

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2026/003841]

17 MEI 2026. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37, § 2, B, 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, 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 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 verzoek van de Nationale commissie artsenziekenfondsen van 19 december 2023 geformuleerd in het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen 2024-2025;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 24 juni 2025;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 24 juni 2025;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 17 december 2025;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 22 december 2025;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 maart 2026;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 31 maart 2026;

Gelet op advies 79.148/2 van de Raad van State, gegeven op 29 april 2026 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van 1 december 2025;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. In artikel 37, § 2, B, 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, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 17 april 2024, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1) de eerste, tweede en derde toepassingsregel na de verstrekking 106956 worden vervangen als volgt:

“107811

Overleg op afstand met een minimumduur van 15 minuten tussen de arts-specialist in de psychiatrie en de GMD-houdend huisarts, betreffende de ambulante behandeling van een patiënt jonger dan 18 jaar.....N 10,5

De arts-specialist in de psychiatrie heeft binnen een tijdvak van 2 maanden vóór de verstrekking 107811 een patiëntencontact (109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 109336, 109675, 106831, 106853, 106875 of 106890) gehad met de patiënt waarover het overleggesprek wordt georganiseerd (in geval van de verstrekkingen 109336 en 109675 kan dit ook een contact zijn met een volwassene die instaat voor de opvoeding en de dagelijkse begeleiding van de patiënt).

De verstrekking 107811 vereist dat de arts-specialist in de psychiatrie vóór het overleggesprek de rol van de GMD-houdend huisarts heeft verduidelijkt in een behandelingsplan dat werd opgesteld tijdens een psychotherapeutische behandelingszitting (109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 106831, 106853 of 106875) of mediatie therapie (109336, 109675 of 106890), als de patiënt zijn toestemming heeft gegeven. Het behandelingsplan is opgenomen in het patiëntendossier.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2026/003841]

17 MAI 2026. — Arrêté royal modifiant l'article 37, § 2, B, 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, l'article 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 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'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 demande de la Commission nationale médico-mutualiste du 19 décembre 2023 formulée dans l'Accord national médico-mutualiste 2024-2025 ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 24 juin 2025 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 24 juin 2025 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 17 décembre 2025 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 22 décembre 2025 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 mars 2026 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 mars 2026 ;

Vu l'avis 79.148/2 du Conseil d'Etat, donné le 29 avril 2026, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 1 décembre 2025 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 37, § 2, B, 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, inséré par l'arrêté royal du 17 avril 2024, les modifications suivantes sont apportées :

1) la première, deuxième et troisième règle d'application suivant la prestation 106956 sont remplacées comme suit :

« 107811

Concertation à distance d'une durée de 15 minutes minimum entre le médecin spécialiste en psychiatrie et le médecin généraliste détenteur du DMG, au sujet du traitement ambulatoire d'un patient âgé de moins de 18 ans.....N 10,5

Le médecin spécialiste en psychiatrie a eu un contact (109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 109336, 109675, 106831, 106853, 106875 ou 106890) avec le patient pour lequel la concertation est organisée pendant une période de 2 mois avant la prestation 107811 (dans le cas des prestations 109336 et 109675, il peut également s'agir d'un contact avec un adulte qui assure l'éducation et l'encadrement quotidien du patient).

La prestation 107811 requiert que le médecin spécialiste en psychiatrie ait précisé avant la concertation le rôle du médecin généraliste détenteur du DMG dans un plan de traitement établi au cours d'une séance d'un traitement psychothérapeutique (109513, 109631, 109535, 109550, 109653, 109572, 106831, 106853 ou 106875) ou d'une thérapie de médiation (109336, 109675 ou 106890), si le patient a donné son consentement. Le plan de traitement est inclus dans le dossier du patient.

Onder “GMD-houdend huisarts” begrijpt men de huisarts die het GMD beheert of de huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert.

Het verslag van de verstrekking 107811 wordt naar de GMD-houdend huisarts verstuurd.

De verstrekking 107811 mag per kalenderjaar 3 keer aangerekend worden per patiënt.

De verstrekking 107811 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 109410, 109351, 597741, 590391 en 590450 binnen een tijdvak van 2 maanden voor dezelfde patiënt.

De verstrekkingen 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934 en 107811 kunnen enkel worden aangerekend door artsen-specialisten in de psychiatrie en artsen-specialisten in de neuropsychiatrie. De verstrekking 106956 kan enkel worden aangerekend door artsen-specialisten in de neurologie of in de kindergeneeskunde die houder zijn van de bijzondere beroepstitel in de kinderneurologie.

De maximale dagelijkse duur voor het geheel van de verstrekkingen 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934, 106956 en 107811 wordt vastgesteld op 8 uren per arts-specialist.

De verstrekkingen 106831, 106853, 106890, 106912, 106934, 106956 en 107811 impliceren een synchrone videocommunicatie tussen de deelnemers.”;

2) de laatste toepassingsregel na de verstrekking 106956 wordt vervangen als volgt:

“De verstrekkingen 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934 en 107811 kunnen niet aangerekend worden tijdens gedeeltelijke dag- of nachtopnames in psychiatrische ziekenhuisafdelingen, met uitzondering van de verstrekkingen 106831, 106853 en 106875, die enkel kunnen worden aangerekend, buiten de normale aanwezigheidsuren in het ziekenhuis, voor patiënten in gedeeltelijke nachtopname.”.

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 Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 mei 2026.

FILIP

Van Koningswege:
De Minister van Sociale Zaken,
F. VANDENBROUCKE

Par « médecin généraliste détenteur du DMG », il faut entendre soit le médecin généraliste qui gère le DMG, soit le médecin généraliste qui fait partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes dont un des membres gère le DMG.

Le rapport de la prestation 107811 est envoyé au médecin généraliste détenteur du DMG.

La prestation 107811 peut être attestée 3 fois par année civile par patient.

La prestation 107811 ne peut pas être cumulée avec les prestations 109410, 109351, 597741, 590391 et 590450 pendant une période de 2 mois pour le même patient.

Les prestations 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934 et 107811 peuvent uniquement être attestées par les médecins spécialistes en psychiatrie et les médecins spécialistes en neuropsychiatrie. La prestation 106956 peut uniquement être attestée par les médecins spécialistes en neurologie ou en pédiatrie porteurs du titre professionnel particulier en neurologie pédiatrique.

La durée journalière maximale attestée pour l'ensemble des prestations 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934, 106956 et 107811 est fixée à 8 heures par médecin spécialiste.

Les prestations 106831, 106853, 106890, 106912, 106934, 106956 et 107811 impliquent une communication vidéo synchrone entre les participants. » ;

2) la dernière règle d'application suivant la prestation 106956 est remplacée comme suit :

« Les prestations 106831, 106853, 106875, 106890, 106912, 106934 et 107811 ne peuvent pas être attestées pendant les hospitalisations partielles de jour ou de nuit dans les services d'hôpitaux psychiatriques, à l'exception des prestations 106831, 106853 et 106875, qui ne peuvent être attestées, en dehors des heures normales de présence à l'hôpital, que pour les patients en hospitalisation partielle de nuit. ».

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 Bruxelles, le 17 mai 2026.

PHILIPPE

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2026/003843]

17 MEI 2026. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 7^{quater} 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

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 37, § 1, tweede lid;

Gelet op 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;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 22 december 2025;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 17 maart 2026;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 31 maart 2026;

Gelet op advies 79.149/2 van de Raad van State, gegeven op 29 april 2026 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2026/003843]

17 MAI 2026. — Arrêté royal modifiant l'article 7^{quater} 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

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, l'article 37, § 1^{er}, alinéa 2 ;

Vu 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 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 22 décembre 2025 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 17 mars 2026 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 mars 2026 ;

Vu l'avis 79.149/2 du Conseil d'Etat, donné le 29 avril 2026, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;