

-----♦-----
 Federale Overheidsdienst
 Sociale Zekerheid
 -----♦-----

18-12-2018
 RAAD VAN STATE
 WETGEVING

-----♦-----
 Service Public Fédéral
 Sécurité Sociale
 -----♦-----

- Koninklijk besluit tot wijziging 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.

- Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Filip, Koning der Belgen,

Philippe, Roi des Belges,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

A tous, présents et à venir, Salut.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, 2°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2007 et § 2, 2°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Gelet op 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;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Gelet op de voorstellen van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 18 maart en 20 april 2018;

Vu les propositions du Conseil technique de la kinésithérapie, faites les 18 mars et 20 avril 2018 ;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 18 maart en 20 april 2018 ;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donnés les 18 mars et 20 avril 2018 ;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 10 en 24 april 2018 ;

Vu les avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donnés les 10 et 24 avril 2018 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 23 mei 2018;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 23 mai 2018 ;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 28 mei 2018;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 28 mai 2018 ;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 2018;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 2018 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2018;

Begroting, gegeven op 2018;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 2018 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

Artikel 1. In artikel 7 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009, 29 augustus 2009, 22 juli 2010, 5 april 2011, 22 maart 2012, 19 september 2013, 21 februari 2014, 3 september 2015, 17 oktober 2016 en 19 september 2017 wordt de volgende wijziging aangebracht :

1° In het geheel van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden, in de Nederlandse versie, de woorden “geneesheer” en “geneesheren” vervangen door de woorden “arts” en “artsen”.

2° §6, wordt vervangen als volgt:

“§ 6. De in § 4 bedoelde technieken verantwoorden een verzekeringstegemoetkoming binnen de volgende perken:

1° als mobilisatie of fysische therapieën, alleen uitgevoerd of samen met een andere techniek, zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, invasieve technieken (bijvoorbeeld : dry-needling, acupunctuur, ...), vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;

2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;

3° massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysische technieken in

Vu l'avis du Conseil d'Etat, donné le 2018 en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS

Article 1er. A l'article 7 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, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1er juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016 et 19 septembre 2017 est apportée la modification suivante:

1° Dans l'ensemble de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, dans la version en néerlandais, les mots « geneesheer » et « geneesheren » sont remplacés par les mots « arts » en « artsen »

2° Le §6 est remplacé par ce qui suit :

“§ 6. Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent:

1° sont notamment exclues, qu'elle soit réalisée seule ou avec une autre technique, au titre de mobilisation ou de thérapies physiques : la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippotherapie, les techniques invasives (par exemple : dry-needling, acupuncture, ...), les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;

2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive;

3° les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le

het kader van elektrotherapie, ultrasone therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmte en/of koude applicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.

Deze restricties gelden niet voor massage toegepast bij het behandelen van patiënten met verworven of congenitaal lymfoedeem of van patiënten wier gezondheidstoestand geen actieve deelname toelaat. »

3° §11, vierde lid wordt vervangen als volgt :

“De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een hersenverlamming die voor hun 7de verjaardag is opgetreden; het bewijs dat aan die voorwaarde is voldaan, moet worden geleverd aan de hand van een medisch verslag. Dat verslag moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend arts en moet worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel. De verstrekkingen mogen slechts eenmaal per dag worden geattesteerd en mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen "schriftelijk verslag" (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411) waarmee wel mag worden gecumuleerd.

Voor patiënten die hun 3de verjaardag nog niet hebben bereikt, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 eenmaal per dag worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een Gross Motor Function Classification System (GMFCS)-score 5 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 150 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 2, 3 of 4 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 1 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 50 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur et/ou de froid, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

Ces restrictions ne s'appliquent pas au massage utilisé pour des patients avec un lymphoedème acquis ou congénital ou pour des patients dont l'état de santé ne permet pas une participation active. »

3° Le §11, 4ème alinéa est remplacé par ce qui suit :

“Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7e anniversaire, la preuve qu'il est satisfait à cette condition doit être fournie à l'aide d'un rapport médical. Celui-ci doit être maintenu à la disposition du médecin-conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1er, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.

Pour les patients qui n'ont pas encore atteint leur 3ème anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour

Pour les patients à partir de leur 3ème anniversaire avec un score Gross Motor Function Classification System (GMFCS) 5, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 150 fois par année civile.

Pour les patients à partir de leur 3ème anniversaire avec un score GMFCS 2, 3 ou 4, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile .

Pour les patients à partir de leur 3ème anniversaire avec un score GMFCS 1, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 50 fois par année civile.

Voor alle patiënten vanaf hun 3de verjaardag kunnen, per kalenderjaar, 30 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag van een CP-referentiecentrum voor patiënten met hersenverlamming. Dit verslag moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld.”

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het Belgisch Staatsblad.

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

Gegeven te

Pour tous les patients à partir de leur 3ème anniversaire, par année civile, 30 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur base d'un rapport d'un centre de référence IMOC pour patients atteints d'infirmité motrice cérébrale. Ce rapport doit être tenu à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire.”

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

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

Donné à

VAN KONINGSWEGE :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

PAR LE ROI :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Maggie De Block

