

ROYAUME DE BELGIQUE

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

- Arrêté royal modifiant 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.

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, § 1^{er}, alinéa 5 et § 2, alinéa 1^{er}, 1^o, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu 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 20 avril 2026 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 20 avril 2026 ;

Vu la décision de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs prise le 28 avril 2026 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 06 mai 2026 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, prise le 11 mai 2026 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 04 juin 2026 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 juin 2026 ;

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

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

KONINKRIJK BELGIE

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

- Koninklijk besluit tot wijziging van 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.

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, vijfde lid en § 2, eerste lid, 1^o, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op 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 20 april 2026;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, gegeven op 20 april 2026;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen, genomen op 28 april 2026;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 6 mei 2026;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekten en invaliditeitsverzekering, genomen op 11 mei 2026;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 4 juni 2026;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 17 juni 2026;

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

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

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 en dernier lieu par l'arrêté royal du 17 mai 2025, au §11, les alinéas 5^{ème} à sont remplacés par ce qui suit :

« Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées qu'une seule 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. Ces prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients souffrant d'une lésion d'origine encéphalique ou médullaire :

1° D'origine encéphalique survenue avant le 21^e 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.

2° D'origine encéphalique survenue après le 21^e 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.

3° D'origine médullaire :

Groupe cible 3a. Patients tétraplégiques

Groupe cible 3b. Patients paraplégiques, 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 :

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 laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 mei 2025 worden in § 11 het vijfde tot lid vervangen als volgt:

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

1° Van encefale oorsprong opgetreden vóór de leeftijd van de 21^{ste} 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 kinesithérapie 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 kinesithérapie door middel van 60 minuten-zittingen wordt aangetoond en gemotiveerd aan de hand van een functioneel bilan op basis van het ICF-model

2° Van encefale oorsprong opgetreden na de 21^{ste} verjaardag:

Doelgroep 2 Patiënten die lijden aan een motorische stoornis ten gevolge van een niet-aangeboren hersenletsel (NAH). De nood aan intensieve kinesithérapie door middel van 60 minuten-zittingen wordt aangetoond en gemotiveerd aan de hand van een functioneel bilan opgesteld op basis van het ICF-model.

3° Van medullaire oorsprong:

Doelgroep 3a. Tetraplegische patiënten

Doelgroep 3b. Paraplegische patiënten, De nood aan intensieve kinesithérapie 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:

1° Lésions d'origine encéphalique :

- 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 21ème anniversaire, il n'y a aucune restriction sur le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 par année civile.

- 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.

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 déduit 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

1° Letsels van encefale oorsprong:

- 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 zijn er geen beperkingen op het aantal verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 per kalenderjaar.

- 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.

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 GMFCS-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

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.

2° Lésions d'origine médullaire :

- Pour les patients du groupe cible 3a, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile à raison d'une fois par jour. Pour ces patients, sauf spécification contraire du médecin conseil, aucune demande spécifique ne doit être formulée.
- Pour les patients du groupe cible 3b, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile à raison d'une fois par jour, à condition qu'une amélioration significative de l'état fonctionnel du patient peut être attendue et/ou en cas de complications de nature musculo-articulaire, respiratoire, cardiaque, neurologique, dermatologique ou infectieuse. Pour ces patients, 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.

Pour ce faire, le kinésithérapeute envoie une notification ou un renouvellement de notification au médecin-conseil de l'organisme assureur du bénéficiaire.

Cette notification ou ce renouvellement de notification porte jusqu'à la fin de l'année au cours pour autant que le patient bénéficie toujours d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, de l'arrêté royal du 23 mars 1982.

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 :

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.

2° Letsels van medullaire oorsprong:

- Voor patiënten van doelgroep 3a, de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 kunnen maximaal 100 keer per kalenderjaar worden geattesteerd, met een maximum van één keer per dag. Voor deze patiënten hoeft, tenzij anders aangegeven door de adviserend arts, geen specifiek verzoek te worden ingediend.
- Voor patiënten van doelgroep 3b kunnen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden geattesteerd met een maximum van 100 keer per kalenderjaar, één keer per dag, op voorwaarde dat er een betekenisvolle verbetering van de functionele toestand van de patiënt kan worden verwacht en/of in geval van complicaties van musculo-articulaire, respiratoire, cardiale, neurologische, dermatologische of infectieuze aard. Voor deze patiënten wordt de noodzaak van intensieve kinesitherapie door middel van sessies van 60 minuten aangetoond en gemotiveerd aan de hand van een functioneel onderzoek op basis van het ICF-model.

Daartoe stuurt de kinesitherapeut een kennisgeving of een hernieuwde kennisgeving naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling van de rechthebbende.

Deze kennisgeving of hernieuwde kennisgeving geldt tot het einde van het lopende jaar, op voorwaarde dat de patiënt nog steeds recht heeft op een verlaagd tarief voor persoonlijke tussenkomsten op basis van artikel 7, § 3, lid 2, 3°, van het koninklijk besluit van 23 maart 1982.

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:

- 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 ;
- 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.
- pour le groupe cible 3b : la nécessité de séances de 60 minutes.

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

- 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;
- 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;
- Voor doelgroep 3b: de noodzaak van verstrekkingen van 60 minuten.

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

PAR LE ROI :

VAN KONINGSWEGE:

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,



Frank VANDENBROUCKE

