

6.11	Maison de la Nature	€ -	€ 1.650.000,00	€ -	€ 1.650.000,00	Huis van de Natuur	6.11
6.13	Musée Horta	€ 55.000,00	€ 1.900.000,00	€ 191.986,19	€ 2.146.986,19	Horta Museum	6.13
6.14	Conservatoire de Musique	€ -	€ -	€ 2.350.000,00	€ 2.350.000,00	Muziekconservatorium	6.14
6.18	Wiels	€ -	€ 2.200.000,00	€ 309.579,52	€ 2.509.579,52	Wiels	6.18
6.21	Bâtiment EASTI	€ -	€ 500.000,00	€ -	€ 500.000,00	EASTI Gebouw	6.21
6.22	Renouvellement d'équipements Flagey	€ 232.500,00	€ 54.500,00	€ 116.600,00	€ 403.600,00	Vernieuwing Flagey uitrustingen	6.22
6.23	Library & learning Center	€ -	€ 2.135.675,00	€ -	€ 2.135.675,00	Library & Learning Center	6.23
6.24	European Sport Center	€ 750.000,00	€ -	€ -	€ 750.000,00	European Sport Center	6.24
<b>Total Chapitre 6</b>		€ 3.247.500,00	€ 10.440.175,00	€ 4.969.165,71	€ 18.656.840,71	<b>Totaal Hoofdstuk 6</b>	
<b>7. DIVERS</b>		Programme 2012	Programme 2013	Programme 2014	TOTAL AVENANT y compris report	<b>7. DIVERSEN</b>	
<b>Total Chapitre 7</b>		€ 11.723.639,88	€ 11.000.000,00	€ 12.000.000,00	€ 34.723.639,88	<b>Totaal Hoofdstuk 7</b>	
<b>Total général</b>		€ 206.567.398,41	€ 200.967.293,08	€ 159.283.505,52	€ 566.818.197,01	<b>Algemene Totaal</b>	

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2012 — 2096

[C - 2012/22281]

5 JULI 2012. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 36, gewijzigd bij de wet van 14 januari 2002;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten;

Gelet op het advies van de Nationale Commissie geneesheren-ziekenfondsen, gegeven op 11 januari 2012;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 8 februari 2012;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 13 februari 2012;

Gelet op het voorafgaand onderzoek met betrekking tot de noodzaak om een effectbeoordeling uit te voeren, waarin besloten wordt dat een effectbeoordeling niet vereist is;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 19 maart 2012;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 6 april 2012;

Gelet op het advies nr. 51.417/2 van de Raad van State, gegeven op 13 juni 2012, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2012 — 2096

[C - 2012/22281]

5 JUILLET 2012. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 36, modifié par la loi du 14 janvier 2002;

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

Vu l'avis de la Commission nationale médico-mutualiste, donné le 11 janvier 2012;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 8 février 2012;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 13 février 2012;

Vu l'examen préalable de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence, concluant qu'une évaluation d'incidence n'est pas requise;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 19 mars 2012;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 6 avril 2012;

Vu l'avis n° 51.417/2 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2012, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Artikel 10 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten, wordt vervangen door de volgende bepaling :

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

1° na verloop van het eerste jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat voor dezelfde rechthebbende en dezelfde pathologie in de loop van het eerste jaar geen ander zorgtrajectcontract werd gesloten, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium bedoeld in artikel 11 voor het tweede jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de eerste verjaardag van het begin van het zorgtraject en verlengt ze de periode waarover de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd is op de honoraria bedoeld in artikel 9, tot het einde van het tweede kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

2° na verloop van het tweede jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat in de loop van het eerste jaar twee raadplegingen of bezoeken werden aangerekend aan de rechthebbende door de huisartsen zoals bedoeld in artikel 9, 1° of 2°, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium zoals bedoeld in artikel 11 voor het derde jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de tweede verjaardag van het begin van het zorgtraject en verlengt ze de periode waarover de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd is op de honoraria bedoeld in artikel 9, tot het einde van het derde kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

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

3° na verloop van het derde jaar te rekenen vanaf het begin van het zorgtraject zoals bedoeld in artikel 6, en op voorwaarde dat in de loop van het tweede jaar één raadpleging door de ondertekenende geneesheer-specialist en twee raadplegingen of bezoeken door de huisartsen zoals bedoeld in artikel 9, 1° of 2°, werden aangerekend aan de rechthebbende, betaalt de verzekeringsinstelling het forfaitair honorarium zoals bedoeld in artikel 11 voor het vierde jaar van het zorgtraject aan de huisarts en de geneesheer-specialist binnen de dertig dagen na de derde verjaardag van het begin van het zorgtraject en verlengt ze de periode waarover de rechthebbende geen persoonlijk aandeel verschuldigd is op de honoraria bedoeld in artikel 9, tot het einde van het vierde kalenderjaar na het kalenderjaar waarin zich het begin van het zorgtraject situeert.

Voor de rechthebbenden bedoeld in artikel 3, 2°, wordt als aanrekening van een raadpleging van de ondertekenende geneesheer-specialist eveneens in aanmerking genomen de aanrekening van een forfait voor hemodialyse met de code 761272-761283 of 761515-761526 zoals bepaald volgens het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. »

**Art. 2.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juni 2009.

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

Gegeven te Brussel, 5 juli 2012.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen,  
Mevr. L. ONKELINX

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 10 de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins, est remplacé par la disposition suivante :

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

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

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

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

3° au terme de la troisième année à compter du début du trajet de soins comme visé à l'article 6, et à condition qu'au cours de la deuxième année, il ait été porté en compte au bénéficiaire une consultation par le médecin spécialiste qui signe et deux consultations ou visites par les médecins généralistes comme visé à l'article 9, 1° ou 2°, l'organisme assureur paie les honoraires forfaitaires comme visés à l'article 11 pour la quatrième année du trajet de soins au médecin généraliste et au médecin spécialiste dans les trente jours du troisième anniversaire du début du trajet de soins et il prolonge la période pour laquelle le bénéficiaire n'est pas redevable d'une quote-part personnelle sur les honoraires visés à l'article 9, jusqu'à la fin de la quatrième année civile suivant celle où se situe le début du trajet de soins.

Pour les bénéficiaires visés dans l'article 3, 2°, est prise en compte également comme facturation d'une consultation par le médecin spécialiste qui signe, la facturation d'un forfait de hémodialyse avec le code 761272-761283 ou 761515-761526 comme défini selon l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §§ 1<sup>er</sup> 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. »

**Art. 2.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> juin 2009.

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

Donné à Bruxelles, le 5 juillet 2012.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,  
Mme L. ONKELINX