KONINKRIJK BELGIE

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

- 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.

Filip, 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 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, 27 december 2007 en 22 juni 2016 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;

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;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 8 maart 2024

Gelet op de advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 8 maart 2024 ;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 2 april 2024;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 10 april 2024;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 15 april 2024;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 2 mei 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 14 mei 2024;

Gelet op het advies van de Raad van State, gegeven op 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,

ROYAUME DE BELGIQUE

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

- 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.

Philippe, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1er, 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, 27 décembre 2007 et 22 juin 2016 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;

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 ;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, faite le 08 mars 2024 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 08 mars 2024;

Vu l'avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 02 avril 2024 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 10 avril 2024 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 15 avril 2024 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 05 mai 2024 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 14 mai 2024 ;

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

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

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 koninklijk 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, 19 september 2017, 3 februari 2019, 3 maart 2021, 9 mei 2021, 20 mei 2021, 19 december 2021, 17 juni 2022 en 22 juni 2023, worden in § 11 het eerste tot dertiende lid vervangen als volgt

De kinesitherapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 2° bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater of 14quinquies vastgestelde situatie bevindt."

Behalve in geval van andersluidende specificatie van de nomenclatuur of van de adviserend arts, mag, benevens een eerste zitting waarvoor een globale gemiddelde duur persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut is bepaald, een tweede kinesitherapiezitting op dezelfde dag worden geattesteerd. Die tweede zitting mag alleen worden aangerekend als ze minimum 3 uur na de vorige is uitgevoerd.

Een tweede zitting dezelfde dag is alleen verantwoord als ze onontbeerlijk is voor de gezondheidstoestand van de rechthebbende. De motivering van de noodzaak van die tweede zitting moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld. De adviserend arts mag altijd tussenbeide komen en de vergoeding van de tweede zitting weigeren indien deze niet verantwoord is. Hij geeft de rechthebbende onmiddellijk kennis van zijn gemotiveerde beslissing, met een kopie, die geadresseerd is aan de kinesitherapeut; die beslissing gaat uiterlijk daags na de kennisgeving van zijn beslissing in.

Het diagnostisch en/of evolutieverslag alsook het functioneel bilan met vermelding van de GMFCS (Gross Motor Function Classification System) of een bilan op basis van het ICF-model ((International Classification of Functioning) moeten verzonden worden aan de adviserend arts en moeten worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel.

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :

Art. 1. 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, 19 septembre 2017, 3 février 2019, 3 mars 2021, 9 mai 2021, 20 mai 2021, 19 décembre 2021, 17 juin 2022 et 22 juin 2023, au §11, les alinéas 1er à 13ème sont remplacés par ce qui suit :

"Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations visées au § 1er, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur la base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans l'une des situations prévues aux §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies.

Sauf spécification contraire de la nomenclature ou du médecin-conseil, outre une première séance pour laquelle une durée globale moyenne d'apport personnel du kinésithérapeute est définie, une deuxième séance de kinésithérapie peut être attestée dans la même journée. Cette deuxième séance ne peut être portée en compte que si elle a été effectuée au minimum 3 heures après la précédente.

Une deuxième séance dans la même journée ne peut se justifier que si elle est indispensable à l'état de santé du bénéficiaire. La motivation de la nécessité de cette deuxième séance doit être tenue à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire. Le médecin-conseil peut intervenir à tout moment et refuser le remboursement de la deuxième séance si elle ne se justifie pas. Il notifie sans tarder sa décision motivée au bénéficiaire avec copie adressée au kinésithérapeute, cette décision prenant cours au plus tard le lendemain de sa notification."

Le rapport diagnostique et/ou d'évolution ainsi que le bilan fonctionnel avec mention du GMFCS (Gross Motor Function Classification System) ou un bilan basé sur le modèle CIF (International Classification of Functioning) doivent être envoyés au médecin-conseil et mentionnés dans le dossier du bénéficiaire, tel que décrit au § 8 du présent article.

De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een letsel van encefale oorsprong :

Opgetreden vóór de leeftijd van de 21ste verjaardag :

Doelgroep 1a. Een hersenverlamming (Cerebral Palsy - CP) die wordt bevestigd aan de hand van het medisch verslag opgesteld door een behandelend arts-specialist. De nood aan intensieve kinesitherapie door middel van 60 minuten-zittingen wordt aangetoond en gemotiveerd aan de hand van de GMFCS-score

Doelgroep 1b. een niet-aangeboren hersenletsel (NAH) die wordt bevestigd aan de hand van het medisch verslag opgesteld door een behandelend arts-specialist. De nood aan intensieve kinesitherapie door middel van 60 minuten-zittingen wordt aangetoond en gemotiveerd aan de hand van een functioneel bilan op basis van het ICF-model

Opgetreden na de 21ste verjaardag :

Doelgroep 2 Patiënten die lijden aan een motorische stoornis ten gevolge van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH).

De nood aan intensieve kinesitherapie door middel van 60 minuten-zittingen wordt aangetoond en gemotiveerd aan de hand van een functioneel bilan opgesteld op basis van het ICF-model

Regels met betrekking tot het aantal vergoedbare verstrekkingen :

- Voor patiënten die zich bevinden in de situatie beschreven onder doelgroep 1a en 1b :

Tot 31 december van het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 slechts eenmaal per dag worden geattesteerd. Deze 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 van doelgroep 1a mogen vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden geattesteerd:
  - maximaal 200 keer per kalenderjaar bij patiënten die een GMFCS-score 4 of 5 hebben ;
  - maximaal 150 keer per kalenderjaar bij patiënten die een GMFCS-score 2 of 3 hebben ;
  - maximaal 100 keer per kalenderjaar bij patiënten die een GMFCS-score 1 hebben.

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients souffrant d'une lésion d'origine encéphalique :

Survenue avant le 21e anniversaire :

Groupe cible 1a. Une infirmité motrice cérébrale (IMC) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide du score GMFCS.

Groupe cible 1b. Une lésion cérébrale acquise (LCA) confirmée par le rapport médical établi par un médecin spécialiste traitant. La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Survenue après le 21e anniversaire :

Groupe cible 2. Patients souffrant d'un trouble moteur résultant d'une lésion cérébrale acquise (LCA).

La nécessité d'une kinésithérapie intensive au moyen de séances de 60 minutes est démontrée et motivée à l'aide d'un bilan fonctionnel sur base du modèle ICF.

Règles concernant le nombre de prestations remboursables :

- Pour les patients se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1a. et Groupe cible 1b. :

Jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21e anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par jour. Ces prestations 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 du groupe cible 1a, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées à partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle ces patients atteignent leur 21e anniversaire :
  - un maximum de 200 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 4 ou 5 ;
  - un maximum de 150 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 2 ou 3 ;
  - un maximum de 100 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 1.

Rond de 21ste verjaardag van de patiënt stuurt de kinesitherapeut een kennisgeving met vermelding van de op dat moment geldende GMFCS-score naar de adviserend arts.

Wanneer de GMFCS-score van de patiënt uit doelgroep 1a na zijn 21ste verjaardag verandert met een wijziging van het maximaal aantal verstrekkingen dat per kalenderjaar kan worden aangerekend tot gevolg, stuurt de kinesitherapeut een kennisgeving met de gewijzigde GMFCS-score naar de adviserend arts en bewaart hij de gewijzigde GMFCS-score in het dossier van de patiënt.

Het aantal verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 dat reeds werd aangerekend in het betreffende kalenderjaar, wordt afgetrokken van het maximaal aantal verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 dat per kalenderjaar mag worden aangerekend volgens de nieuwe GFMCS-score.

- Voor patiënten die de 21ste verjaardag hebben bereikt en die zich bevinden in de situatie beschreven onder doelgroep 1b en 2 :

Per kalenderjaar mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per worden geattesteerd. De kinesitherapeut stuurt hiervoor een kennisgeving naar de adviserende arts en bewaart het verslag en functioneel bilan om dit te staven in het dossier van de patiënt.

- Voor de doelgroepen 1a en 1b kunnen vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, en voor doelgroep 2 per kalenderjaar 50 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag, opgesteld door een behandelend arts-specialist met vermelding van de noodzaak van deze 50 bijkomende verstrekkingen. De kinesitherapeut stuurt voor deze 50 bijkomende verstrekkingen een kennisgeving naar de adviserende arts en bewaart het verslag in het dossier van de patiënt.

De kennisgevingen als bedoeld in de voorgaande leden worden door de kinesitherapeut naar de adviserend arts gestuurd. De tussenkomst van de verzekering voor de verstrekkingen is slechts verschuldigd indien de adviserend arts in het bezit is van een geldige kennisgeving.

Deze kennisgeving moet ten minste omvatten :

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling);
- de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam, erkenningsnummer), de datum van aanvang van de behandeling;
- Voor doelgroep 1a : de GMFCS-score van de patiënt op de leeftijd van 21 jaar en/of de noodzaak van de 50 bijkomende verstrekkingen

Vers le 21e anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS d'application du moment.

Après le 21e anniversaire du patient du groupe cible 1a, lorsque le score GMFCS du patient change avec modification du nombre maximum de prestations attestables par année civile, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec le score GMFCS modifié et il conserve le score GMFCS modifié dans le dossier du patient.

Le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui ont déjà été attestées durant l'année civile concernée est défalqué du nombre maximum de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui peuvent être attestées par année civile selon le nouveau score GMFCS.

- Pour les patients ayant atteint leur 21e anniversaire et se trouvant dans l'une des situations décrites sous Groupe cible 1b. et Groupe cible 2. :

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées au maximum 100 fois par année civile. Le kinésithérapeute envoie à cet effet une notification au médecin-conseil et conserve le rapport et le bilan fonctionnel à l'appui de sa notification dans le dossier du patient.

- Pour les groupes cibles 1a. et 1b. à partir du 1er janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21e anniversaire, et pour le groupe cible 2 par année civile : 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur la base d'un rapport rédigé par un médecin spécialiste traitant mentionnant la nécessité de ces 50 prestations complémentaires. Pour ces 50 prestations complémentaires, le kinésithérapeute envoie une notification au médecin-conseil et conserve ce rapport dans le dossier du patient.

Les notifications visées dans les alinéas précédents sont adressées par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations est due uniquement si le médecin-conseil est en possession d'une notification valide.

Cette notification doit comprendre au moins :

- les données d'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur) ;
- les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément) et la date du début du traitement ;
- pour le groupe cible 1a : le score GMFCS du patient à l'âge de 21 ans et/ou la nécessité des 50 séances complémentaires ;

• Voor doelgroep 1b vanaf de 21ste verjaardag en doelgroep 2 : de noodzaak voor het gebruik van 60-minuten zittingen en/of van de 50 bijkomende verstrekkingen

Het model van deze kennisgeving is opgesteld door het Verzekeringscomité overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. "

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 le groupe cible 1b à partir du 21e anniversaire et pour le groupe cible 2 : la nécessité de séances de 60 minutes et/ou des 50 prestations complémentaires.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994."

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 :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Frank Vandenbroucke