

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2009 — 2267

[C — 2009/22293]

19 MAI 2009. — Arrêté royal modifiant 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

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 37, § 1^{er}, modifié par les lois des 22 août 2002, 27 décembre 2006, 26 mars 2007, 21 décembre 2007 et 22 décembre 2008, et par l'arrêté royal du 16 avril 1997;

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 de la Commission de contrôle budgétaire du 22 octobre 2008;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 3 novembre 2008;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 décembre 2008;

Vu l'accord de Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 9 février 2009;

Vu l'avis 46.093/1 du Conseil d'Etat, donné le 12 mars 2009, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 7 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, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 12 juin 2008, est remplacé comme suit :

« Art. 7. § 1^{er}. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité et dans le coût des prestations visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 40 p.c. des honoraires conventionnels tels qu'ils sont fixés en application des articles 44, §§ 1^{er} et 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, ou des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 49, § 5, alinéa 2, de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 14 juillet 1994; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 20 p.c. desdits honoraires.

Cependant, les taux des interventions personnelles cités à l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe sont portés respectivement à :

- 1° 35 p.c. et 17,5 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 visées à l'article 22, II, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 2° 32,08 p.c. et 13,79 p.c. pour la prestation 560313, visée à l'article 7, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 3° 37,3 p.c. et 16,4 p.c. pour les prestations 560335, 560350, 560394, 561492, et 561654 visées à l'article 7, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 4° 37,6 p.c. et 18,8 p.c. pour les prestations 560416, 560501, 560534-560545 et 560571 visées à l'article 7, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 5° 25 p.c. et 10 p.c. pour les prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 5° et 6° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2009 — 2267

[C — 2009/22293]

19 MEI 2009. — Koninklijk besluit tot wijziging 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

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 37, § 1, gewijzigd bij de wetten van 22 augustus 2002, 27 december 2006, 26 maart 2007, 21 december 2007 en 22 december 2008 en bij het koninklijk besluit van 16 april 1997;

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 de Commissie voor begrotingscontrole van 22 oktober 2008;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 3 november 2008;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 15 december 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 9 februari 2009;

Gelet op het advies 46.093/1 van de Raad van State, gegeven op 12 maart 2009, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 7 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 juni 2008, wordt vervangen als volgt :

« Art. 7. § 1^{er}. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 7, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 en in de kosten van de verstrekkingen bedoeld in artikel 22, II, a), van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, wordt vastgesteld op 40 pct. van de overeenkomstenhonoraria zoals ze zijn vastgesteld in artikel 44, §§ 1 en 2, van voormelde wet van 14 juli 1994, of van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 50 van voormelde wet van 14 juli 1994 bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 49, § 5, tweede lid, van voormelde wet van 14 juli 1994 of van artikel 50, § 11, eerste lid van voormelde wet van 14 juli 1994; voor de rechthebbenden die genieten van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van voormelde wet van 14 juli 1994, wordt dat persoonlijk aandeel evenwel vastgesteld op 20 pct. van die honoraria.

Nochtans worden de hoegrootheden van de persoonlijke aandelen bedoeld in het eerste lid van deze paragraaf respectievelijk gebracht op :

- 1° 35 pct. en 17,5 pct. voor de verstrekkingen 558390, 558423 en 558795-558806 bedoeld in artikel 22, II, a), van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 2° 32,08 pct. en 13,79 pct. voor de verstrekking 560313, bedoeld in artikel 7, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 3° 37,3 pct. en 16,4 pct. voor de verstrekkingen 560335, 560350, 560394, 561492 en 561654, bedoeld in artikel 7, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 4° 37,6 pct. en 18,8 pct. voor de verstrekkingen 560416, 560501, 560534-560545 en 560571 bedoeld in artikel 7, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984;
- 5° 25 pct. en 10 pct. voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 7, § 1, 5° en 6° van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

§ 2. Les taux des interventions personnelles prévus au paragraphe 1^{er}, sont réduits, pour les prestations visées à l'article 22, II, *a*), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de médecin spécialiste en rhumatologie ou au titre de médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, respectivement à :

- 1° 25 p.c. et 10 p.c. pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er};
- 2° 30 p.c. et 12 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806 telles que mentionnées à l'alinéa 2, 1°, du paragraphe 1^{er}.

§ 3. Les taux des interventions personnelles prévues au paragraphe 1^{er} sont réduits, pour les bénéficiaires visés au présent paragraphe, respectivement à :

- 1° 25 p.c. et à 10 p.c., pour les prestations telles que mentionnées à l'alinéa 1^{er} du paragraphe 1^{er};
- 2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. pour les prestations 558390, 558423 et 558795-558806, telles que mentionnées à l'alinéa 2, 1°, du paragraphe 1^{er}, et pour la prestation 560313, telle que mentionnée à l'alinéa 2, 2° du paragraphe 1^{er};
- 3° 23,5 p.c. et 9,4 p.c. pour les prestations 560416, 560501, 560534-560545 et 560571, telles que mentionnées à l'alinéa 2, 4°, du paragraphe 1^{er};
- 4° 20 p.c. et 8 p.c. pour les prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, 2°, 5° et 6° de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

La disposition visée à l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe est applicable :

- 1° pour le bénéficiaire hospitalisé ou l'ayant été :
 - a*) lorsqu'il reçoit ou a reçu l'un des traitements de réanimation visés à l'article 13, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
 - b*) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14, *k*), I, § 1^{er} et III, *b*), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est égale ou supérieure à N 200, à l'exclusion de la prestation 280092 – 280103;
 - c*) lorsqu'il a subi l'une des interventions chirurgicales visées à l'article 14 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, dont la valeur relative est supérieure à K 225 ou à N 375;
 - d*) lorsqu'il a subi une des prestations 226936 - 226940 N 300 visées à l'article 14, *e*), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
- 2° pour le bénéficiaire à l'hospitalisation duquel il a été mis fin, mais à qui une allocation pour l'assistance aux actes de la vie journalière est octroyée;
- 3° pour le bénéficiaire qui a un besoin accru de kinésithérapie ou physiothérapie pour une des affections suivantes :
 - a*) paralysie périphérique étendue : monoplégie, syndrome de Guillain Barré;
 - b*) affections neurologiques centrales de caractère évolutif avec déficit moteur étendu comme, par exemple, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson et la sclérose latérale amyotrophique,...;
 - c*) séquelles motrices étendues d'origine encéphalique ou médullaire (comme par exemple, infirmité motrice cérébrale "Cerebral Palsy", hémiplégie, spina bifida, syndrome cérébelleux,...);
 - d*) suites de brûlures graves au niveau des membres et/ou du cou pendant la phase évolutive;
 - e*) 1. perte fonctionnelle importante d'un membre suite à une agénésie du membre ou à une dysmélie affectant l'anatomie de ses différents segments;
 2. perte fonctionnelle globale d'un membre suite à une amputation, pendant la période d'adaptation;
 3. perte fonctionnelle globale post-traumatique d'un membre, pendant la période évolutive;

§ 2. De hoegrootheden van de persoonlijke aandelen bedoeld in de paragraaf 1, worden verminderd voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 22, II, *a*), van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, wanneer ze worden verricht door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid is erkend als geneesheer-specialist in de reumatologie of als geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en de revalidatie, tot respectievelijk :

- 1° 25 pct. en 10 pct. voor de verstrekkingen zoals vermeld in het eerste lid van paragraaf 1;
- 2° 30 pct. en 12 pct. voor de verstrekkingen 558390, 558423 en 558795-558806 zoals vermeld in het tweede lid, 1°, van paragraaf 1.

§ 3. De hoegrootheden van de persoonlijke aandelen bedoeld in de paragraaf 1 worden verminderd voor de rechthebbenden bedoeld in deze paragraaf, respectievelijk tot :

- 1° 25 pct. en 10 pct. voor de verstrekkingen zoals vermeld in het eerste lid van paragraaf 1;
- 2° 21,8 pct. en 8,6 pct. voor de verstrekkingen 558390, 558423 en 558795-558806, zoals vermeld in tweede lid, 1°, van paragraaf 1, en voor de vertrekking 560313, zoals vermeld in tweede lid, 2°, van paragraaf 1;
- 3° 23,5 pct. en 9,4 pct. voor de verstrekkingen, 560416, 560501, 560534-560545 en 560571, zoals vermeld in tweede lid, 4°, van paragraaf 1;
- 4° 20 pct. en 8 pct. voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 7, § 1, 2°, 5° en 6° van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.

De bepaling bedoeld in eerste lid van deze paragraaf is van toepassing :

- 1° voor de rechthebbende die in een ziekenhuis is opgenomen of opgenomen is geweest :
 - a*) wanneer hij een van de reanimatiebehandelingen, bedoeld in artikel 13, § 1, van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984 krijgt of heeft gekregen;
 - b*) wanneer hij een van de heekundige ingrepen, bedoeld in artikel 14, *k*), I, § 1, en III, *b*), van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan, waarvan de betreffende waarde gelijk is aan of hoger ligt dan N 200, met uitsluiting van de verstrekking 280092-280103;
 - c*) wanneer hij een van de heekundige ingrepen, bedoeld in artikel 14 van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan, waarvan de betreffende waarde hoger ligt dan K 225 of N 375;
 - d*) wanneer hij een van de verstrekkingen 226936 - 226940 N 300 bedoeld in artikel 14, *e*) van de bijlage bij vorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, heeft ondergaan;
- 2° voor de rechthebbende aan wiens opneming in een ziekenhuis een einde is gemaakt, doch aan wie een tegemoetkoming voor hulp bij handelingen uit het dagelijks leven wordt verleend;
- 3° voor de rechthebbende die een verhoogde nood heeft aan kinesitherapie of fysiotherapie omwille van één van de volgende aandoeningen :
 - a*) uitgebreide perifere verlamming : monoplegie, syndroom van Guillain Barre;
 - b*) evolutieve aandoeningen van het centrale zenuwstelsel met een uitgebreid motorisch gebrek zoals bijvoorbeeld de multiple sclerose, de ziekte van Parkinson en de amyotrofische laterale sclerose,...;
 - c*) uitgebreide motorische sequelen van encefale of medullaire oorsprong (bijvoorbeeld : hersenverlamming "Cerebral Palsy", hemiplegie, spina bifida, cerebellair syndroom,...);
 - d*) sequellen van zware brandwonden ter hoogte van de ledematen en/of de hals tijdens de evolutieve fase;
 - e*) 1. belangrijk functioneel verlies van een lidmaat ten gevolge van een agenesie van het lidmaat of van een dysmelie die de anatomie van zijn verschillende segmenten aantast;
 2. globaal functioneel verlies van een lidmaat door amputatie, tijdens de aanpassingsperiode;
 3. globaal posttraumatische functioneel verlies van een lidmaat, tijdens de evolutieve periode;

- | | |
|---|---|
| <p>f) pied bot varus équin chez l'enfant de moins de 2 ans;</p> <p>g) dysfonction articulaire grave résultant de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hémophilie; 2. maladies héréditaires du tissu conjonctif (ostéogénèse imparfaite de type III et IV, syndrome d'Ehlers-Danlos, chondrodysplasies, syndrome de Marfan); 3. scoliose évolutive de 15° au moins d'angle de courbure (ou angle de Cobb) chez des bénéficiaires en dessous de 18 ans; 4. arthrogrypose; <p>h) polyarthrites chroniques inflammatoires d'origine immunitaire :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. arthrite rhumatoïde 2. spondyloarthropathies 3. arthrite rhumatoïde juvénile 4. lupus érythémateux 5. sclérodermie 6. syndrome de Sjögren primaire, <p>selon les définitions acceptées par la Société Royale Belge de Rhumatologie;</p> <p>i) myopathies :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. dystrophies musculaires progressives héréditaires; 2. myotonie congénitale de Thomsen; 3. polymyosite auto-immune; <p>j) 1. mucoviscidose ou dyskinésie ciliaire bronchiale primaire objectivées;</p> <p>2. bronchiectasies hyperproductives objectivées;</p> <p>3. affections pulmonaires chroniques irréversibles obstructives ou restrictives avec des valeurs de volume expiratoire maximum-seconde inférieures ou égales à 60 p.c. mesurées à un intervalle d'au moins un mois; chez l'enfant de moins de 7 ans, l'insuffisance respiratoire irréversible pourra être établie sur base d'un rapport motivé du spécialiste traitant;</p> <p>4. infections pulmonaires récidivantes en cas d'immunodépression grave établie;</p> <p>5. dysplasie broncho-pulmonaire avec oxygénodépendance de plus de 28 jours. La demande motivée du pédiatre traitant comportera notamment le rapport d'hospitalisation en service N;</p> <p>k) lymphoedème :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. en cas d'atteinte unilatérale au niveau d'un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou post-chirurgical répondant aux critères suivants : <ol style="list-style-type: none"> 1.1. soit une périmétrie effectuée sur l'ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre controlatéral de +10 %. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs; 1.2. soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs; | <p>f) spits- en klompvoet, bij een kind jonger dan 2 jaar;</p> <p>g) ernstige gewrichtsdysfunctie ten gevolge van :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. hemofilie; 2. erfelijke bindweefselaandoeningen (osteogenesis imperfecta van het type III en IV, Ehlers-Danlos-syndroom, chondrodysplasieën, Marfan-syndroom); 3. evolutieve scoliose met een kromming van minstens 15° (of hoek van Cobb) bij rechthebbenden onder de 18 jaar; 4. arthrogrypose; <p>h) chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. reumatoïde artritis 2. spondyloartropathie 3. juveniele chronische artritis 4. systemische lupus 5. sclerodermie 6. primair syndroom van Sjögren, <p>volgens de definities aanvaard door de Koninklijke Belgische Vereniging voor Reumatologie;</p> <p>i) myopathieën :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de progressieve erfelijke musculaire dystrofieën; 2. de myotonia congenita van Thomsen; 3. de auto-immune polymyositis; <p>j) 1. mucoviscidose of geobjectiverde primaire bronchiale ciliaire dyskinesie;</p> <p>2. geobjectiverde hyperproductieve bronchiectasieën;</p> <p>3. irreversibele chronische obstructieve of restrictieve longaandoeningen met maximum expiratoire secondedecapaciteit waarden van minder dan of gelijk aan 60 pct., opgemeten in een tussenperiode van minstens één maand; bij een kind jonger dan 7 jaar kan de irreversibele ademhalingsinsufficiëntie worden vastgesteld op basis van een gemotiveerd verslag van de behandelende specialist;</p> <p>4. recidiverende pulmonaire infecties bij bewezen ernstige immunodpressie;</p> <p>5. broncho-pulmonaire dysplasie met zuurstofafhankelijkheid gedurende meer dan 28 dagen. De met redenen omklede aanvraag van de behandelende kinderarts moet met name het verslag over de opname in een dienst N omvatten;</p> <p>k) lymfoedeem :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. bij een eenzijdige aantasting ter hoogte van een lidmaat (bovenste of onderste) door een postradiotherapeutisch of postchirurgisch lymfoedeem dat beantwoordt aan de volgende criteria : <ol style="list-style-type: none"> 1.1. ofwel moet een perimetrie die is uitgevoerd op het hele lidmaat, of een volumetrisch onderzoek van de hand of de voet een verschil van +10 % aantonen ten opzichte van het contralaterale lidmaat. Die metingen moeten worden uitgevoerd volgens de protocollen die zijn vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs; 1.2. ofwel moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen de ernst van de diagnose bevestigen als aan een belangrijk criterium is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen van de ledematen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan. Die classificatie wordt vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs; |
|---|---|

2. pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence d'un critère majeur selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes visant à leur prise en charge kinésithérapique. Cependant, lorsqu'il s'agit d'un lymphoedème cervico-facial, ou lorsqu'il s'agit de bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d'une lymphoscintigraphie en trois temps n'est pas indiquée, ou en cas d'impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps, une lymphoscintigraphie n'est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être envoyé par le médecin spécialiste au médecin-conseil. Ce dernier transférera, s'il le juge utile, ce dossier pour avis au Collège des médecins-directeurs;

- l) anomalie structurelle du système locomoteur, occasionnant de graves troubles fonctionnels, sur base d'une affection rare, autrement dit dont la prévalence est inférieure à 5 pour 10.000 habitants. Cette affection est soit de nature inflammatoire ou métabolique, soit résultant d'un trouble de la croissance ou du développement.

Le Collège des médecins-directeurs peut proposer toutes modifications à apporter à la liste des affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à l), du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire sont appliqués durant trois mois à compter du jour où il reçoit un traitement de réanimation ou du jour où il a subi une intervention chirurgicale pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 1°, du présent paragraphe, qu'il reste ou non hospitalisé, et à compter du jour où il est mis fin à son hospitalisation pour le bénéficiaire visé sous l'alinéa 2, 2°, du présent paragraphe.

Les taux réduits des interventions personnelles du bénéficiaire ne sont appliqués que moyennant accord du médecin-conseil pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, a) à j), du présent paragraphe, ou du Collège des médecins-directeurs lors d'une demande d'accord pour les affections reprises sous l'alinéa 2, 3°, k) et l), du présent paragraphe.

Pour donner un accord, le médecin-conseil dispose :

- 1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;
- 2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;
- 3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;
- 4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé.

Pour donner un accord, le Collège des médecins-directeurs dispose :

- 1° d'un diagnostic confirmé par un médecin spécialiste;
- 2° d'une description précise des déficiences, dans le sens de l'OMS-ICF, de leur étendue, et des raisons justifiant une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée;
- 3° du lien documenté entre le diagnostic et les déficiences pour lesquelles une intervention est demandée;
- 4° des précisions qui, partant d'un bilan fonctionnel, indiquent par le biais de quel plan de traitement et de quelles techniques de kinésithérapie ou de physiothérapie l'on veut atteindre le résultat fonctionnel visé;
- 5° des résultats d'une périmétrie ou d'une volumétrie ou d'une lymphoscintigraphie en trois temps pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, k), du présent paragraphe;
- 6° de la prévalence et de publications récentes démontrant la nécessité d'une prise en charge en kinésithérapie ou en physiothérapie intensive et de longue durée pour les affections visées sous l'alinéa 2, 3°, l), du présent paragraphe.

2. voor alle andere soorten van lymfoedeem moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in 3 stappen de diagnose bevestigen als aan een belangrijk criterium is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan. Nochtans indien het een cervico-faciaal oedeem betreft, of rechthebbenden jonger dan 14 jaar waarvoor het uitvoeren van een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen niet aangewezen is, of in geval van gemotiveerde fysieke onmogelijkheid om een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen uit te voeren, is een lymfoscintigrafisch onderzoek niet vereist. Toch moet een gemotiveerd verslag dat de diagnose en de verzorgingsnood rechtvaardigt, door de geneesheer-specialist aan de adviserend-geneesheer worden bezorgd. Deze zal, indien hij dat nuttig acht, dat dossier voor advies te bezorgen aan het College van geneesheren-directeurs;

- l) structurele anomalie van het locomotorisch stelsel, dat ernstige functionele stoornissen veroorzaakt, ten gevolge van een zeldzame aandoening, met andere woorden een aandoening waarvan de prevalentie kleiner is dan 5 op 10.000 inwoners. Deze aandoening is ofwel van inflammatoire of metabole aard ofwel is zij het gevolg van een groei- of ontwikkelingsstoornis.

Het College van geneesheren-directeurs kan wijzigingen voorstellen die moeten worden aangebracht in de lijst van aandoeningen vermeld het tweede lid, 3°, a) tot l), van deze paragraaf.

De verminderde percentages van de persoonlijke aandelen van de rechthebbende worden voor de rechthebbende die wordt bedoeld in het tweede lid, 1°, van deze paragraaf, toegepast gedurende drie maanden vanaf de dag waarop hij een reanimatiebehandeling krijgt of vanaf de dag waarop hij een heelkundige ingreep ondergaat, ongeacht het feit of hij al dan niet in het ziekenhuis opgenomen blijft; voor de rechthebbende, bedoeld in het tweede lid, 2°, van deze paragraaf, worden die percentages toegepast gedurende drie maanden vanaf de dag waarop een einde wordt gesteld aan zijn ziekenhuisopname.

De verminderde percentages van de persoonlijke aandelen van de rechthebbende worden alleen maar toegepast als de adviserend geneesheer voor de aandoeningen vermeld in tweede lid, 3°, a) tot j), van deze paragraaf, of het College van geneesheren-directeurs bij een aanvraag om akkoord voor de aandoeningen vermeld in tweede lid, 3°, k) en l), van deze paragraaf, ermee instemt.

Voor het geven van een akkoord beschikt de adviserend geneesheer over :

- 1° de door een geneesheer-specialist bevestigde diagnose;
- 2° een nauwkeurige beschrijving van de stoornissen, in de zin van de WGO-ICF, van de omvang ervan, alsook de reden waarom de stoornissen een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming vergen;
- 3° het gedocumenteerde verband tussen de diagnose en de stoornissen waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd;
- 4° verduidelijkingen waaruit op basis van een functionele balans blijkt via welk behandelingsplan en via welke kinesitherapeutische of fysiotherapeutische technieken men het beoogde functionele resultaat wenst te bereiken.

Voor het geven van een akkoord beschikt het College van geneesheren-directeurs over :

- 1° de door een geneesheer-specialist bevestigde diagnose;
- 2° een nauwkeurige beschrijving van de stoornissen, in de zin van de WGO-ICF, van de omvang ervan, alsook de reden waarom de stoornissen een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming vergen;
- 3° het gedocumenteerde verband tussen de diagnose en de stoornissen waarvoor de tegemoetkoming wordt gevraagd;
- 4° verduidelijkingen waaruit op basis van een functionele balans blijkt via welk behandelingsplan en via welke kinesitherapeutische of fysiotherapeutische technieken men het beoogde functionele resultaat wenst te bereiken;
- 5° resultaten van een perimetrie of een volumetrisch onderzoek of een lymfoscintigrafie in drie stappen voor de aandoeningen vermeld in tweede lid, 3°, k) van deze paragraaf;
- 6° de prevalentie en recente publicaties die de noodzaak aantonen van een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming voor de aandoeningen vermeld in tweede lid, 3°, l) van deze paragraaf.

Les éléments mentionnés aux alinéas 6, 2° à 4°, et 7, 2° à 6°, doivent être réalisés par le médecin spécialiste traitant (prévu à l'article 10, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé, publiée en annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984) ou le médecin généraliste traitant ou en concertation entre ces deux médecins avec la collaboration éventuelle d'un kinésithérapeute.

Le médecin-conseil contrôle la demande et vérifie la conformité de celle-ci par rapport aux dispositions susmentionnées. En cas de conformité, il marque ou non son accord.

La décision portant sur l'application des affections visées sous l'alinéa 2, 3°, *l*), du présent paragraphe relève des compétences du Collège des médecins-directeurs pour une première demande. Si cette demande est jugée conforme par le médecin-conseil en vertu des dispositions susmentionnées, celui-ci transmet la demande au Collège des médecins-directeurs.

En cas de décision favorable du Collège pour la première demande, la (les) prolongation(s) éventuelle(s) est (sont) accordée(s) par le médecin-conseil.

En cas de polyarthrite chronique inflammatoire d'origine immunitaire visée sous l'alinéa 2, 3°, *h*), du présent paragraphe, la confirmation diagnostique viendra du médecin spécialiste en rhumatologie, en médecine interne ou en pédiatrie.

Aucun accord ou prolongation d'accord ne peut dépasser 3 ans.

Dans le cas où la situation du bénéficiaire nécessite une prolongation de l'accord, cette situation doit de nouveau être démontrée par une justification médicale détaillée du médecin généraliste ou spécialiste traitant, comportant les éléments décrits ci-dessus nécessaires pour donner l'accord sauf la confirmation du diagnostic par le médecin spécialiste. Cette dernière ne doit pas être renouvelée. Pour le lymphoedème, il importe de démontrer que la réduction clinique de l'oedème ne reste maintenue que par des prestations kinésithérapeutiques ou physiothérapeutiques. Un nouvel examen lymphoscintigraphique n'est pas exigé.

§ 4. Par dérogation aux dispositions prévues aux paragraphes 1^{er} et 3, du présent article, les taux des interventions personnelles du bénéficiaire pour les prestations visées à l'article 7, § 1^{er}, rubrique I du 1°, 3° et 4°, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, sont réduits respectivement à :

- 1° 35 p.c. et 17,5 p.c. des honoraires pour ce qui concerne le paragraphe 1^{er};
- 2° 21,8 p.c. et 8,6 p.c. des honoraires pour ce qui concerne le paragraphe 3.

Cependant, les taux des interventions personnelles visées à l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe sont portés, respectivement, à :

- 1° pour les prestations 560011, 560114, 560210 :
 - a*) 26,85 p.c. et 11,18 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 1^{er} du présent article;
 - b*) 20 p.c. et 8 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 1^{er} du présent article;
- 2° pour les prestations 560033, 560055, 560092, 560136, 560151, 560195, 560232, 560254, 560291, 561433, 561455, 561470, 561595, 561610, 561632;
 - a*) 32,08 p.c. et 13,79 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 1^{er} du présent article;
 - b*) 21,8 p.c. et 8,6 p.c. des honoraires pour ce qui concerne les dispositions prévues au paragraphe 3 du présent article.

Par dérogation aux dispositions relatives à l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations visées à l'article 22, II, *a*), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, telles que prévue aux paragraphes 1^{er}, 2 et 3, du présent article, le taux de l'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558950-558961 est fixée à 0 p.c. desdits honoraires.

De elementen die aan de leden 6, 2° tot 4° en 7, 2° tot 6°, worden vermeld, moeten worden uitgevoerd door de behandelend geneesheer-specialist (voorzien in artikel 10, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, gepubliceerd als bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984) of de behandelende huisarts of in overleg tussen die twee geneesheren met de eventuele medewerking van een kinesitherapeut.

De adviserend geneesheer controleert de aanvraag en verifieert de overeenstemming ervan met de bovenvermelde bepalingen. In geval van overeenstemming geeft hij al dan niet zijn akkoord.

De beslissing betreffende de toepassing voor de aandoeningen vermeld in tweede lid, 3°, *l*) van deze paragraaf behoort tot de bevoegdheid van het College van Geneesheren-directeurs in geval van een eerste aanvraag. Als deze aanvraag op grond van de bovenvermelde bepalingen conform wordt geacht door de adviserend geneesheer, bezorgt deze de aanvraag aan het College van Geneesheren-directeurs.

In geval van een gunstige beslissing van het College voor de eerste aanvraag, wordt(worden) de eventuele verlenging(en) door de advise-rend geneesheer toegekend.

In geval van chronische auto-immune inflammatoire polyarthritis vermeld hierboven in tweede lid, 3°, *h*) van deze paragraaf zal de diagnosebevestiging worden gegeven door de geneesheer-specialist in de reumatologie, in de inwendige geneeskunde of in de pediatrie.

Geen enkel akkoord of geen enkele akkoordverlenging mag worden gegeven voor een periode van meer dan 3 jaar.

Wanneer de situatie van de rechthebbende een verlenging van het akkoord vereist, moet die situatie opnieuw worden aangetoond door middel van een gedetailleerde medische verantwoording van de behandelend algemeen geneeskundige of specialist, waarin de voormelde elementen zijn opgenomen die noodzakelijk zijn voor het geven van een akkoord, behalve de bevestiging van de diagnose door de geneesheer-specialist. Deze moet niet worden hernieuwd. Voor lymfoedeem dient te worden aangetoond dat de klinische vermindering van het oedeem slechts door kinesitherapeutische of fysiotherapeutisch verstrekkingen behouden blijft. Er is geen nieuw lymfoscintigrafisch onderzoek vereist.

§ 4. In afwijking van de bepalingen van het eerste en het derde paragraaf van dit artikel, wordt de hoegrootheden van de persoonlijke aandelen van de rechthebbende voor de verstrekkingen, bedoeld in artikel 7, § 1, rubriek I van 1°, 3° en 4°, van de bijlage bij voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, verminderd tot respectievelijk :

- 1° 35 pct. en 17,5 pct. van de honoraria wat het eerste paragraaf betreft;
- 2° 21,8 pct. en 8,6 pct. van de honoraria wat het derde paragraaf betreft.

Nochtans worden de hoegrootheden van de persoonlijke aandelen bedoelde in het eerste lid van deze paragraaf respectievelijk gebracht op :

- 1° voor de verstrekkingen 560011, 560114, 560210 :
 - a*) 26,85 pct. en 11,18 pct. van de honoraria wat de bepalingen van het eerste paragraaf van dit artikel betreft;
 - b*) 20 pct. en 8 pct. van de honoraria wat de bepalingen van het derde paragraaf van dit artikel betreft;
- 2° voor de verstrekkingen 560033, 560055, 560092, 560136, 560151, 560195, 560232, 560254, 560291, 561433, 561455, 561470, 561595, 561610, 561632;
 - a*) 32,08 pct. en 13,79 pct. van de honoraria wat de bepalingen van het eerste paragraaf van dit artikel betreft;
 - b*) 21,8 pct. en 8,6 pct. van de honoraria wat de bepalingen van het derde paragraaf van dit artikel betreft.

In afwijking van de bepaling met betrekking tot het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 22, II, *a*), van de bijlage van voornoemd besluit van 14 september 1984, zoals bedoeld in het eerste, tweede en derde paragraaf van dit artikel, wordt het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 558950-558961 vastgesteld op 0 pct. van die honoraria.

§ 5. L'intervention personnelle du bénéficiaire dans les honoraires pour les prestations 558014-558025, 558456-558460, 558810-558821, 558832-558843 et 558994, visées à l'article 22, II, b), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, est fixée à 10 p.c. des honoraires prévus par les accords visés à l'article 50 de la loi précitée du 14 juillet 1994, ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier ou en exécution de l'article 50, § 11, alinéa 1^{er}, de la loi précitée du 14 juillet 1994; toutefois, en ce qui concerne les bénéficiaires qui bénéficient de l'intervention majorée de l'assurance prévue à l'article 37, §§ 1^{er} et 19, de la loi précitée du 14 juillet 1994, cette intervention personnelle est fixée à 5 p.c. desdits honoraires. ».

Les interventions personnelles prévues au présent paragraphe sont applicables à partir de la date de début du traitement.

Art. 2. Les dispositions de cet arrêté sont d'application pour toutes les nouvelles demandes qui arrivent chez les médecins conseils à partir de son entrée en vigueur.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 19 mai 2009.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme L. ONKELINX

§ 5. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de honoraria voor de verstrekkingen 558014-558025, 558456-558460, 558810-558821, 558832-558843 en 558994, die zijn opgenomen in artikel 22, II, b), van de bijlage bij voorengenoemd koninklijk besluit van 14 september 1984, wordt vastgesteld op 10 pct. van de honoraria die zijn bepaald in de in artikel 50 van voornoemde wet van 14 juli 1994, bedoelde akkoorden of van de honoraria die door de Koning zijn bepaald ter uitvoering van artikel 52 van de wet van 14 februari 1961 voor economische expansie, sociale vooruitgang en financieel herstel of ter uitvoering van artikel 50, § 11, eerste lid, van voornoemde wet van 14 juli 1994; voor de rechthebbenden die genieten van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van voormelde wet van 14 juli 1994, wordt dat persoonlijk aandeel evenwel vastgesteld op 5 pct. van die honoraria. ».

De persoonlijke aandelen voorzien in deze paragraaf worden van toepassing vanaf de aanvangsdatum van de behandeling.

Art. 2. De bepalingen van dit besluit zijn van toepassing op alle nieuwe aanvragen die vanaf de datum van zijn inwerkingtreding bij de adviserend geneesheren toekomen.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 19 mei 2009.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2009 — 2268

[C — 2009/22295]

3 NOVEMBRE 2008. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 6, § 1^{er}, 1° et 2°;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, formulée le 12 septembre 2008;

Vu l'avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs, donné le 30 septembre 2008;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 3 novembre 2008,

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 5b du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, est remplacée par l'annexe ci-jointe.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 3 novembre 2008.

Le Fonctionnaire dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2009 — 2268

[C — 2009/22295]

3 NOVEMBER 2008. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 6, § 1, 1° en 2°;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, geformuleerd op 12 september 2008;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen, gegeven op 30 september 2008;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 3 november 2008,

Besluit :

Artikel 1. De bijlage 5b van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt vervangen door de hierbij gevoegde bijlage.

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

Brussel, 3 november 2008.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL