

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 4034

[C - 2010/22473]

22 OKTOBER 2010. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

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, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 23, § 2, gewijzigd bij de wetten van 25 januari 1999, 22 augustus 2002, 13 juli 2006 en 23 december 2009 en bij het Koninklijk Besluit van 25 april 1997, op artikel 34, 7°, 7°ter, 7°quater, en ook 7°quinquies en 7°sexies, welke werden ingevoegd bij de wet van 23 december 2009, en op artikel 37, § 6bis, eveneens ingevoegd bij de wet van 23 december 2009;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, gewijzigd bij de Koninklijke Besluiten van 10 mei 1996, 28 januari 1999, 26 april 1999, 22 november 1999, 11 december 2001, 15 april 2002, 10 maart 2003 en 25 april 2004;

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 het College van Geneesheren-directeuren, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, gegeven op 1 april 2009;

Gelet op het advies van de Raad voor Advies inzake Revalidatie, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, gegeven op 9 april 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, gegeven op 1 april 2009;

Gelet op het advies van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, gegeven op 6 april 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 5 mei 2009;

Gelet op de akkoordbevinding van de minister van Begroting, gegeven op 6 juli 2009;

Gelet op advies 47.196/1 van de Raad van State, gegeven op 1 oktober 2009, 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 onze minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met maatschappelijke integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1 van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekkingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 10 mei 1996, worden de woorden « en IV » vervangen door de woorden « IV, V en VI ».

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 4034

[C - 2010/22473]

22 OCTOBRE 2010. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

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, notamment l'article 23, § 2, modifié par les lois des 25 janvier 1999, 22 août 2002, 13 juillet 2006 et 23 décembre 2009 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, l'article 34, 7°, 7°ter, 7°quater, et également 7°quinquies et 7°sexies, insérés par la loi du 23 décembre 2009, et l'article 37, § 6bis, également inséré par la loi du 23 décembre 2009;

Vu l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, modifié par les arrêtés royaux du 10 mai 1996, 28 janvier 1999, 26 avril 1999, 22 novembre 1999, 11 décembre 2001, 15 avril 2002, 10 mars 2003 et du 25 avril 2004;

Vu l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins;

Vu l'avis du Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 1^{er} avril 2009;

Vu l'avis du Conseil consultatif de la rééducation fonctionnelle, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 9 avril 2009;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 1^{er} avril 2009;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 6 avril 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 5 mai 2009;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 6 juillet 2009;

Vu l'avis 47.196/1 du Conseil d'Etat, donné le 1^{er} octobre 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargée de l'Intégration sociale,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, modifiée par l'arrêté royal du 10 mai 1996, les mots « et IV » sont remplacés par les mots « IV, V et VI ».

Art. 2. In artikel 3 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 april 2002, worden de woorden « en II » vervangen door de woorden « II en V ».

Art. 3. Artikel 4 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 10 mei 1996 en 15 april 2002, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« De waarde van de vermenigvuldigingsfactor R, zoals bedoeld in dit besluit, wordt vastgesteld door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Behalve indien het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging de eerder vastgestelde waarde aanpast, wordt de waarde van de vermenigvuldigingsfactor R geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen 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. 4. Artikel 4bis, § 2 van hetzelfde besluit, ingevoegd door het koninklijk besluit van 10 mei 1996 en gewijzigd door het koninklijk besluit van 11 december 2001, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Het bedrag van de honoraria voor de in § 1 vermelde prestaties wordt, vanaf de datum van inwerkingtreding van dit koninklijk besluit, geïndexeerd overeenkomstig de bepalingen 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.

De eerste maal dat deze bepaling wordt toegepast, zal evenwel rekening worden gehouden met het verschil tussen enerzijds de spilindex waaraan voormelde honoraria sinds hun laatste aanpassing vóór de inwerkingtreding van dit besluit gekoppeld zijn en anderzijds de waarde van het gezondheidsindexcijfer zoals bedoeld in de artikelen 1 en 2 van voormeld koninklijk besluit van 8 december 1997. »

Art. 5. In hetzelfde besluit wordt er na artikel 7 een artikel 7bis ingevoegd dat als volgt luidt :

« Art. 7bis. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de prestaties opgenomen in de hoofdstukken V en VI bedraagt 100 pct. van de prijs die met de bedoelde prestaties overeenstemt ».

Art. 6. In hetzelfde besluit wordt er na artikel 7bis een artikel 7ter ingevoegd dat als volgt luidt :

« Art. 7ter. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de prestaties opgenomen in hoofdstuk VI van de bijlage bedraagt :

a) 83,83 EUR, btw inbegrepen, voor de prestatie 794113

b) 28 EUR, btw inbegrepen, voor de prestaties 794135, 794150, 794216 en 794231

c) 75 EUR, btw inbegrepen, voor de prestatie 794172

d) 61,67 EUR, btw inbegrepen, voor de prestatie 794194 »

Art. 7. In de bijlage bij het Koninklijk Besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt punt A van hoofdstuk I vervangen door de volgende bepalingen :

« A. Diëtietiekverstrekingen

794010 Individuele diëtistische evaluatie en/of interventie (zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast) voor de rechthebbende die een zorgtrajectcontract heeft gesloten (namelijk een samenwerkingscontract dat is ondertekend in het kader van de zorgtrajecten zoals bedoeld in artikel 5, § 1 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), met een minimumduur van 30 minuten R 17.5

Art. 2. Dans l'article 3 du même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 15 avril 2002, les mots « et II » sont remplacés par les mots « II et V ».

Art. 3. L'article 4 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 10 mai 1996 et 15 avril 2002, est remplacé par la disposition suivante :

« La valeur du multiplicateur R visé au présent arrêté est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Sauf dans le cas où le Comité de l'assurance adapte la valeur qu'il a fixé antérieurement, la valeur du multiplicateur R est indexée conformément à 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. »

Art. 4. L'article 4bis, § 2 du même arrêté, inséré par l'arrêté royal du 10 mai 1996 et modifié par l'arrêté royal du 11 décembre 2001, est remplacé par la disposition suivante :

« A partir de la date d'entrée en vigueur du présent arrêté royal, le montant des honoraires pour les prestations mentionnées au § 1^{er} est indexé conformément à 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.

Toutefois, lors de la première application de cette disposition, il sera tenu compte de l'évolution entre d'une part, l'indice-pivot auquel les honoraires visés sont liés depuis leur dernière adaptation avant l'entrée en vigueur du présent arrêté royal et d'autre part, la valeur de l'indice-santé telle que visée dans les articles 1^{er} et 2 de l'arrêté royal précité du 8 décembre 1997. »

Art. 5. Dans le même arrêté, un article 7bis libellé comme suit est inséré après l'article 7 :

« Art. 7bis. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres V et VI s'élève à 100 p.c. du prix correspondant aux prestations visées ».

Art. 6. Dans le même arrêté, un article 7ter libellé comme suit est inséré après l'article 7bis :

« Art. 7 ter. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant au Chapitre VI de l'annexe s'élève à :

a) 83,83 € T.V.A. comprise pour la prestation 794113

b) 28 € T.V.A. comprise pour les prestations 794135, 794150, 794216 et 794231

c) 75 € TVA comprise pour la prestation 794172

d) 61,67 € TVA comprise pour la prestation 794194 »

Art. 7. Dans l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, le point A, du chapitre Ier est remplacé par les dispositions suivantes :

« A. Prestations diététiques

794010 Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire ayant conclu un contrat trajet de soins (c'est-à-dire un contrat de collaboration signé dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 30 minutes R 17.5

771131 Individuele diëtistische evaluatie en/of interventie (zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast), voor de rechthebbende die geen zorgtrajectcontract heeft ondertekend, maar die houder is van een Diabetespas, met een minimumduur van 30 minuten R 17,5

1. Een verzekeringstegemoetkoming in de prestatie 794010 mag worden verleend voor elke rechthebbende bedoeld in artikel 3, 1° en 2° van het Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 die een zorgtrajectcontract heeft gesloten, op voorwaarde dat :

— de prestatie voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de rechthebbende heeft getekend en die de precieze doelstellingen van de voorgeschreven diëtistische prestaties bepaalt; het voorschrift vermeldt dat het gaat om een voorschrift in het kader van de zorgtrajecten. De prestatie kan eventueel ook worden voorgeschreven door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende;

— de diëtist voor de patiënt een voedingsdossier bijhoudt met informatie over zijn huidige voedingsgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de afgesproken therapeutische doelen en de resultaten;

— de diëtist jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de huisarts.

2. Een verzekeringstegemoetkoming in de prestatie 771131 mag worden verleend voor elke aan diabetes lijdende rechthebbende op voorwaarde dat :

— de prestatie voorgeschreven wordt door de huisarts of door de behandelende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde of in de endocrino-diabetologie of in de pediatrie;

— de rechthebbende houder is van een Diabetespas, zoals omschreven in punt C van dit artikel, en dat daarin de concrete behandelingsdoelen waarbij diëtetiek belangrijk is (gewicht, lipidemie) door de voorschrijvende arts zijn vermeld;

— de diëtist de datum van zijn prestaties in de Diabetespas inschrijft;

— de diëtist voor de patiënt een voedingsdossier bijhoudt met informatie over zijn huidige voedingsgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de onderwerpen waarover educatie werd gegeven, de afgesproken therapeutische doelen en de resultaten;

— de diëtist jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de voorschrijvende arts.

3. Bovenvermelde verzekeringstegemoetkoming in de diëtistische prestaties is beperkt tot twee prestaties per kalenderjaar voor alle prestaties 794010 en 771131 samen, behalve voor de patiënten die een zorgtrajectcontract hebben gesloten en die lijden aan chronische nierinsufficiëntie en zich in stadium 4 (3 prestaties per kalenderjaar) of stadium 5 (4 prestaties per kalenderjaar) bevinden. De voorschrijvende geneesheer bewaart in het globaal medisch dossier van de rechthebbende de elementen die aantonen dat werd voldaan aan de voorwaarden inzake het aantal voorgeschreven vergoedbare prestaties.

Op dezelfde dag mogen twee diëtistische prestaties plaatsvinden; in dat geval bedraagt de minimumduur 60 minuten.

Er is geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd :

— voor prestaties gedurende een hospitalisatie;

— als de rechthebbende in een ander reglementair of conventioneel kader reeds verstrekkingen geniet die diëtetiek omvatten.

4. Door een getuigschrift van verzorging verklaart de diëtist dat de geattesteerde verstrekking conform aan de voorgaande voorwaarden van verzekeringstegemoetkoming werd gepresteerd.

5. Deze verstrekkingen van diëtisten voorzien in onderhavig koninklijk besluit komen bovendien slechts voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als ze gegeven worden door een daartoe door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV erkende verstrekker.

771131 Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire qui n'a pas signé un contrat trajet de soins mais qui est détenteur d'un passeport du diabète, d'une durée minimum de 30 minutes R 17,5

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation 794010 peut être accordée pour tout bénéficiaire visé à l'article 3, 1° et 2° de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 ayant conclu un contrat trajet de soins à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire et qui définit les buts précis des prestations diététiques prescrites; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;

— le diététicien tient à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;

— le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin généraliste.

2. Une intervention de l'assurance dans la prestation 771131 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète, à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste ou par le médecin traitant spécialiste en médecine interne ou en endocrino-diabétologie ou en pédiatrie;

— le bénéficiaire soit détenteur d'un Passeport du diabète, tel que décrit au point C du présent article dans lequel le médecin prescripteur mentionne les buts concrets du traitement dans lesquels la diététique est importante (poids, lipidémie);

— le diététicien inscrit la date de ses prestations dans le Passeport du diabète;

— le diététicien tient à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les sujets pour lesquels une éducation a été donnée, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;

— le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin précepteur.

3. L'intervention de l'assurance susmentionnée, dans les prestations diététiques, est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble des prestations 794010 et 771131, sauf pour les patients ayant conclu un contrat trajet de soins souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui se trouvent dans le stade 4 (3 prestations par année calendrier) ou qui se trouvent dans le stade 5 (4 prestations par année calendrier). Le médecin prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les éléments qui démontrent qu'il a été satisfait aux conditions en matière de nombre de prestations remboursables prescrites.

Deux prestations de diététique peuvent avoir lieu le même jour; dans ce cas, la durée minimum s'élève à 60 minutes.

Aucune intervention n'est due :

— pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation;

— si le bénéficiaire jouit déjà de prestations comprenant la diététique dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel.

4. En délivrant une attestation de soins donnés, le diététicien déclare que la prestation attestée a été accomplie conformément aux conditions susmentionnées d'intervention de l'assurance.

5. En outre, ces prestations diététiques prévues dans le présent arrêté royal n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un prestataire agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Om erkend te worden als diëtist die de verstrekkingen voorzien in onderhavig koninklijk besluit die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan presteren, moeten de kandidaten hiertoe een aanvraag richten aan de leidend ambtenaar van deze Dienst met :

1° een afschrift van hun diploma dat een opleiding bekroont, die overeenstemt met een opleiding van minstens drie jaar in het kader van een voltijds hoger onderwijs in de voedings- en dieetleer met een leerprogramma zoals bepaald in het hoger aangehaald Koninklijk Besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel van diëtist, inclusief een afschrift van de met vrucht doorlopen stage voorzien in bedoeld koninklijk besluit;

2° de verbintenis zich op straffe van terugbetaling te houden aan de hoger vermelde voorwaarden om de individuele diëtistische evaluatie en/of interventie te attesteren;

3° de verbintenis zich te houden, voor de in onderhavig koninklijk besluit voorziene verstrekkingen, aan de voorziene honoraria.

De Dienst voor geneeskundige verzorging maakt de lijst op van de aldus erkende diëtisten en wijst hun een erkenningsnummer toe. »

Art. 8. In de bijlage van hetzelfde besluit wordt punt B van hoofdstuk I vervangen door de volgende bepalingen :

« B. Podologieverstrekingen

794032 Individueel podologisch onderzoek of podologische behandeling (zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 15 oktober 2001 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van podoloog en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de podoloog door een arts kan worden belast), voor de patiënt met type 2-diabetes die een zorgtrajectcontract heeft gesloten (namelijk een samenwerkingscontract in het kader van de zorgtrajecten zoals bedoeld in artikel 5, § 1 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), met een minimumduur van 45 minuten R 26,25

771153 Individueel podologisch onderzoek of podologische behandeling (zoals bedoeld in het Koninklijk Besluit van 15 oktober 2001 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van podoloog en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de podoloog door een arts kan worden belast), voor de rechthebbende die geen zorgtrajectcontract heeft ondertekend, maar die houder is van een Diabetespas, met een minimumduur van 45 minuten R 26,25

1. Een verzekeringstegemoetkoming in de prestatie 794032 mag worden verleend voor elke aan type 2-diabetes lijdende rechthebbende die een zorgtrajectcontract heeft gesloten, op voorwaarde dat :

— de prestatie voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de rechthebbende heeft getekend; het voorschrift vermeldt dat het gaat om een voorschrift in het kader van de zorgtrajecten. De prestatie kan eventueel ook worden voorgeschreven door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende;

— de rechthebbende tot één van de volgende risicogroepen behoort :

— groep 1 (verlies van gevoeligheid in de voet, op voorwaarde dat dit blijkt uit een 10g-monofilament)

— groep 2a (lichte orthopedische misvormingen zoals prominente metatarsaalkoppen met minimale eelten en/of soepele hamer- of klauwtenten en/of beperkte hallux valgus < 30 °)

— groep 2b (ernstiger orthopedische afwijkingen)

— groep 3 (vaatlijden of vroegere voetwonden of amputatie of Charcot)

— het voorschrift de risicogroep vermeldt waartoe de rechthebbende behoort;

— de podoloog voor de patiënt een dossier bijhoudt waarin de hem toevertrouwde akten en technische prestaties genoteerd worden;

— de podoloog jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de huisarts.

Afin d'être agréé en tant que diététicien pouvant accomplir les prestations prévues dans le présent arrêté royal et entrant en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant de ce Service avec :

1° une copie de leur diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de la nutrition et de la diététique, dont le programme d'étude est défini dans l'arrêté royal susmentionné du 19 février 1997 relatif au titre professionnel de diététicien, y compris une copie du stage effectué avec succès prévu dans l'arrêté royal susvisé;

2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester l'évaluation et/ou l'intervention diététique individuelle;

3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté royal aux honoraires prévus.

Le Service des soins de santé dresse la liste des diététiciens ainsi agréés et leur attribue un numéro d'agrément. »

Art. 8. Dans l'annexe du même arrêté, le point B du chapitre I^{er} est remplacé par les dispositions suivantes :

« B. Prestations de podologie

794032 Examen podologique individuel ou traitement podologique (tel que visé dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin), destiné au patient diabétique de type 2 ayant conclu un contrat trajet de soins (c'est-à-dire un contrat de collaboration dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 45 minutes R 26,25

771153 Examen podologique individuel ou traitement podologique (tel que visé dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin), destiné au bénéficiaire qui n'a pas signé un contrat trajet de soins mais qui est détenteur d'un passeport du diabète, d'une durée minimum de 45 minutes R 26,25

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation 794032 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 ayant conclu un contrat trajet de soins, à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;

— le bénéficiaire appartienne à un des groupes à risque suivants :

— groupe 1 (perte de sensibilité au niveau du pied dépistée sur base d'un monofilament 10 g)

— groupe 2a (déformations orthopédiques légères telles que têtes métatarsiennes proéminentes avec cors minimes et/ou orteils souples en forme de marteau ou de griffe et/ou hallux valgus restreint < 30 °)

— groupe 2b (anomalies orthopédiques plus prononcées)

— groupe 3 (troubles vasculaires ou plaies aux pieds ou amputation antérieures ou Charcot)

— la prescription mentionne le groupe à risque auquel appartient le bénéficiaire;

— le podologue tient à jour, pour le patient, un dossier dans lequel sont notés les actes et les prestations techniques qui lui sont confiés;

— le podologue adresse chaque année un rapport écrit au médecin généraliste.

2. Een verzekeringstegemoetkoming in de prestatie 771153 mag worden verleend voor elke aan diabetes lijdende rechthebbende op voorwaarde dat :

— de prestatie voorgeschreven wordt door de huisarts of door de behandelende geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, in de endocrino-diabetologie, in de heelkunde of in de orthopedische heelkunde;

— de rechthebbende tot één van de volgende risicogroepen behoort :

— groep 1 (verlies van gevoeligheid in de voet, op voorwaarde dat dit blijkt uit een 10g-monofilament)

— groep 2a (lichte orthopedische misvormingen zoals prominente metatarsaalkoppen met minimale eelten en/of soepele hamer- of klauwtenten en/of beperkte hallux valgus < 30 °)

— groep 2b (ernstiger orthopedische afwijkingen)

— groep 3 (vaatlijden of vroegere voetwonden of amputatie of Charcot)

— het voorschrift de risicogroep vermeldt waartoe de rechthebbende behoort;

— de patiënt houder is van een Diabetespas, zoals omschreven in punt C van dit artikel;

— de podoloog de datum van zijn prestaties in de Diabetespas inschrijft;

— de podoloog voor de patiënt een dossier bijhoudt waarin de hem toevertrouwde akten en technische prestaties genoteerd worden;

— de podoloog jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de voorschrijvende arts.

3. Bovenvermelde verzekeringstegemoetkoming in de podologieverstrekingen is beperkt tot twee prestaties per kalenderjaar voor alle prestaties 794032 en 771153 samen. Die prestaties mogen niet op dezelfde dag plaatsvinden.

Er is geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor prestaties gedurende een hospitalisatie.

4. Door een getuigschrift van verzorging verklaart de podoloog dat de geattesteerde verstrekking conform aan de voorgaande voorwaarden van verzekeringstegemoetkoming werd gepresteerd.

5. De verstrekkingen van podologen voorzien in onderhavig koninklijk besluit komen bovendien slechts voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als ze gegeven worden door een daartoe door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV erkende verstrekker.

Om erkend te worden als podoloog die de verstrekkingen voorzien in onderhavig koninklijk besluit die in aanmerking komen voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging kan presteren, moeten de kandidaten hiertoe een aanvraag richten aan de leidend ambtenaar van deze Dienst met :

1° een afschrift van hun diploma dat een opleiding bekroont, die overeenstemt met een opleiding van minstens drie jaar in het kader van een voltijds hoger onderwijs in de podologie met een leerprogramma zoals bepaald in het Koninklijk Besluit van 15 oktober 2001 betreffende de beroepstitel van podoloog, inclusief een afschrift van de met vrucht doorlopen stage voorzien in bedoeld koninklijk besluit;

2° de verbintenis zich op straffe van terugbetaling te houden aan de hoger vermelde voorwaarden om de individuele podologische evaluatie en/of interventie te atesteren;

3° de verbintenis zich te houden, voor de in onderhavig koninklijk besluit voorziene verstrekkingen, aan de voorziene honoraria.

De Dienst voor geneeskundige verzorging maakt de lijst op van de erkende podologen en wijst hun een erkenningsnummer toe. »

2. Une intervention de l'assurance dans la prestation 771153 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète, à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste ou par le médecin traitant spécialiste en médecine interne ou en endocrinodiabétologie ou en chirurgie ou en chirurgie orthopédique;

— le bénéficiaire appartienne à un des groupes à risque suivants :

— groupe 1 (perte de sensibilité au niveau du pied dépitée sur base d'un monofilament 10 g)

— groupe 2a (déformations orthopédiques légères telles que têtes métatarsiennes proéminentes avec cors minimes et/ou orteils souples en forme de marteau ou de griffe et/ou hallux valgus restreint < 30 °)

— groupe 2b (anomalies orthopédiques plus prononcées)

— groupe 3 (troubles vasculaires ou plaies aux pieds ou amputation antérieures ou Charcot)

— la prescription mentionne le groupe à risque auquel appartient le bénéficiaire;

— le bénéficiaire soit détenteur d'un Passeport du diabète, tel que décrit au point C du présent article;

— le podologue inscrit la date de ses prestations dans le Passeport du diabète;

— le podologue tient à jour, pour le patient, un dossier dans lequel sont notés les actes et les prestations techniques qui lui sont confiés;

— le podologue adresse chaque année un rapport écrit au médecin prescripteur.

3. L'intervention de l'assurance susmentionnée, dans les prestations de podologie, est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble des prestations 794032 et 771153. Ces prestations ne peuvent avoir lieu le même jour.

Aucune intervention n'est due pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation.

4. En délivrant une attestation de soins donnés, le podologue déclare que la prestation attestée a été accomplie conformément aux conditions susmentionnées d'intervention de l'assurance.

5. En outre, ces prestations de podologie prévues dans le présent arrêté royal n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un prestataire agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant que podologue pouvant accomplir les prestations prévues dans le présent arrêté royal et entrant en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant de ce Service avec :

1° une copie de leur diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de la podologie, dont le programme d'étude est défini dans l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel de podologue, y compris une copie du stage effectué avec succès prévu dans l'arrêté royal susvisé;

2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester l'évaluation et/ou l'intervention podologique individuelle;

3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté royal aux honoraires prévus.

Le Service des soins de santé dresse la liste des podologues ainsi agréés et leur attribue un numéro d'agrément. »

Art. 9. In de bijlage van hetzelfde besluit wordt in hoofdstuk II, getiteld « Orthoptische verstrekkingen », het punt E, 3e lid als volgt vervangen :

« De kandidaten voor de erkenning moeten hun inschrijving aanvragen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging en daarbij de bewijsstukken voegen waaruit hun bekwaliging blijkt. Daartoe delen zij het type van de verworven opleiding en de gelopen stages (plaats en duur) mee en bezorgen zij een afschrift van de behaalde diploma's of studiegetuigschriften. »

Art. 10. In de bijlage van hetzelfde besluit wordt een hoofdstuk V ingevoegd dat als volgt luidt :

« HOOFDSTUK V. — *Verstrekkingen inzake educatie van diabetespatiënten*

A. Beoogde populatie

De verstrekkingen inzake educatie van diabetespatiënten zijn bestemd voor de rechthebbenden met type 2-diabetes die een zorgtrajectcontract (zoals bedoeld in artikel 5, § 1 van het bovenvermelde Besluit van 21 januari 2009) hebben gesloten dat nog geldig is.

B. Vergoedbare verstrekkingen en vergoedingsvoorwaarden

B.1. 794054 R 19,71

Individuele verstrekking inzake opstarteducatie en inzake de instelling van een behandeling met insuline of door middel van incretinomimetica, met een minimumduur van 30 minuten (« opstarteducatie »).

De verstrekking 794054 mag worden voorgeschreven voor de volgende rechthebbenden die een programma voor diabeteszelfregulatie met een regelmatige glycemiecontrole (gemiddeld 25 metingen per maand) volgen of gaan volgen :

- een rechthebbende die start met het hierboven vermelde programma voor diabeteszelfregulatie
- of een rechthebbende die, vooraleer een zorgtrajectcontract te hebben ondertekend, een programma met beperkte glycemiecontrole heeft gevolgd (zoals bedoeld in hoofdstuk VI, B van onderhavige nomenclatuur), maar die overstapt op het hierboven vermelde programma voor diabeteszelfregulatie
- of een rechthebbende die al met insuline of door middel van incretinomimetica wordt behandeld maar die nooit diabeteseducatie in het kader van de diabetesovereenkomst heeft genoten en die nooit de verstrekking 423150 (educatie tot zelfzorg van de diabetespatiënt) heeft ontvangen die is bepaald in artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De verstrekking 794054 kan ten hoogste 10 keer per rechthebbende worden geattesteerd; het aantal verstrekkingen wordt bepaald door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de rechthebbende heeft gesloten.

Alle verstrekkingen 794054 moeten uiterlijk in het jaar dat volgt op de eerste verstrekking worden verricht.

Tijdens eenzelfde dag mogen er maximaal drie verstrekkingen 794054 worden verricht.

Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 794054 mag worden verleend op voorwaarde dat de verstrekking voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de betrokken rechthebbende heeft gesloten en die op een specifieke manier de precieze doelstellingen van de educatie kan bepalen. De verstrekking wordt door de huisarts van het zorgtraject globaal voorgeschreven voor de eerste vijf prestaties. Voor de bijkomende verstrekkingen is een nieuw voorschrift vereist waarop het aantal verstrekkingen wordt vermeld; dat aantal wordt bepaald door de huisarts nadat deze kennis heeft genomen van het rapport van de educator.

De educator rapporteert aan de huisarts zodra de eerste 5 verstrekkingen 794054 zijn gerealiseerd. Als er meer dan 5 verstrekkingen worden verleend, zal een nieuw rapport aan de huisarts worden opgesteld zodra ook het voorgeschreven bijkomende aantal van dit type verstrekkingen is verleend.

Art. 9. Dans l'annexe du même arrêté au Chapitre II intitulé « Prestations d'orthoptie », le point E, 3^e alinéa est remplacé comme suit :

« les candidats à l'agrégation doivent demander leur inscription au Service des soins de santé et joindre les pièces justificatives établissant leur compétence. A cet effet, ils communiquent le type de formation acquise et les stages effectués (lieu et durée) ainsi qu'une copie des diplômes ou certificats d'étude obtenus. »

Art. 10. Il est inséré, dans l'annexe du même arrêté un chapitre V rédigé comme suit :

« CHAPITRE V. — *Prestations d'éducation au diabète*

A. Population visée

Les prestations d'éducation au diabète sont destinées aux bénéficiaires souffrant d'un diabète de type 2 qui ont conclu un contrat trajet de soins (tel que visé par l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté du 21 janvier 2009 susmentionné) qui est encore valable.

B. Prestations remboursables et conditions de remboursement

B.1. 794054 R 19,71

Prestation individuelle destinée à l'éducation de départ et à la mise en œuvre du traitement à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation de départ »).

La prestation 794054 peut être prescrite pour les bénéficiaires suivants qui suivent ou qui vont suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu :

- un bénéficiaire qui entame le programme d'autogestion diabétique mentionné ci-dessus
- ou un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, a suivi un programme de contrôle restreint de la glycémie (tel que visé dans le chapitre VI, B de la présente nomenclature) mais qui passe au programme d'autogestion diabétique mentionné ci-dessus
- ou un bénéficiaire déjà traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques qui n'a jamais bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique et qui n'a jamais bénéficié de la prestation 423150 (éducation à l'autonomie du patient diabétique) prévue par l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé.

La prestation 794054 peut être attestée au maximum 10 fois par bénéficiaire; le nombre de prestations étant déterminé par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire.

Toutes les prestations 794054 doivent être effectuées au plus tard dans l'année qui suit la première prestation.

Trois prestations 794054 maximum peuvent être effectuées au cours de la même journée.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794054 peut être accordée à condition que la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir de manière spécifique les buts précis de l'éducation. Cette prestation est prescrite de manière globale pour les 5 premières prestations par le médecin généraliste du trajet de soins. Pour les prestations supplémentaires, une nouvelle prescription doit être rédigée indiquant le nombre de prestations nécessaire; ce nombre étant déterminé par le médecin généraliste, après qu'il ait pris connaissance du rapport de l'éducateur.

L'éducateur fait rapport au médecin généraliste une fois les 5 premières prestations 794054 réalisées. Si plus de 5 prestations ont été dispensées, un nouveau rapport au médecin généraliste sera rédigé une fois que le nombre supplémentaire prescrit de ce type de prestation a été également dispensé.

De verstrekking 794054 mag nooit worden vergoed :

— indien de rechthebbende al minstens 5 keer de verstrekking « opstarteducatie » heeft genoten en de eerste verstrekking van dit type meer dan een jaar geleden werd verricht;

— indien de rechthebbende al minstens 5 keer de verstrekking « opstarteducatie » heeft genoten die werd verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator en de eerste verstrekking van dit type meer dan een jaar geleden werd verricht;

— indien de patiënt in het kader van een revalidatieovereenkomst inzake zelfregulatie van diabetes mellituspatiënten die tussen het Verzekeringscomité van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en bepaalde ziekenhuizen is gesloten (deze overeenkomst wordt hierna de « diabetesovereenkomst » genoemd) een programma voor diabeteszelfregulatie geniet of heeft genoten dat de educatie van diabetespatiënten omvat;

— indien de patiënt reeds minstens één prestatie 794076 of 794091 heeft genoten zoals bedoeld in de punten B.2 en B.3 hieronder of minstens één prestatie « opvolgeducatie » of « educatie bij problemen » die werd verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator.

Het totaal van de verstrekkingen « opstarteducatie » die in het kader van deze nomenclatuur worden verricht of die worden verricht door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator, mag nooit het aantal van 10 verstrekkingen overschrijden.

B.2. 794076 R 19,71

Individuele verstrekking inzake diabeteseducatie voor de opvolging van de diabetespatiënt die wordt behandeld met insuline of door middel van incretinemimetica, met een minimumduur van 30 minuten (« opvolgeducatie »).

De verstrekking 794076 mag worden voorgeschreven voor een rechthebbende die met insuline of door middel van incretinemimetica wordt behandeld en die al een programma voor diabeteszelfregulatie met regelmatige glycemiecontrole volgt, indien de verstrekking 794076 aangewezen is voor de rechthebbende om zijn kennis van de principes betreffende zijn zelfregulatie up-to-date te houden.

De verstrekking 794076 mag ten hoogste twee keer per patiënt en per kalenderjaar worden geattesteerd.

Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 794076 mag worden verleend op voorwaarde dat :

— de verstrekking voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de betrokken rechthebbende heeft gesloten en die de precieze doelstellingen van de opvolgeducatie kan bepalen. Het voorschrift moet het aantal voorgeschreven verstrekkingen vermelden;

— de verstrekking niet werd verricht gedurende het kalenderjaar waarin een eerste verstrekking « opstarteducatie » werd gerealiseerd, of het nu gaat om de verstrekking 794054 die is verricht in het kader van deze nomenclatuur, dan wel om een verstrekking « opstarteducatie » die is verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator.

De educator rapporteert, na de realisatie van de voorgeschreven verstrekkingen 794076, de resultaten van die verstrekkingen aan de huisarts.

La prestation 794054 ne peut jamais être remboursée :

— dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation d'« éducation de départ » et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an;

— dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié au moins 5 fois de la prestation d'« éducation de départ » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie et que la première prestation de ce type a été réalisée depuis plus d'un an;

— dans le cas où le patient bénéficie ou a déjà bénéficié d'un programme d'autogestion diabétique qui comprend de l'éducation au diabète dans le cadre d'une convention de rééducation en matière d'autogestion de patients atteints de diabète sucré conclue entre le Comité de l'assurance de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et certains établissements hospitaliers (convention dénommée ci-après par « convention diabétique »);

— dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié d'au moins une prestation 794076 ou 794091 visée dans les points B.2 et B.3 ci-après ou au moins une prestation « éducation de suivi » ou « éducation en cas de complications » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

Le total des prestations « éducation de départ » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 10 prestations.

B.2. 794076 R 19,71

Prestation d'éducation individuelle au diabète destinée au suivi du patient diabétique traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation de suivi »).

La prestation 794076 peut être prescrite pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu, dans le cas où la prestation 794076 est indiquée afin que le bénéficiaire puisse tenir à jour sa connaissance des principes relatifs à son autogestion.

La prestation 794076 peut être attestée au maximum 2 fois par patient et par année calendrier.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794076 peut être accordée à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir les buts précis du suivi de l'éducation. La prescription doit mentionner le nombre de prestations prescrites;

— la prestation n' a pas été réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation « éducation de départ » a été réalisée, peu importe qu'il s'agisse de la prestation 794054 effectuée dans le cadre de la présente nomenclature ou qu'il s'agisse d'une prestation « éducation de départ » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

L'éducateur fait rapport, après l'exécution des prestations 794076 prescrites, au médecin généraliste des résultats de ces prestations.

De verstrekking 794076 mag nooit worden vergoed :

— indien de rechthebbende tijdens het lopende kalenderjaar al twee verstrekkingen « opvolgeducatie » heeft genoten die zijn verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator;

— tijdens de periode waarin de patiënt, in het kader van de diabetesovereenkomst, een programma voor diabeteszelfregulatie geniet dat de educatie van diabetespatiënten omvat.

Het totaal van de verstrekkingen « opvolgeducatie » die in het kader van deze nomenclatuur worden verricht of die worden verricht door een verpleegkundige die als educator in de diabetologie is erkend, mag nooit het aantal van 2 verstrekkingen per kalenderjaar overschrijden.

B.3. 794091 R 19,71

Individuele verstrekking voor de extra educatie bij problemen, met een minimumduur van 30 minuten (« educatie bij problemen »).

De verstrekking 794091 mag worden voorgeschreven voor een rechthebbende die met insuline of door middel van incretinemimetica wordt behandeld en die al een programma voor diabeteszelfregulatie met regelmatige glycemiecontrole volgt, en dit in elke situatie waarbij de huisarts vindt dat de verstrekking 794091 aangewezen is.

De verstrekking 794091 mag ten hoogste 4 keer per patiënt en per kalenderjaar worden geattesteerd.

Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 794091 mag worden verleend op voorwaarde dat :

— de verstrekking voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de betrokken rechthebbende heeft gesloten en die de precieze doelstellingen van de educatie kan bepalen. Het voorschrift moet het aantal voorgeschreven verstrekkingen vermelden;

— de verstrekking niet werd verricht gedurende het kalenderjaar waarin een eerste verstrekking « opstarteducatie » werd verricht, of het nu gaat om de verstrekking 794054 die wordt verricht in het kader van deze nomenclatuur, dan wel om een verstrekking « opstarteducatie » die wordt verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator.

De educator rapporteert, na de realisatie van de voorgeschreven verstrekkingen 794091, de resultaten van die verstrekkingen aan de huisarts.

De verstrekking 794091 mag nooit worden vergoed :

— wanneer de rechthebbende tijdens het lopende kalenderjaar al 4 keer de verstrekking « educatie bij problemen » heeft genoten die is verleend door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator;

— tijdens de periode waarin de patiënt, in het kader van de diabetesovereenkomst, een programma voor diabeteszelfregulatie geniet dat de educatie van diabetespatiënten omvat.

Het totaal van de verstrekkingen « educatie bij problemen » die in het kader van deze nomenclatuur worden verricht of die worden verricht door een verpleegkundige met een specifiek registratienummer van diabeteseducator, mag nooit het aantal van 4 verstrekkingen per kalenderjaar overschrijden.

La prestation 794076 ne peut jamais être remboursée :

— dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de deux prestations « éducation de suivi » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;

— durant la période où le patient bénéficie, dans le cadre de la convention diabétique, d'un programme d'autogestion diabétique comprenant l'éducation au diabète.

Le total des prestations « éducation de suivi » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 2 prestations par année calendrier.

B.3. 794091 R 19,71

Prestation individuelle destinée au supplément d'éducation en cas de complications, d'une durée minimum de 30 minutes (« éducation en cas de complications »).

La prestation 794091 peut être prescrite pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétino-mimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie est prévu, dans le cas de toute situation par rapport à laquelle le médecin généraliste juge que la prestation 794091 est indiquée.

La prestation 794091 peut être attestée au maximum 4 fois par patient et par année calendrier.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794091 peut être accordée à condition que :

— la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné et qui peut définir les buts précis de l'éducation. La prescription doit mentionner le nombre de prestations prescrites;

— la prestation n'ait pas été réalisée dans l'année calendrier durant laquelle la première prestation « éducation de départ » a été réalisée, peu importe qu'il s'agisse de la prestation 794054 effectuée dans le cadre de la présente nomenclature ou qu'il s'agisse d'une prestation « éducation de départ » dispensées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie.

L'éducateur fait rapport, après l'exécution des prestations 794091 prescrites, au médecin généraliste des résultats de ces prestations.

La prestation 794091 ne peut jamais être remboursée :

— dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié dans l'année calendrier en cours de 4 fois la prestation « éducation en cas de complications » dispensée par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;

— durant la période où le patient bénéficie dans le cadre de la convention diabétique d'un programme d'autogestion diabétique comprenant l'éducation au diabète.

Le total des prestations « éducation en cas de complications » effectuées dans le cadre de la présente nomenclature ou effectuées par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie ne peut jamais dépasser le nombre de 4 prestations par année calendrier.

C. Gemeenschappelijke toepassingsregels
voor de verstrekkingen 794054, 794076 en 794091

— De verstrekkingen worden verleend bij de rechthebbende thuis of in de praktijkkamer van de huisarts of in een regiohuis van een door de verzekering voor geneeskundige verzorging gesubsidieerd lokaal multidisciplinair netwerk.

— De verstrekkingen kunnen ook worden voorgeschreven door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende.

— De educator kan alleen verstrekkingen verrichten waarvan de inhoud tot zijn wettelijke bevoegdheden behoort. Hieruit volgt dat de educator - die niet over een diploma van verpleegkundige beschikt - niet bevoegd is om een diabetespatiënt aan te leren zichzelf insuline te injecteren. In het geval dat de patiënt wordt aangeleerd om zichzelf te injecteren, moet dit gebeuren door de geneesheer of door een verpleegkundige die over een specifiek registratienummer van diabeteseducator beschikt.

— De educator houdt voor elke patiënt een dossier met betrekking tot de diabeteseducatie bij waarin gegevens zijn opgenomen over de overeengekomen therapeutische doelstellingen en de inhoud van de gerealiseerde educatie. Het voorschrift van de huisarts wordt in dat dossier bewaard. De educator bewaart alle elementen van het dossier gedurende minstens 5 jaar.

— De educator werkt samen met alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor de diabetespatiënt : de huisarts en de geneesheer-specialist die het zorgtrajectcontract met de patiënt hebben gesloten, de leveranciers van het materiaal en de paramedici.

— De in onderhavig besluit voorziene diabeteseducatieverstrekkingen, komen enkel in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming indien ze werden verleend door een erkende zorgverlener die een samenwerkingsovereenkomst met een geconventioneerd diabetessteam (dat in het kader van de diabetesovereenkomst werkzaam is) heeft gesloten.

— Zodra een lokaal multidisciplinair netwerk wordt gesubsidieerd door de verzekering voor geneeskundige verzorging, moet de educator in dat netwerk worden opgenomen en zich inschakelen in de globale initiatieven inzake aanvullende opleiding die in het lokaal multidisciplinair netwerk rond diabetes worden genomen.

— Het Verzekeringscomité kan, op advies van het College van geneesheren-directeurs, richtlijnen uitvaardigen met betrekking tot de inhoud van de educatie, de inhoud van de rapporten en de inhoud van het educatiedossier.

— De verstrekking 794076 en de verstrekking 794091 mogen niet op dezelfde dag worden verricht.

— Een rechthebbende mag de in dit hoofdstuk voorziene diabeteseducatieverstrekkingen nooit cumuleren met de forfaitaire honoraria van de verstrekkingen die aan diabetespatiënten worden verleend en die zijn bepaald in artikel 8 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, en dit gedurende de hele geldigheidsperiode van het zorgtrajectcontract.

D. Erkenning, erkenningsaanvraag

De zorgverleners die de verstrekkingen bedoeld in hoofdstuk V van onderhavig besluit mogen verrichten zijn de podologen, de diëtisten en de kinesitherapeuten die naast hun basisopleiding allemaal een aanvullende opleiding van diabeteseducator hebben gevolgd. Die aanvullende opleiding moet het mogelijk maken om 20 studiepunten te verwerven of minstens 150 opleidingsuren omvatten; iedere opleiding moet ten minste 100 uren theoretisch onderwijs omvatten en leiden tot de uitreiking van een getuigschrift door een opleidingsinstituut dat is erkend door de overheid die onderwijs tot haar bevoegdheid heeft.

De in onderhavig besluit voorziene diabeteseducatieverstrekkingen komen enkel in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming indien ze werden verleend door een zorgverlener die is erkend als diabeteseducator door de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

C. Règles d'application communes
aux prestations 794054, 794076 et 794091

— Les prestations sont dispensées au domicile du bénéficiaire ou au cabinet du médecin généraliste ou dans une maison régionale d'un réseau multidisciplinaire local subventionné par l'assurance soins de santé.

— Les prestations peuvent également être prescrites par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire.

— L'éducateur ne peut effectuer que des prestations dont le contenu ressort de ses compétences légales. De ce fait, l'éducateur - ne possédant pas un diplôme de praticien de l'art infirmier - n'est pas habilité à enseigner au patient diabétique l'auto-injection d'insuline. Dans le cas où l'apprentissage à l'auto-injection est réalisé pour un patient, celui-ci devra être assuré par le médecin ou par un praticien de l'art infirmier qui a un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;

— L'éducateur tient à jour pour chaque patient un dossier d'éducation au diabète contenant des informations sur les buts thérapeutiques convenus et le contenu de l'éducation réalisée. La prescription du médecin généraliste est conservée dans ce dossier. L'éducateur conserve tous les éléments du dossier pendant au moins 5 ans.

— L'éducateur collabore avec tous les dispensateurs de soins qui participent aux soins du patient diabétique : le médecin généraliste et le médecin-spécialiste qui ont conclu le contrat trajet de soins avec le patient, les fournisseurs de matériel et les auxiliaires paramédicaux.

— Les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si elles ont été dispensées par un prestataire agréé qui a conclu un contrat de collaboration avec une équipe de diabétologie conventionnée (travaillant dans le cadre de la convention diabétique).

— Dès qu'un réseau multidisciplinaire local est subventionné par l'assurance soins de santé, l'éducateur doit être intégré à ce réseau et s'insérer dans les initiatives globales de formation complémentaire prises dans le réseau multidisciplinaire local en rapport avec le diabète.

— Le Comité de l'assurance peut, sur avis du Collège des médecins-directeurs, établir des directives concernant le contenu de l'éducation, le contenu des rapports et le contenu du dossier d'éducation.

— La prestation 794076 et la prestation 794091 ne peuvent pas être réalisées le même jour.

— Un bénéficiaire ne peut jamais cumuler les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent chapitre avec les honoraires forfaitaires des prestations dispensées aux patients diabétiques, prévues par l'article 8 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités et ce, pendant toute la période de validité du contrat trajet de soins.

D. Agrément, demande d'agrément

Les prestataires pouvant réaliser des prestations prévues dans le chapitre V du présent arrêté sont les podologues, les diététiciens et les kinésithérapeutes ayant tous, en sus de leur formation de base, suivis une formation complémentaire d'éducateur en diabétologie. Cette formation complémentaire doit permettre l'acquisition de 20 points d'études ou comprendre au moins 150 heures de formation; chacune devant comprendre au moins 100 heures effectives d'enseignement théorique et aboutir à la délivrance d'une attestation d'un institut de formation reconnu par l'autorité qui a l'enseignement dans ses compétences.

Les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si elles ont été dispensées par un prestataire agréé à cet effet en tant qu'éducateur en diabétologie par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Om als diabeteseducator te worden erkend, moeten de kandidaten een aanvraag richten aan de leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering met daarin :

1° Voor de podologen : een afschrift van het diploma dat een opleiding bekroont, overeenstemmend met een opleiding van minstens drie jaar in het kader van het voltijds hoger onderwijs met een leerprogramma zoals bepaald in het Koninklijk Besluit van 15 oktober 2001 betreffende de beroepstitel en de kwalificatievereisten voor de uitoefening van het beroep van podoloog en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de podoloog door een arts kan worden belast, alsook een afschrift van het getuigschrift van de met vrucht doorlopen aanvullende opleiding van diabeteseducator dat door het opleidingsinstituut is uitgereikt.

Voor de diëtisten : een afschrift van het diploma dat een opleiding bekroont, overeenstemmend met een opleiding van minstens drie jaar in het kader van het voltijds hoger onderwijs in de voedings- en dieetleer met een leerprogramma zoals bepaald in het Koninklijk Besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische prestaties en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast, alsook een afschrift van het getuigschrift van de met vrucht doorlopen aanvullende opleiding van diabeteseducator dat door het opleidingsinstituut is uitgereikt.

Voor de kinesitherapeuten : het bewijs dat ze door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid erkend zijn als kinesitherapeut, alsook een afschrift van het getuigschrift van de met vrucht doorlopen aanvullende opleiding van educator in de diabetologie dat door het opleidingsinstituut is uitgereikt.

De personen die een erkenning in het buitenland hebben behaald, kunnen enkel voor een erkenning in aanmerking komen als ze het bewijs kunnen leveren van de officiële gelijkstelling van het diploma;

2° De verbintenis zich op straffe van terugbetaling te houden aan de hoger vermelde voorwaarden om de in onderhavig koninklijk besluit voorziene diabeteseducatieverstrekkingen te attesteren;

3° De verbintenis zich, voor de in onderhavig koninklijk besluit voorziene verstrekkingen, te houden aan de voorziene honoraria;

4° Een getuigschrift van het door de verzekering voor geneeskundige verzorging gesubsidieerde lokale multidisciplinaire netwerk (als dat netwerk bestaat) waarin wordt vermeld dat de educator in dat netwerk is opgenomen.

De Dienst voor geneeskundige verzorging maakt de lijst op van de erkende educatoren in de diabetologie en wijst hun een erkenningsnummer toe.

Wie erkend is, is verplicht om elk kalenderjaar 15 uur bijscholing te volgen. Het Verzekeringscomité kan, op voordracht van het College van geneesheren-directeurs, richtlijnen opstellen met betrekking tot de inhoud van de bijscholing van de educatoren. De erkenning van een erkende educator die, op verzoek van het RIZIV, niet kan aantonen dat hij aan die voorwaarde van bijscholing voldoet, kan worden ingetrokken.

Het Verzekeringscomité kan, op voordracht van het College van geneesheren-directeurs, vanaf een bepaalde datum een minimum qua activiteitsvolume opleggen dat uitsluitend aan de diabeteseducatieverstrekkingen moet worden besteed. De erkenning van een erkende educator die, op verzoek van het RIZIV, niet kan aantonen dat hij permanent aan die voorwaarde voldoet, kan worden ingetrokken. »

Art. 11. In de bijlage van hetzelfde besluit wordt er een hoofdstuk VI ingevoegd dat als volgt luidt :

« HOOFDSTUK VI. — *Terugbetaalbaar zelfzorgmateriaal*

A. Soorten terugbetaalbaar materiaal en terugbetalingsvoorwaarden van dat materiaal, voor de patiënten die een zorgtrajectcontract hebben gesloten

A.1. 794113

Verbruiksmateriaal dat noodzakelijk is voor de diabeteszelfregulatie en dat een periode van 6 maanden dekt vanaf de datum van het eerste voorschrift (3 doosjes met elk 50 strookjes voor de glycemiecontrole en 1 doosje van 100 lancetten)

Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 794113 mag worden verleend voor elke rechthebbende met type 2-diabetes die een zorgtrajectcontract heeft gesloten dat nog geldig is en die een programma voor diabeteszelfregulatie met regelmatige glycemiecontrole (gemiddeld 25 metingen per maand) volgt of gaat volgen.

Afin d'être agréé en tant qu'éducateur en diabétologie, les candidats doivent adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité contenant :

1° Pour les podologues : une copie du diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dont le programme d'étude est fixé par l'arrêté royal du 15 octobre 2001 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de podologue et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le podologue peut être chargé par un médecin ainsi qu'une copie de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Pour les diététiciens : une copie du diplôme sanctionnant une formation, répondant à une formation d'au moins trois ans dans le cadre d'un enseignement supérieur de plein exercice dans le domaine de l'alimentation et de la diététique dont le programme d'étude est fixé par l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin ainsi qu'une de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Pour les kinésithérapeutes : la preuve qu'ils ont obtenu un agrément en tant que kinésithérapeutes du Service public fédéral Santé Publique, ainsi qu'une copie de l'attestation de réussite de la formation complémentaire d'éducateur en diabétologie délivrée par l'institut de formation.

Les personnes ayant obtenu une reconnaissance à l'étranger peuvent entrer en ligne de compte pour une reconnaissance seulement dans le cas où elles peuvent fournir la preuve qu'une équivalence officielle de diplôme a été accordée;

2° L'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester les prestations d'éducation au diabète prévues dans le présent arrêté;

3° L'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le présent arrêté, aux honoraires prévus;

4° Une attestation du réseau multidisciplinaire local subventionné par l'assurance soins de santé (si ce réseau existe) mentionnant que l'éducateur y est intégré.

Le Service des soins de santé dresse la liste des éducateurs en diabétologie agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

Les personnes ayant obtenu un agrément sont dans l'obligation de suivre chaque année calendrier une formation permanente de 15 heures. Le Comité de l'assurance peut, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, établir des directives concernant le contenu de la formation permanente des éducateurs. L'agrément d'un éducateur qui ne démontre pas, à la demande de l'INAMI, qu'il répond à cette condition de formation permanente, peut être retiré.

Le Comité de l'assurance, sur proposition du Collège des médecins-directeurs, peut imposer à partir d'une date déterminée, un volume d'activité minimum qui devra être consacré exclusivement aux prestations d'éducation au diabète. L'agrément d'un éducateur qui ne démontre pas, à la demande de l'INAMI, qu'il répond à cette condition permanente, peut être retiré. »

Art. 11. Il est inséré, dans l'annexe du même arrêté un chapitre VI rédigé comme suit :

« CHAPITRE VI. — *Matériel d'autogestion remboursable*

A. Types de matériel remboursable et conditions de remboursement de ce matériel, pour les patients qui ont conclu un contrat trajet de soins

A.1. 794113

Matériel consommable nécessaire à l'autogestion diabétique couvrant une période de 6 mois à partir de la date de la première prescription (3 boîtes comprenant chacune 50 tiges pour le contrôle de la glycémie et 1 boîte de 100 lancettes).

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794113 peut être accordée : pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable et qui suit ou va suivre un programme d'autogestion diabétique dans lequel un contrôle régulier de la glycémie (en moyenne 25 mesures par mois) est prévu.

De verstrekking 794113 wordt voorgeschreven door de huisarts die het zorgtrajectcontract met de betrokken rechthebbende heeft gesloten of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Het voorschrift moet duidelijk vermelden dat het om een voorschrift van strookjes en lancetten gaat die in het kader van de zorgtrajecten kunnen worden terugbetaald. Als het voorschrift die vermelding bevat, laat het toe om 3 doosjes van 50 strookjes en 1 doosje van 100 lancetten af te leveren, zelfs als het voorschrift niet de voorgeschreven hoeveelheid vermeldt.

De verstrekking 794113 mag enkel worden voorgeschreven :

1° voor een rechthebbende die al gedurende minstens een jaar met insuline of door middel van incretinemimetica werd behandeld en van wie de HbA1c-waarde, gemeten in de drie maanden vóór het voorschrift van de verstrekking 794113, lager is dan 7,5 %. Hernieuwingen van de verstrekking 794113 zijn mogelijk zolang de HbA1c-waarde, die op zijn vroegst drie maanden vóór het einde van elke periode van 12 maanden verplicht moet worden gemeten, lager blijft dan 7,5 %.

2° voor een rechthebbende die een insuliner therapie of een behandeling met incretinemimetica en/of een programma voor diabeteszelfregulatie gaat beginnen : alleen indien er zo snel mogelijk een diabeteseducatieprogramma met minstens 5 verstrekkingen « opstarteducatie » van 30 minuten wordt opgestart. De verstrekking 794113 kan enkel worden hernieuwd wanneer de rechthebbende met insuline of door middel van incretinemimetica wordt behandeld en minstens 5 verstrekkingen « opstarteducatie » van 30 minuten heeft gevolgd. Latere hernieuwingen van de verstrekking 794113 blijven mogelijk indien het niet gaat om een rechthebbende bedoeld onder de punten 4° of 5°.

3° voor een rechthebbende die al met insuline of door middel van incretinemimetica wordt behandeld en die overstapt van het beperkt programma met glycemiecontrole naar een programma voor diabeteszelfregulatie en die niet is bedoeld onder punt 1° : hier gelden dezelfde voorwaarden als voor de rechthebbenden bedoeld onder punt 2°.

4° voor een rechthebbende die gaat overschakelen of die al is overgeschakeld van één naar twee insuline-injecties per dag : alleen indien er zo snel mogelijk een bijkomend educatieprogramma aan diabetespatiënten met minstens 2 « educatieverstrekkingen » van 30 minuten wordt opgestart. Zes maanden na de overschakeling van één naar twee insuline-injecties kan de verstrekking 794113 enkel worden hernieuwd wanneer de rechthebbende minstens 2 « educatieverstrekkingen » van 30 minuten heeft gevolgd. Latere hernieuwingen van de verstrekking 794113 blijven mogelijk indien het niet gaat om een rechthebbende bedoeld onder punt 5°.

5° voor een rechthebbende die met insuline of door middel van incretinemimetica wordt behandeld en die al een programma voor diabeteszelfregulatie volgt en die niet is bedoeld onder de punten 1°, 2°, 3° of 4°, en van wie de HbA1c-waarde, die op zijn vroegst drie maanden vóór het einde van elke periode van 12 maanden verplicht moet worden gemeten, hoger is dan 7,5 % : wanneer er zo snel mogelijk een bijkomend educatieprogramma aan diabetespatiënten met minstens 2 « educatieverstrekkingen » van 30 minuten zal worden opgestart. De verstrekking 794113 mag alleen maar worden hernieuwd als de rechthebbende minstens 2 « educatieverstrekkingen » van 30 minuten heeft gevolgd. Latere hernieuwingen van de verstrekking 794113 zonder nieuw bijkomend educatieprogramma zijn mogelijk, voor zover de HbA1c-waarde, die op zijn vroegst drie maanden voor het einde van elke periode van 12 maanden is gemeten, niet opnieuw meer dan 7,5 % bedraagt. Als de HbA1c-waarde opnieuw meer dan 7,5 % bedraagt, is een nieuw educatieprogramma van minstens 2 verstrekkingen van 30 minuten verplicht.

6° voor een rechthebbende die met insuline of met incretinemimetica wordt behandeld, die al een programma inzake zelfregulatie van diabetes mellitus volgt en die niet onder de punten 2°, 3°, 4° en 5° valt : indien de rechthebbende al een diabeteseducatie heeft genoten in het kader van de diabetesovereenkomst.

Een voorschrift voor een nieuwe periode van 6 opeenvolgende maanden is alleen maar mogelijk, als het gaat om een rechthebbende voor wie de huisarts of een erkende educator heeft vastgesteld dat die rechthebbende daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles tijdens de afgelopen periode heeft uitgevoerd. De voorschriften kunnen voor een nieuwe periode worden hernieuwd vanaf 3 maanden vóór het verstrijken van de betreffende periode van 6 maanden.

La prestation 794113 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription de figettes et de lancettes remboursables dans le cadre des trajets de soins. Si la prescription comprend cette mention, la prescription permet la délivrance de 3 boîtes de 50 figettes et de 1 boîte de 100 lancettes, même si la prescription ne stipule pas la quantité prescrite.

La prestation 794113 ne peut être prescrite que :

1° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques depuis au moins un an, dont la valeur HbA1c, mesurée dans les trois mois avant la prescription de la prestation 794113, est inférieure à 7,5 %. Des renouvellements de la prestation 794113 sont possibles aussi longtemps que la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, reste inférieure à 7,5 %.

2° pour un bénéficiaire qui va entamer une thérapie à l'insuline ou un traitement au moyen d'incrétinomimétiques et/ou qui va entamer un programme d'autogestion diabétique : dans le cas où un programme d'éducation au diabète comprenant au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. La prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire est traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques et a suivi au moins 5 prestations « éducation de départ » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113 restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 4° ou 5°.

3° pour un bénéficiaire déjà traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques qui passe d'un programme de contrôle restreint de la glycémie vers un programme d'autogestion diabétique et qui n'est pas visé sous le point 1° : les mêmes conditions que pour les bénéficiaires visés sous le point 2° sont d'application.

4° pour un bénéficiaire qui va passer ou qui est déjà passé de une à deux injections d'insuline par jour : dans le cas où un programme d'éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. Six mois après le passage de une à deux injections d'insuline, la prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113 restent possibles s'il ne s'agit pas d'un bénéficiaire visé sous le point 5°.

5° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui est non visé sous les points 1°, 2°, 3° ou 4°, dont la valeur HbA1c, mesurée obligatoirement au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est supérieure à 7,5 % : dans le cas où un programme d'éducation au diabète supplémentaire comprenant au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes va être entamé dans les meilleurs délais. La prestation 794113 ne peut être renouvelée que dans le cas où le bénéficiaire a suivi au moins 2 prestations « éducation » de 30 minutes. Des renouvellements ultérieurs de la prestation 794113, sans nouveau programme d'éducation supplémentaire, restent possibles aussi longtemps que la valeur HbA1c, mesurée au plus tôt trois mois avant la fin de chaque période de 12 mois, n'est pas à nouveau supérieure à 7,5 %. Dans le cas où la valeur HbA1c est à nouveau supérieure à 7,5 %, un nouveau programme d'éducation d'au moins 2 prestations de 30 minutes est obligatoire.

6° pour un bénéficiaire traité à l'insuline ou au moyen d'incrétinomimétiques qui suit déjà un programme d'autogestion diabétique et qui est non visé sous les points 2°, 3°, 4° et 5° : dans le cas où le bénéficiaire a déjà bénéficié de l'éducation au diabète dans le cadre de la convention diabétique.

Une prescription pour une nouvelle période de 6 mois consécutifs n'est possible que dans le cas où il s'agit d'un bénéficiaire pour lequel le médecin généraliste ou un éducateur agréé a constaté que ce bénéficiaire a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée. Les renouvellements des prescriptions pour une nouvelle période sont possibles à partir de 3 mois avant la fin de la période de 6 mois concernée.

De educatieprogramma's, bedoeld in de punten 2°, 3°, 4° en 5°, kunnen worden uitgevoerd :

— door de diabeteseducatoren die in het kader van hoofdstuk V van de huidige nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen zijn erkend;

— door verpleegkundigen met een specifiek registratienummer van diabeteseducator;

— door diabeteseducatoren die in het kader van de diabetesovereenkomst werken, indien de rechthebbende in het kader van die overeenkomst een programma volgt dat uitsluitend de diabeteseducatie vergoedt, zonder het zelfregulatiemateriaal te vergoeden.

De voorschrijvende huisarts bewaart in het globaal medisch dossier van de rechthebbende de verslagen van de educatoren waaruit blijkt dat de voorwaarden op het vlak van de verplichte educatie vervuld zijn. Die verslagen worden gedurende minstens 5 jaar bewaard.

De gegevens over de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten worden door de huisarts aan de adviserend geneesheer bezorgd op zijn verzoek.

Met het voorschrift voor de verstreking kan de rechthebbende het materiaal verkrijgen bij de in het kader van dit koninklijk besluit erkende leveranciers of in de apotheken.

De verstreking 794113 mag alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend, wanneer al het materiaal voor de periode van 6 maanden is geleverd.

Voor elke rechthebbende moet de huisarts erop toezien dat in zijn voorschriften het maximaal vergoedbare materiaal waarin voor iedere periode van 6 maanden te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, is voorzien, niet wordt overschreden, ongeacht het feit of de patiënt het materiaal heeft verkregen bij een in het kader van dit koninklijk besluit erkende leverancier of in een apotheek.

De verstreking 794113 mag nooit worden voorgeschreven voor een rechthebbende die in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt.

A.2. 794135

Duurzaam materiaal voor diabeteszelfregulatie (glucometer en lancethouder) voor een patiënt die met diabeteszelfregulatie zal beginnen - Eerste voorschrift

Een verzekeringstegemoetkoming voor de verstreking 794135 kan worden toegekend aan iedere rechthebbende met type 2-diabetes die een zorgtraject heeft gesloten dat nog altijd geldig is.

De verstreking 794135 wordt voorgeschreven door de huisarts die een zorgtrajectcontract met de betrokken rechthebbende heeft gesloten of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Het voorschrift moet duidelijk vermelden dat het gaat om een voorschrift voor een glucometer en een lancethouder die in het kader van de zorgtrajecten worden terugbetaald.

Het voorschrift vermeldt geen merk van glucometer. Het meest aangewezen merk voor de rechthebbende wordt gekozen in overleg met de rechthebbende en de geraadpleegde erkende diabeteseducator. De erkende diabeteseducator vult een « aanvraagdocument » in en vermeldt de naam van het meest aangewezen merk voor de rechthebbende op dat « aanvraagdocument ». De educator bevestigt eveneens dat een educatieprogramma van minstens 5 verstrekingen van 30 minuten is opgestart. Het Verzekeringscomité kan met betrekking tot het « aanvraagdocument » ten allen tijde een model opleggen.

Via het voorschrift van de huisarts en het door de educator ingevulde document kan de patiënt het materiaal verkrijgen bij de in het kader van dit koninklijk besluit erkende leveranciers of in de apotheken.

De verstreking 794135 mag alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend, wanneer al het materiaal (glucometer en lancethouder) is geleverd.

De verstreking 794135 mag slechts één keer per rechthebbende worden voorgeschreven, ongeacht het feit of de patiënt het materiaal heeft verkregen bij een in het kader van dit koninklijk besluit erkende leverancier of in de apotheken.

Les programmes d'éducation visés dans les points 2°, 3°, 4° et 5° peuvent être réalisés :

— par les éducateurs en diabétologie agréés dans le cadre du chapitre V de la présente nomenclature des prestations de rééducation fonctionnelle;

— par les praticiens de l'art infirmier qui ont un numéro spécifique d'enregistrement en tant qu'éducateur en diabétologie;

— par les éducateurs en diabétologie travaillant dans le cadre de la convention diabétique, dans le cas où le bénéficiaire suit dans le cadre de ladite convention un programme qui couvre uniquement l'éducation au diabète, sans couvrir le matériel d'autogestion.

Le médecin généraliste prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les rapports des éducateurs témoignant qu'il a été satisfait aux conditions en matière d'éducation obligatoire. Ces rapports sont conservés pendant au moins 5 ans.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA1c sont transmis par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

La prescription de la prestation permet au bénéficiaire d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal, soit dans les pharmacies.

La prestation 794113 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré pour la période de 6 mois.

Pour chaque bénéficiaire, le médecin généraliste doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 6 mois à compter de la date de la première prescription, ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou d'une pharmacie.

La prestation 794113 ne peut jamais être prescrite pour un bénéficiaire qui suit, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique.

A.2. 794135

Matériel durable pour l'autogestion diabétique (glucomètre et porte-lancette) pour un patient qui va entamer l'autogestion diabétique - Première prescription

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794135 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant de diabète de type 2 qui a conclu un contrat trajet de soins qui est encore valable.

La prestation 794135 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire concerné ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'un glucomètre et d'un porte-lancette remboursables dans le cadre des trajets de soins.

La prescription ne fait pas mention de la marque du glucomètre. La marque la mieux adaptée au bénéficiaire est choisie en concertation entre le bénéficiaire et l'éducateur en diabétologie agréé qu'il a consulté. L'éducateur en diabétologie agréé complète un « document de demande » et mentionne le nom de la marque la plus appropriée au bénéficiaire sur ce « document de demande ». L'éducateur confirme également qu'un programme d'éducation comprenant au moins 5 prestations de 30 minutes a été entamé. En ce qui concerne le « document de demande », le Comité de l'assurance peut à tout moment imposer un modèle.

La prescription du médecin généraliste et le document rempli par l'éducateur permettent au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.

La prestation 794135 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel (glucomètre et porte-lancette) a été délivré.

La prestation 794135 ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou d'une pharmacie.

De verstrekking 794135 mag nooit worden voorgeschreven :

- voor een rechthebbende die in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt of heeft gevolgd, dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt;
- voor een rechthebbende die al de verstrekking 794216 of de verstrekking 794231 heeft genoten.

A.3. 794150

Duurzaam materiaal voor diabeteszelfregulatie (glucometer en lancethouder) voor een patiënt voor wie dat soort materiaal reeds is terugbetaald geweest - Hernieuwingsvoorschrift.

Een voorschrift voor de hernieuwing van de verstrekking 794135 kan op zijn vroegst worden opgesteld na 3 jaar gebruik van de vorige glucometer, indien die meter defect is en het toestel moet worden vervangen of als dat type van materiaal verouderd is. Om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar, meer bepaald als het vorige apparaat om medische redenen niet meer voor de rechthebbende geschikt is.

De verstrekking 794150 kan meermaals voor een rechthebbende worden voorgeschreven, op voorwaarde dat er een periode van minstens 3 jaar ligt tussen beide voorschriften, behalve om medische redenen.

De verstrekking 794150 kan eveneens worden voorgeschreven :

- voor een rechthebbende die niet langer in het kader van de diabetesovereenkomst een programma volgt dat eveneens het materiaal voor diabeteszelfregulatie dekt, als de glucometer die in het kader van de diabetesovereenkomst ter beschikking is gesteld, al minstens 3 jaar oud is; om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar;
- voor een rechthebbende die, vooraleer hij een zorgtrajectcontract heeft ondertekend, een beperkt programma voor glycemiecontrole heeft gevolgd, als de glucometer die in het kader van dat programma ter beschikking is gesteld, al minstens 3 jaar oud is; de hernieuwing kan ook om medische redenen worden ingeroepen vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar.

Alle andere bepalingen die van toepassing zijn op de verstrekking 794135, blijven geldig.

Om de verstrekking 794150 te kunnen voorschrijven, moet de rechthebbende eveneens beantwoorden aan de voorwaarden van de verstrekking 794113.

A.4. 794172

Gevalideerde bloeddrukmeter.

Een verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekking 794172 kan aan iedere rechthebbende worden toegekend die lijdt aan chronische nierinsufficiëntie en die een zorgtrajectcontract heeft gesloten dat nog geldig is.

De verstrekking 794172 wordt voorgeschreven door de huisarts die het zorgtrajectcontract heeft gesloten of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende. Het voorschrift moet duidelijk vermelden dat het gaat om een voorschrift voor een bloeddrukmeter die in het kader van de zorgtrajecten wordt terugbetaald.

Met het voorschrift voor die verstrekking kan de patiënt het materiaal verkrijgen bij de in het kader van dit koninklijk besluit erkende leveranciers of in de apotheken.

De verstrekking 794172 mag alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend, wanneer de bloeddrukmeter is geleverd.

De verstrekking 794172 mag slechts één keer per rechthebbende worden aangerekend, ongeacht het feit of de patiënt het materiaal heeft verkregen bij een in het kader van dit koninklijk besluit erkende leverancier of in een apotheek.

La prestation 794135 ne peut jamais être prescrite :

- pour un bénéficiaire qui suit ou qui a suivi dans le cadre de la convention diabétique un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique;
- pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de la prestation 794216 ou de la prestation 794231.

A.3. 794150

Matériel durable pour l'autogestion diabétique (glucomètre et portelancette) pour un patient pour lequel ce matériel a déjà été remboursé - Prescription de renouvellement.

Une prescription pour le renouvellement de la prestation 794135 peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type du matériel est désuet. Le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

La prestation 794150 peut être prescrite à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

La prestation 794150 peut également être prescrite :

- pour un bénéficiaire qui ne suit plus un programme qui couvre également le matériel d'autogestion diabétique dans le cadre de la convention diabétique dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de la convention diabétique date d'il y a au moins 3 ans; le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué;
- pour un bénéficiaire qui, avant d'avoir signé un contrat trajet de soins, a suivi un programme de contrôle restreint de la glycémie, dans le cas où le glucomètre mis à sa disposition dans le cadre de ce programme date d'il y a au moins 3 ans; le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué.

Toutes les autres dispositions applicables à la prestation 794135 restent valables.

Afin de pouvoir prescrire la prestation 794150, le bénéficiaire doit également répondre aux conditions de la prestation 794113.

A.4. 794172

Tensiomètre validé.

Une intervention de l'assurance dans la prestation 794172 peut être accordée pour tout bénéficiaire souffrant d'une insuffisance rénale chronique qui a conclu un trajet de soins qui est encore valable.

La prestation 794172 est prescrite par le médecin généraliste qui a conclu le contrat trajets de soins ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire. La prescription doit clairement mentionner qu'il s'agit d'une prescription d'un tensiomètre remboursable dans le cadre des trajets de soins.

La prescription de cette prestation permet au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.

La prestation 794172 ne peut être portée en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque le tensiomètre a été délivré.

La prestation 794172 ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.

B. Beperkt programma voor glycemiecontrole dat vergoedbaar is voor patiënten die geen zorgtrajectcontract hebben gesloten

B.1. Terugbetaalbaar materiaal

B.1.1. 794194

Verbruiksmateriaal dat noodzakelijk is in het kader van het beperkt programma voor glycemiecontrole en dat een periode van 12 maanden dekt vanaf de datum van het eerste voorschrift (2 doosjes met elk 50 strookjes voor de glycemiecontrole en 1 doosje van 100 lancetten).

Het voorschrift voor de prestatie 794194 moet duidelijk vermelden dat het voorgeschreven materiaal vergoedbaar is buiten het kader van de zorgtrajecten.

Naar het einde toe van de voorgeschreven periode van 12 maanden, kan het voorschrift worden hernieuwd.

B.1.2. 794216

Duurzaam materiaal (glucometer en lancethouder) voor een patiënt die de glycemie regelmatig gaat controleren - Eerste voorschrift

Het voorschrift voor de verstrekking 794216 moet duidelijk vermelden dat het voorgeschreven materiaal vergoedbaar is buiten het kader van de zorgtrajecten.

De verstrekking mag slechts één keer per rechthebbende worden voorgeschreven, ongeacht het feit of de patiënt het materiaal heeft verkregen bij een in het kader van dit koninklijk besluit erkende leverancier of in een apotheek.

B.1.3. 794231

Duurzaam materiaal (glucometer en lancethouder) voor een rechthebbende die al de verstrekking 794216 heeft genoten - Hernieuwingsvoorschrift

Een hernieuwingsvoorschrift voor de verstrekking 794216 kan op zijn vroegst na 3 jaar gebruik van de oude glucometer worden opgesteld als die meter defect is en het toestel moet worden vervangen of als dat type van materiaal verouderd is. Om medische redenen is de hernieuwing ook mogelijk vóór het verstrijken van de minimumperiode van 3 jaar, meer bepaald als het vorige apparaat om medische redenen niet meer voor de rechthebbende geschikt is.

De verstrekking kan meermaals voor een rechthebbende worden voorgeschreven, op voorwaarde dat er een periode van minstens 3 jaar ligt tussen beide voorschriften, behalve om medische redenen.

Het voorschrift van de verstrekking 794231 moet duidelijk vermelden dat het voorgeschreven materiaal vergoedbaar is buiten het kader van de zorgtrajecten.

B.2. Gemeenschappelijke vergoedingsvoorwaarden voor de verstrekkingen 794194, 794216 en 794231.

Voor de verstrekkingen 794194, 794216 en 794231 kan een verzekeringstegemoetkoming worden toegekend onder de volgende voorwaarden :

- de rechthebbende lijdt aan type 2-diabetes;
- de rechthebbende beschikt over een globaal medisch dossier;
- de rechthebbende heeft nooit een zorgtrajectcontract gesloten;
- de rechthebbende volgt geen programma in het kader van de diabetesovereenkomst dat het diabeteszelfregulatiemateriaal vergoedt en heeft ook nooit een dergelijk programma gevolgd;
- de rechthebbende volgt een behandeling met incretinemimetica of krijgt dagelijks één insuline-injectie;
- de verstrekkingen worden voorgeschreven door de huisarts die het globaal medisch dossier van de rechthebbende bewaart of door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende;
- de voorschrijvende huisarts bevestigt dat aan de rechthebbende diabeteseducatie werd gegeven;
- de voorschrijvende huisarts heeft aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende de datum van het eerste voorschrift meegedeeld vanaf welke hij een beperkt programma voor glycemiecontrole heeft opgestart voor een rechthebbende van wie hij het globaal medisch dossier bijhoudt. Het Verzekeringscomité kan ten allen tijde een model opleggen voor deze notificatie.

Voor de verstrekking 794194 is aan het einde van elke voorgeschreven periode van 12 maanden, een voorschrift voor een nieuwe periode van 12 opeenvolgende maanden toegelaten, indien de volgende bijkomende voorwaarden zijn vervuld :

1° de voorschrijvende huisarts heeft vastgesteld dat de rechthebbende daadwerkelijk de vereiste glycemiecontroles tijdens de afgelopen periode heeft uitgevoerd;

B. Programme de contrôle restreint de la glycémie, remboursable pour les patients qui n'ont pas conclu un contrat trajet de soins

B.1. Types de matériel remboursable

B.1.1. 794194

Matériel consommable nécessaire dans le cadre du programme de contrôle restreint de la glycémie couvrant une période de 12 mois à partir de la date de la première prescription (deux boîtes de 50 tiges pour le contrôle de la glycémie et une boîte de 100 lancettes).

La prescription de la prestation 794194 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

A la fin de la période prescrite de 12 mois, la prescription peut être renouvelée.

B.1.2. 794216

Matériel durable (glucomètre et porte-lancette) pour un patient qui va contrôler régulièrement la glycémie - Première prescription

La prescription de la prestation 794216 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

La prestation ne peut être prescrite qu'une fois par bénéficiaire, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.

B.1.3. 794231

Matériel durable (glucomètre et porte-lancette) pour un bénéficiaire qui a déjà bénéficié de la prestation 794216 préalablement - Prescription de renouvellement.

Une prescription pour le renouvellement de la prestation 794216 peut être rédigée au plus tôt après 3 ans d'utilisation de l'ancien glucomètre dans le cas où ce dernier est défectueux et nécessite le remplacement de l'appareil ou dans le cas où le type du matériel est désuet. Le renouvellement avant l'expiration de la période minimale de 3 ans pour des raisons médicales peut aussi être invoqué, notamment dans le cas où pour des raisons médicales l'ancien appareil n'est plus approprié pour le bénéficiaire.

La prestation peut être prescrite à plusieurs reprises pour un bénéficiaire, moyennant qu'il y ait une période d'au moins 3 ans entre deux prescriptions, sauf pour des raisons médicales.

La prescription de la prestation 794231 doit clairement mentionner que le matériel prescrit est remboursable en dehors du cadre des trajets de soins.

B.2. Conditions de remboursement communes pour les prestations 794194, 794216 et 794231

Une intervention de l'assurance dans les prestations 794194, 794216 et 794231 peut être accordée sous les conditions suivantes :

- le bénéficiaire souffre de diabète de type 2;
- le bénéficiaire dispose d'un dossier médical global;
- le bénéficiaire n'a jamais conclu un contrat trajet de soins;
- le bénéficiaire ne suit pas et n'a jamais suivi, dans le cadre de la convention diabétique, un programme qui couvre le matériel d'auto-gestion diabétique;
- le bénéficiaire suit un traitement au moyen d'incrétinomimétiques ou d'une injection quotidienne d'insuline;
- les prestations sont prescrites par le médecin généraliste qui tient le dossier médical global du bénéficiaire ou par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;
- le médecin généraliste prescripteur certifie qu'une éducation au diabète est faite au bénéficiaire;
- le médecin généraliste prescripteur a informé le médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire de la date de la première prescription à partir de laquelle il a entamé un programme de contrôle restreint de la glycémie pour un bénéficiaire pour qui il tient le dossier médical global. Le Comité de l'assurance peut à tout moment imposer un modèle pour cette notification.

Pour la prestation 794194, à la fin de chaque période prescrite de 12 mois, une prescription pour une nouvelle période de 12 mois consécutifs est autorisée dans le cas où les conditions supplémentaires suivantes sont remplies :

1° le médecin généraliste prescripteur a constaté que le bénéficiaire a effectivement exercé les contrôles de glycémie nécessaires durant la période écoulée;

2° de HbA1c-waarde van de rechthebbende die op zijn vroegst 3 maanden voor het einde van elke periode van 12 maanden verplicht wordt gemeten, bedraagt minder dan 7,5 %. Indien die streefwaarde niet wordt bereikt, stelt de huisarts aan de rechthebbende voor om een zorgtrajectcontract te sluiten of om een geneesheer-specialist te raadplegen. In dat geval komt de rechthebbende niet meer in aanmerking voor het beperkt programma voor glycemiecontrole. Indien de HbA1c-waarde van de rechthebbende minder dan 7,5 % bedraagt, kan het voorschrift vanaf de datum, waarop het resultaat van die meting bekend is, worden hernieuwd.

Met het voorschrift voor de verstrekkingen van hoofdstuk VI, B kan de patiënt het materiaal verkrijgen bij de in het kader van dit koninklijk besluit erkende leveranciers of in de apotheken.

De verstrekkingen 794194, 794216 en 794231 kunnen alleen maar aan de verzekeringsinstelling van de rechthebbende worden aangerekend, wanneer al het materiaal is geleverd.

De verstrekking 794231 kan alleen maar worden voorgeschreven, als de rechthebbende beantwoordt aan de voorwaarden voor de hernieuwing van de verstrekking 794194.

Voor de verstrekking 794194 moet de voorschrijvende huisarts erop toezien dat in zijn voorschriften het maximum vergoedbare materiaal waarin voor iedere periode van 12 maanden, te rekenen vanaf de datum van het eerste voorschrift, is voorzien, niet wordt overschreden ongeacht het feit of de patiënt het materiaal bij een in het kader van dit koninklijk besluit erkende leverancier of in een apotheek heeft verkregen.

De gegevens over de diabeteseducatie en de HbA1c-resultaten worden op diens verzoek door de huisarts aan de adviserend geneesheer bezorgd.

C. Distributiekanaalen voor het materiaal, erkenningsprocedure

Het materiaal waarin in dit hoofdstuk is voorzien, komt alleen maar in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming, als het wordt geleverd door een leverancier die daartoe een erkenning heeft gekregen van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

Om als leverancier te worden erkend, moet de kandidaat een aanvraag indienen bij de leidend ambtenaar van de Dienst voor geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Die aanvraag bevat :

1° het bewijs dat hij een erkenning heeft gekregen van het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten, in de hoedanigheid van leverancier van medische hulpmiddelen, overeenkomstig de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 18 maart 1999 betreffende de medische hulpmiddelen;

2° de verbintenis om zich op straffe van terugbetaling te houden aan de bovenvermelde voorwaarden voor het attesteren van de verstrekkingen betreffende het materiaal waarin is voorzien in hoofdstuk VI van dit besluit;

3° de verbintenis om zich voor de verstrekkingen waarin is voorzien in hoofdstuk VI van dit besluit, te houden aan de tarieven die bij dit koninklijk besluit zijn vastgesteld.

De Dienst voor geneeskundige verzorging stelt een lijst op van de erkende leveranciers en kent hun een erkenningsnummer toe.

In het kader van dit koninklijk besluit kunnen de apotheken niet als leverancier worden erkend.

D. Lijst van de vergoedbare producten

Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging kan, op voorstel van de Technische raad voor diagnostische middelen en verzorgingsmiddelen, een lijst opstellen van de soorten materiaal die vergoedbaar zijn in het kader van dit hoofdstuk en kan ten allen tijde deze lijst wijzigen. »

Art. 12. Dit koninklijk besluit treedt in werking op 1 juni 2009.

Art. 13. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid belast met maatschappelijke integratie wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 oktober 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met maatschappelijke integratie,
Mevr. L. ONKELINX

2° la valeur HbA1c du bénéficiaire, mesurée obligatoirement au plus tôt 3 mois avant la fin de chaque période de 12 mois, est inférieure à 7,5 %. Si cette valeur cible n'est pas atteinte, le médecin généraliste propose au bénéficiaire de conclure un contrat trajet de soins ou de consulter un médecin spécialiste. Le cas échéant, le bénéficiaire n'entre plus en ligne de compte pour le programme de contrôle restreint de la glycémie. Si la valeur HbA1c du bénéficiaire est inférieure à 7,5 %, le renouvellement de la prescription est possible à partir de la date à laquelle le résultat de cette mesure est connu.

La prescription des prestations prévues dans le chapitre VI, B permet au patient d'obtenir le matériel soit auprès des fournisseurs de matériel agréés dans le cadre du présent arrêté royal soit dans les pharmacies.

Les prestations 794194, 794216 et 794231 ne peuvent être portées en compte à l'organisme assureur du bénéficiaire que lorsque tout le matériel a été délivré.

La prestation 794231 ne peut être prescrite que dans le cas où le bénéficiaire répond aux conditions de renouvellement pour la prestation 794194.

Pour la prestation 794194, le médecin généraliste prescripteur doit veiller à ce que le maximum de matériel remboursable prévu pour chaque période de 12 mois à compter de la date de la première prescription, ne soit pas dépassé dans ses prescriptions, peu importe que le patient ait obtenu le matériel auprès d'un fournisseur de matériel agréé dans le cadre du présent arrêté royal ou dans une pharmacie.

Les données relatives à l'éducation au diabète et les résultats HbA1c sont transmises par le médecin généraliste au médecin-conseil à sa demande.

C. Canaux de distribution du matériel, procédure d'agrément

Le matériel prévu dans le présent chapitre n'entre en ligne de compte pour une intervention de l'assurance qui si il a été délivré par un fournisseur agréé à cet effet par le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité.

Afin d'être agréé en tant que fournisseur, un candidat doit adresser une demande au Fonctionnaire dirigeant du Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité contenant :

1° la preuve qu'il a obtenu un agrément de l'Agence Fédérale des Médicaments et des Produits de Santé en tant que fournisseur de dispositifs médicaux, conformément aux dispositions mentionnées dans l'arrêté royal du 18 mars 1999 relatifs aux dispositifs médicaux;

2° l'engagement, sous peine de remboursement, de se conformer aux conditions susmentionnées, pour attester les prestations relatives au matériel prévues dans le chapitre VI du présent arrêté;

3° l'engagement de se conformer, pour les prestations prévues dans le chapitre VI du présent arrêté, aux tarifs fixés par le présent arrêté royal.

Le Service des soins de santé dresse la liste des fournisseurs agréés et leur attribue un numéro d'agrément.

Dans le cadre du présent arrêté royal, les pharmacies ne peuvent pas être agréées en tant que fournisseur.

D. Liste des produits remboursables

Le Comité de l'assurance soins de santé peut, sur proposition du conseil technique des moyens diagnostics et de matériel de soins, établir une liste du type de matériel remboursable dans le cadre du présent chapitre et modifier à tout moment cette liste. »

Art. 12. Le présent arrêté royal entre en vigueur à la date du 1^{er} juin 2009.

Art. 13. Notre Ministre des Affaires sociales et de la santé publique, chargé de l'Intégration sociale est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 octobre 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,
chargée de l'Intégration sociale,
Mme L. ONKELINX