajectcontract gebeurt door het overmaken via de post van een kopie van het zorgtrajectcontract aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

§ 2. De datum van de tijdstempel of van de poststempel geldt als bewijs van de datum van ontvangst van de kopie van het zorgtrajectcontract door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Le médecin-conseil de l'organisme assureur communique au bénéficiaire, au médecin généraliste et au médecin spécialiste que le contrat « trajet de soins » répond aux conditions du présent arrêté.

Le trajet de soins débute à la date de réception de la copie du contrat « trajet de soins » par l'organisme assureur du bénéficiaire.

CHAPITRE V. — *Honoraires forfaitaires des médecins pour la première année d'un trajet de soins*

**Art. 7. § 1<sup>er</sup>.** L'organisme assureur du bénéficiaire paie dans les trente jours suivant le début du trajet de soins des honoraires forfaitaires de 80 EUR pour la première année du trajet de soins au médecin généraliste qui signe.

Ces honoraires forfaitaires couvrent :

1° le développement du partenariat avec le médecin spécialiste et les autres dispensateurs de soins;

2° le renvoi en temps utile chez le médecin spécialiste;

3° le planning, la coordination et le suivi du planning de soins;

4° la concertation et la communication avec le médecin spécialiste;

5° utilisation des données enregistrées pour mesurer la compliance et le suivi individuels et collectifs des patients inclus;

6° l'enregistrement et la transmission de données conformément aux dispositions du Chapitre VIII du présent arrêté.

§ 2. Le paiement des honoraires forfaitaires au médecin généraliste pour la première année d'un trajet de soins est enregistré par l'organisme assureur au moyen :

1° du pseudocode 107015 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1°;

2° du pseudocode 107096 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2°.

**Art. 8. § 1<sup>er</sup>.** L'organisme assureur du bénéficiaire paie dans les trente jours suivant le début du trajet de soins des honoraires forfaitaires de 80 EUR pour la première année du trajet de soins au médecin spécialiste qui signe.

Ces honoraires forfaitaires couvrent :

1° le développement et la mise à jour du partenariat avec le médecin généraliste et les autres dispensateurs de soins;

2° le renvoi chez le médecin généraliste;

3° la concertation et la communication avec le médecin généraliste, en particulier lors de l'établissement du planning de soins;

4° l'assistance du médecin généraliste et, le cas échéant, de l'équipe des autres dispensateurs de soins.

§ 2. Les honoraires forfaitaires du médecin spécialiste sont payés uniquement :

1° à un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en endocrinologie-diabétologie, ou au médecin spécialiste en médecine interne enregistré auprès du Service soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité comme travaillant dans un service ayant conclu une convention de rééducation en matière de d'autogestion de patients atteints de diabète sucré si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1°;

2° à un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en néphrologie, ou au médecin spécialiste en médecine interne travaillant dans un centre de dialyse agréé si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2°.

§ 3. Le paiement des honoraires forfaitaires au médecin spécialiste pour la première année d'un trajet de soins est enregistré par l'organisme assureur au moyen :

1° du pseudocode 107030 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec le bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1°;

2° du pseudocode 107111 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2°.

De adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling deelt aan de rechthebbende, de huisarts en de geneesheer-specialist mee dat het zorgtrajectcontract beantwoordt aan de voorwaarden van onderhavig besluit.

Het zorgtraject gaat in op de datum van ontvangst van de kopie van het zorgtrajectcontract door de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

HOOFDSTUK V. — *Forfaitaire honoraria voor geneesheren voor het eerste jaar van een zorgtraject*

**Art. 7. § 1.** De verzekeringsinstelling van de rechthebbende betaalt binnen de dertig dagen na het ingaan van het zorgtraject aan de ondertekenende huisarts een forfaitair honorarium van 80 EUR voor het eerste jaar van het zorgtraject.

Dit forfaitair honorarium dekt :

1° ontwikkeling van het partnerschap met de geneesheer-specialist en de andere zorgverleners;

2° tijdige verwijzing naar de geneesheer-specialist;

3° planning, coördinatie en opvolging van de zorgplanning;

4° overleg en communicatie met de geneesheer-specialist;

5° gebruik van de geregistreerde gegevens om de individuele en collectieve compliance en follow up van de geïncludeerde patiënten te meten;

6° registratie en overmaken van gegevens overeenkomstig de bepalingen van Hoofdstuk VIII van onderhavig besluit.

§ 2. De betaling van het forfaitair honorarium aan de huisarts voor het eerste jaar van een zorgtraject wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van :

1° de pseudocode 107015 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°;

2° de pseudocode 107096 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°.

**Art. 8. § 1.** De verzekeringsinstelling van de rechthebbende betaalt binnen de dertig dagen na het ingaan van het zorgtraject aan de ondertekenende geneesheer-specialist een forfaitair honorarium van 80 EUR voor het eerste jaar van het zorgtraject.

Dit forfaitair honorarium dekt :

1° ontwikkeling en updating van het partnerschap met de huisarts en de andere zorgverleners;

2° terugverwijzing naar de huisarts;

3° overleg en communicatie met de huisarts, in bijzonder bij het opmaken van de zorgplanning;

4° ondersteuning van de huisarts en, in voorkomend geval, het team van de andere zorgverleners.

§ 2. Het forfaitair honorarium voor de geneesheer-specialist wordt enkel betaald aan :

1° een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabétologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde bij de dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering geregistreerd als werkzaam in een dienst met een revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°, betreft;

2° een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde werkzaam in een erkend dialysecentrum indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°, betreft.

§ 3. De betaling van het forfaitair honorarium aan de geneesheer-specialist voor het eerste jaar van een zorgtraject wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van :

1° de pseudocode 107030 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°;

2° de pseudocode 107111 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°.



CHAPITRE VI. — *Suppression de la quote-part personnelle des bénéficiaires dans la première année du trajet de soins*

**Art. 9.** Pendant une période qui commence le jour du début du trajet de soins conformément à l'article 6 de présent arrêté et qui se termine le 31 décembre de l'année civile suivant celle où le trajet de soins a débuté, le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle :

1° sur les honoraires pour les consultations du médecin généraliste qui a signé le contrat « trajet de soins » ;

2° sur les honoraires pour les consultations d'un médecin généraliste autre que le médecin généraliste qui a signé le contrat « trajet de soins » mais qui collabore avec celui-ci dans le cadre d'une pratique de groupe enregistrée auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité ou dans le cadre d'un accord de coopération au sens de l'article 4<sup>ter</sup> de l'arrêté royal du 15 septembre 2006 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement ;

3° sur les honoraires pour les consultations d'un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en endocrinologie-diabétologie, ou du médecin spécialiste en médecine interne enregistré auprès du Service soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité comme travaillant dans un service ayant conclu une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1° ;

4° sur les honoraires d'un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en néphrologie, ou du médecin spécialiste en médecine interne travaillant dans un centre de dialyse agréé si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2°.

Les dispositions de l'alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, entrent en vigueur à la date déterminée par le Comité de l'assurance soins de santé conformément au règlement pris en exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

CHAPITRE VII. — *Honoraires forfaitaires des médecins et suppression de la quote-part personnelle des bénéficiaires dans les deuxième, troisième et quatrième années du trajet de soins*

**Art. 10.** Après la première année du trajet de soins, le paiement des honoraires forfaitaires au médecin généraliste et au médecin spécialiste comme visés à l'article 11 et la prolongation de la période pour laquelle le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9 dépendent des conditions suivantes :

1° Au terme de la première année à compter du début du trajet de soins comme visé à l'article 6, et à condition que pour le même bénéficiaire et la même pathologie, il n'ait pas été conclu d'autre contrat « trajet de soins » au cours de la première année, l'organisme assureur paie les honoraires forfaitaires visés à l'article 11 pour la deuxième année du trajet de soins au médecin généraliste et au médecin spécialiste dans les trente jours suivant le premier anniversaire du début du trajet de soins et il prolonge la période pour laquelle le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9, jusqu'à la fin de la deuxième année civile suivant celle où se situe le début du trajet de soins.

2° Au terme de la deuxième année à compter du début du trajet de soins comme visé à l'article 6, et à condition qu'au cours de la première année deux consultations aient été portées en compte au bénéficiaire par les médecins généralistes comme visé à l'article 9, 1° ou 2°, l'organisme assureur paie les honoraires forfaitaires comme visés à l'article 11 pour la troisième année du trajet de soins au médecin généraliste et au médecin spécialiste dans les trente jours suivant le deuxième anniversaire du début du trajet de soins et il prolonge la période pour laquelle le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9, jusqu'à la fin de la troisième année civile suivant celle où se situe le début du trajet de soins.

Aux bénéficiaires à qui, au début du trajet de soins, s'applique la clause visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, le médecin généraliste qui signe doit en outre avoir porté en compte, pendant la première année du trajet de soins, les honoraires pour l'ouverture du dossier médical global.

3° Au terme de la troisième année à compter du début du trajet de soins comme visé à l'article 6, et à condition qu'au cours de la deuxième année, il ait été porté en compte au bénéficiaire une consultation par le médecin spécialiste qui signe et deux consultations par les médecins généralistes comme visé à l'article 9, 1° ou 2°, l'organisme assureur paie

HOOFDSTUK VI. — *Afschaffing van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in het eerste jaar van het zorgtraject*

**Art. 9.** Gedurende een periode die ingaat op de dag van het begin van het zorgtraject overeenkomstig artikel 6 van dit besluit en die eindigt op 31 december van het kalenderjaar na het kalenderjaar waarin het zorgtraject begon, is de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd :

1° op de honoraria voor de raadplegingen bij de huisarts die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend ;

2° op de honoraria voor de raadplegingen bij een andere huisarts dan de huisarts die het zorgtrajectcontract heeft ondertekend, maar die met die huisarts samenwerkt in het raam van een groepspraktijk geregistreerd bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering of in het raam van een samenwerkingsakkoord zoals bedoeld in artikel 4<sup>ter</sup> van het koninklijk besluit van 15 september 2006 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartseneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan ;

3° op de honoraria voor de raadplegingen van een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabétologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde bij de dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering geregistreerd als werkzaam in een dienst met een revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°, betreft ;

4° op de honoraria van een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde werkzaam in een erkend dialysecentrum indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°, betreft.

De bepalingen van lid 1, 2°, treden in werking op de datum bepaald door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het raam van de verordening tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

HOOFDSTUK VII. — *Forfaitaire honoraria voor de artsen en afschaffing van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden in het tweede, derde en vierde jaar van het zorgtraject*

**Art. 10.** Na het eerste jaar van het zorgtraject is de betaling van de forfaitaire honoraria aan de huisarts en de geneesheer-specialist zoals bedoeld in artikel 11, en is de verlenging van de periode waarover de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd is op de honoraria bedoeld in artikel 9, afhankelijk van de volgende voorwaarden :

1° Na verloop van het eerste jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat voor dezelfde rechthebbende en dezelfde pathologie in de loop van het eerste jaar geen ander zorgtrajectcontract werd gesloten, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11 voor het tweede jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de eerste 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 tweede kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

2° Na verloop van het tweede jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat in de loop van het eerste jaar twee raadplegingen werden aangerekend aan de rechthebbende door de huisartsen zoals bedoeld in artikel 9, 1° of 2°, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium zoals bedoeld in artikel 11 voor het derde jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de tweede 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 derde kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

Voor de rechthebbenden waarop bij het begin van het zorgtraject de clausule bedoeld in artikel 5, § 1, vijfde lid, van toepassing is, moet de ondertekenende huisarts bovendien in de loop van het eerste jaar van het zorgtraject het honorarium voor het openen van het globaal medisch dossier hebben aangerekend.

3° Na verloop van het derde jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat in de loop van het tweede jaar één raadpleging door de ondertekenende geneesheer-specialist en twee raadplegingen door de huisartsen zoals bedoeld in artikel 9, 1° of 2°, werden aangerekend aan de rechthebbende, betaalt de

les honoraires forfaitaires comme visés à l'article 11 pour la quatrième année du trajet de soins au médecin généraliste et au médecin spécialiste dans les trente jours du troisième anniversaire du début du trajet de soins et il prolonge la période pour laquelle le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9, jusqu'à la fin de la quatrième année civile suivant celle où se situe le début du trajet de soins.

**Art. 11.** § 1<sup>er</sup>. Les honoraires forfaitaires payés au médecin généraliste pour les deuxième, troisième et quatrième années du trajet de soins se montent à 80 EUR par an et couvrent les missions et engagements du médecin généraliste fixés à l'article 7, § 1<sup>er</sup>.

Le paiement de ces honoraires forfaitaires au médecin généraliste est enregistré par l'organisme assureur au moyen :

1° du pseudocode 107052 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1°;

2° du pseudocode 107133 si le contrat « trajet de soins » a été conclu avec un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2°.

§ 2. Les honoraires forfaitaires payés au médecin spécialiste pour les deuxième, troisième et quatrième années du trajet de soins se montent à 80 EUR par an et couvrent les missions et engagements du médecin spécialiste visés à l'article 8, § 1<sup>er</sup>.

Ces honoraires forfaitaires sont payés uniquement :

1° à un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en endocrinologie-diabétologie, ou au médecin spécialiste en médecine interne enregistré auprès du Service soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité comme travaillant dans un service ayant conclu une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 1° : le paiement de ces honoraires forfaitaires au médecin spécialiste est enregistré par l'organisme assureur au moyen du pseudocode 107074;

2° à un médecin spécialiste en médecine interne, détenteur du titre professionnel particulier en néphrologie, ou au médecin spécialiste en médecine interne travaillant dans un centre de dialyse agréé si le trajet de soins concerne un bénéficiaire atteint d'une pathologie visée à l'article 3, 2° : le paiement de ces honoraires forfaitaires au médecin spécialiste est enregistré par l'organisme assureur au moyen du pseudocode 107155.

#### CHAPITRE VIII. — *Evaluation des trajets de soins*

**Art. 12.** La Commission nationale médico-mutualiste fixe pour chaque pathologie visée à l'article 3 les objectifs de processus et d'outcome qui font l'objet de l'évaluation.

La transmission électronique par le médecin généraliste des données pour l'évaluation comme prévue à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa, et à l'article 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 6°, est effectuée conformément aux dispositions du protocole établi par la Commission nationale médico-mutualiste conformément à l'arrêté royal du 27 avril 1999 relatif à la force probante des données enregistrées, traitées, reproduites ou communiquées par les dispensateurs de soins et les organismes assureurs, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et d'autres personnes physiques ou morales en application de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et ses arrêtés d'exécution.

**Art. 13.** § 1<sup>er</sup>. Les données visées à l'article 12 sont transmises à partir d'une date à fixer par Nous - et au plus tard le 1<sup>er</sup> décembre 2011 - et concernant une période de référence fixée par Nous.

§ 2. Pour formuler son avis sur tout projet d'arrêté royal modifiant le présent arrêté, la Commission nationale médico-mutualiste tient entre autres compte des résultats de l'évaluation, en particulier en ce qui concerne les conditions et modalités de prolongation des trajets de soins après la fin de la durée initiale de quatre ans.

#### CHAPITRE IX. — *Dispositions finales*

**Art. 14.** Les montants des honoraires forfaitaires mentionnés aux articles 7, 8 et 11 sont adaptés le 1<sup>er</sup> janvier de chaque année en fonction de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année écoulée, de la valeur de l'indice santé, visée à l'article 1<sup>er</sup> de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé.

verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium zoals bedoeld in artikel 11 voor het vierde jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de derde 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 vierde kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

**Art. 11.** § 1. Het forfaitair honorarium betaald aan de huisarts voor het tweede, derde en vierde jaar van het zorgtraject bedraagt 80 EUR per jaar en dekt de opdrachten en verbintenissen van de huisarts bepaald in artikel 7, § 1.

De betaling van deze forfaitaire honoraria aan de huisarts wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van :

1° de pseudocode 107052 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°;

2° de pseudocode 107133 indien het zorgtraject-contract werd gesloten met een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°.

§ 2. Het forfaitair honorarium betaald aan de geneesheer-specialist voor het tweede, derde en vierde jaar van het zorgtraject bedraagt 80 EUR per jaar en dekt de opdrachten en de verbintenissen van de geneesheer-specialist bedoeld in artikel 8, § 1.

Deze forfaitaire honoraria worden enkel betaald aan :

1° een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de endocrinologie-diabetologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde bij de dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering geregistreerd als werkzaam in een dienst met een revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes-mellituspatiënten indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 1°, betreft : de betaling van deze forfaitaire honoraria aan de geneesheer-specialist wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van de pseudocode 107074;

2° een geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, houder van de bijzondere beroepstitel in de nefrologie of de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde werkzaam in een erkend dialysecentrum indien het zorgtraject een rechthebbende met een pathologie bedoeld in artikel 3, 2°, betreft : de betaling van deze forfaitaire honoraria aan de geneesheer-specialist wordt door de verzekeringsinstelling geregistreerd door middel van de pseudocode 107155.

#### HOOFDSTUK VIII. — *Evaluatie van de zorgtrajecten*

**Art. 12.** De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen bepaalt voor elke pathologie bedoeld in artikel 3 de proces- en outcomedoelstellingen die het voorwerp uitmaken van de evaluatie.

Het elektronisch overmaken door de huisarts van de gegevens voor evaluatie zoals bedoeld in artikel 5, § 1, laatste lid, en artikel 7, § 1, lid 2, 6°, gebeurt overeenkomstig de bepalingen van het protocol opgemaakt door de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen overeenkomstig het koninklijk besluit van 27 april 1999 betreffende de bewijskracht van de door de zorgverleners, de verzekeringsinstellingen, het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en andere natuurlijke of rechtspersonen met toepassing van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en haar uitvoeringsbesluiten opgeslagen, verwerkte, weergegeven of meegedeelde gegevens.

**Art. 13.** § 1. De in artikel 12 bedoelde gegevens worden overgemaakt vanaf een door Ons te bepalen datum, en uiterlijk vanaf 1 december 2011, en met betrekking tot een door Ons bepaalde referentieperiode.

§ 2. De Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen houdt bij het formuleren van haar advies over de ontwerpen van koninklijk besluit tot wijziging van onderhavig besluit onder meer rekening met de resultaten van de evaluatie, in het bijzonder wat betreft de voorwaarden en de modaliteiten voor de verlenging van de zorgtrajecten na het einde van de initiële duurtijd van vier jaar.

#### HOOFDSTUK IX. — *Slotbepalingen*

**Art. 14.** De bedragen van de forfaitaire honoraria vermeld in de artikelen 7, 8 en 11 worden op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

**Art. 15.** Si pour un bénéficiaire au courant d'un contrat « trajet de soins » il est conclu pour la même pathologie un autre contrat « trajet de soins », les droits en relation avec les honoraires forfaitaires visés dans le présent arrêté qui découlent du nouveau contrat « trajet de soins » naissent à la date anniversaire du premier contrat « trajet de soins » qui suit la date à laquelle l'organisme assureur a reçu le nouveau contrat « trajet de soins » en application de l'article 6, § 2.

**Art. 16.** Pour les bénéficiaires visés à l'article 3, 1<sup>o</sup>, pour lesquels un contrat « trajet de soins » a été conclu, les honoraires pour l'utilisation du passeport diabète visé à l'article 2 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 ne peuvent plus être portés en compte.

**Art. 17.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2009.

**Art. 18.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 janvier 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

**Art. 15.** Indien voor een rechthebbende in de loop van een zorgtrajectcontract voor dezelfde pathologie een ander zorgtrajectcontract wordt gesloten, dan ontstaan de rechten betreffende de forfaitaire honoraria zoals bedoeld in onderhavig besluit die voortvloeien uit het nieuwe zorgtrajectcontract op de verjaardag van het eerste zorgtrajectcontract die volgt op de datum waarop de verzekeringsinstelling overeenkomstig artikel 6, § 2, het nieuwe zorgtrajectcontract heeft ontvangen.

**Art. 16.** Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3,1<sup>o</sup>, waarvoor een zorgtrajectcontract is afgesloten, mag het honorarium voor het gebruik van de diabetespas bedoeld in artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur der geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, niet meer worden aangerekend.

**Art. 17.** Dit besluit treedt in werking op 1 april 2009.

**Art. 18.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 januari 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 443

[C — 2009/22034]

**26 JANVIER 2009.** — Arrêté royal modifiant l'article 128quinquies de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT II, 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 32, alinéa 1<sup>er</sup>, 15<sup>o</sup>, remplacé par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et modifié par la loi du 26 mars 2007;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, l'article 15;

Vu l'urgence;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 janvier 2009;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 22 janvier 2009;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, l'article 3, § 1<sup>er</sup>;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il importe de prendre de toute urgence des mesures afin que les enfants rapatriés de Gaza puissent, sans délai, bénéficier de la couverture des soins de santé;

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<sup>er</sup>.** L'article 128quinquies, § 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par l'arrêté royal du 29 décembre 1997, est complété par le tiret suivant :

« — les enfants de moins de 18 ans au moment de l'arrivée en Belgique et les personnes qui les accompagnent dont il est établi qu'ils sont admis au territoire belge à partir du 14 janvier 2009, pour la durée des soins, dans le cadre de l'opération organisée par le Gouvernement Belge d'évacuation d'enfants blessés dans les combats de Gaza. Les

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 443

[C — 2009/22034]

**26 JANUARI 2009.** — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 128quinquies van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

ALBERT II, 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 32, eerste lid, 15<sup>o</sup>, vervangen bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 en gewijzigd bij de wet van 26 maart 2007;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg, artikel 15;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 19 januari 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, d.d. 22 januari 2009;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, artikel 3, § 1;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het belangrijk is om zeer snel de maatregelen te nemen die nodig zijn om alle uit Gaza gerepatrieerde kinderen zonder uitstel recht te geven op geneeskundige verzorging;

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 128quinquies, § 1, van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 29 december 1997, wordt aangevuld met het volgende streepje :

« — de kinderen die op het moment van de aankomst in België de leeftijd van 18 jaar niet hebben bereikt en de personen die hen begeleiden van wie wordt aangetoond dat ze tot het Belgisch grondgebied zijn toegelaten vanaf 14 januari 2009, voor de duur van de zorgen in het kader van de door de Belgische Regering georganiseerde