

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2005 — 542

[C - 2005/22136]

17 FEVRIER 2005. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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, notamment l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003 et 9 juillet 2004, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 25 janvier 1999 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 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, notamment l'article 7 de son annexe, remplacé par l'arrêté royal du 18 décembre 2002 et modifié par l'arrêté royal du 25 avril 2004;



**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2005 — 542

[C - 2005/22136]

17 FEBRUARI 2005. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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, inzonderheid op artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003 en 9 juli 2004, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 25 januari 1999 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 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, inzonderheid op artikel 7 van zijn bijlage, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 2004;

Vu les propositions du Conseil technique de la kinésithérapie, faites le 26 septembre 2003, le 23 avril 2004 et le 11 juin 2004;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donnés le 26 septembre 2003, le 23 avril 2004 et le 11 juin 2004;

Vu les avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs, donnés le 6 mai 2004 et le 22 juin 2004;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 20 juillet 2004;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 26 juillet 2004;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 septembre 2004;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 24 décembre 2004;

Vu l'avis n° 38.012/1 du Conseil d'Etat donné le 20 janvier 2005, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. 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 l'arrêté royal du 25 avril 2004, sont apportées les modifications suivantes:

1° Au § 14, 1°, le mot « affections » est remplacé par les mots « situations pathologiques »;

2° Le § 14, 2°, alinéa 1^{er} est remplacé par la disposition suivante :

« 2° Les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 60 fois par situation pathologique, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation. Après cette période d'un an, cette situation pathologique ne sera plus considérée comme une situation pathologique visée au § 14, 5°, A. »;

3° Au § 14, 2°, l'alinéa suivant est inséré entre les alinéas 1^{er} et 2 :

« Sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, les prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 et 563570 peuvent être attestées au maximum 120 fois par situation pathologique, pour les situations visées au § 14, 5°, A, j), sur la période de un an à partir de la date de la première prestation. »;

4° Le § 14, 2°, alinéa 4, deuxième tiret est remplacé par la disposition suivante :

« — soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée.

Gelet op de voorstellen van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 26 september 2003, 23 april 2004 en 11 juni 2004;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 26 september 2003, 23 april 2004 en 11 juni 2004;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen, gegeven op 6 mei 2004 en 22 juni 2004;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 20 juli 2004;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 26 juli 2004;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 6 september 2004;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 24 december 2004;

Gelet op het advies nr. 38.012/1 van de Raad van State, gegeven op 20 januari 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

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 het koninklijk besluit van 25 april 2004, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 14, 1° wordt het woord « aandoeningen » vervangen door de woorden « pathologische situaties »;

2° § 14, 2°, eerste lid, wordt vervangen als volgt :

« 2° De verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 en 563570 mogen maximaal 60 maal per pathologische situatie worden geattesteerd in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Na die periode van één jaar wordt die pathologische situatie niet meer beschouwd als een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, A. »;

3° In § 14, 2°, wordt tussen het eerste en het tweede lid het volgende lid ingevoegd :

« Onverminderd de bepalingen van het vorige lid, mogen de verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 en 563570 maximaal 120 maal per pathologische situatie worden geattesteerd, voor de situaties bedoeld in § 14, 5°, A, j), in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. »;

4° § 14, 2°, vierde lid, tweede streepje, wordt vervangen als volgt :

« — hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A van deze paragraaf te attesteren over een periode van één jaar vanaf de startdatum vermeld op de kennisgeving voor de nieuwe pathologische situatie; de periode waarop de vorige kennisgeving slaat wordt afgesloten op de dag voorafgaand aan bovenvermelde startdatum.

Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j) de ce paragraphe, le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, au cours d'une période d'un an à partir de la date de début indiquée sur la notification de la nouvelle situation pathologique; la période à laquelle se rapporte la notification précédente est clôturée le jour précédant la date de début susmentionnée. »;

5° Le § 14, 2°, alinéa 5, deuxième tiret, est remplacé par la disposition suivante :

« — soit d'attester au maximum 60 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A de ce paragraphe, au cours d'une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa.

Par nouvelle situation pathologique telle qu'elle est prévue au point 5°, A, j), le médecin-conseil peut, à la demande du kinésithérapeute, donner l'autorisation d'attester au maximum 120 prestations 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 ou 563570 supplémentaires, au cours d'une période d'un an à partir de la date de la première prestation, comme il est prévu au § 14, 2°, premier alinéa. »;

6° L'intitulé du § 14, 5°, A. est remplacé par la disposition suivante :

« A. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 5°, sur la période d'un an à partir de la date de la première prestation c.-à-d. pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° : »;

7° Le § 14, 5°, A, a), 3) est remplacé par la disposition suivante :

« 3) en cas de lésions de la main, situations dans lesquelles une ou plusieurs prestations de l'article 14, k) (orthopédie) I (prestations chirurgicales) d'une valeur totale de Nx et une prestation de l'article 14, b) (neurochirurgie) d'une valeur de Ky sont effectuées conjointement lorsque le résultat du calcul suivant $[Nx/N200 + Ky/K225]$ est supérieur ou égal à 1; »;

8° Le § 14, 5°, A, a) est complété par la disposition suivante :

« 4) situations dans lesquelles une des prestations 226973 – 226984, 226995 – 227006 ou 227054 – 227065 de l'article 14, e) de la nomenclature est attestée (mastectomie ou tumorectomie partielle ou totale avec évidemment ganglionnaire). »;

9° Au § 14, 5°, A., h), 3), (01), troisième tiret, le mot "urétérales" est remplacé par le mot "urétrales";

10° Au § 14, 5°, A, h), 3), (02), le mot "infantile" est remplacé par les mots "chez l'enfant";

11° Le § 14, 5°, A est complété par la disposition suivante :

« i) Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) de type I (algoneurodystrophie ou maladie de Südeck) ou de type II (causalgie) :

Le diagnostic du SDRC doit répondre aux critères de l'IASP (International Association for the Study of Pain) et doit être posé par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation. Ce diagnostic signé par le médecin spécialiste doit figurer en tête du dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'IASP.

j) Polytraumatismes, avec des répercussions fonctionnelles invalidantes au niveau de deux membres différents ou au niveau d'un membre et du tronc, dont au moins deux traumatismes répondent aux critères des situations pathologiques définies au § 14, 5°, A, a), 1) ou 2) (affections posttraumatiques ou postopératoires) et/ou au § 14, 5°, A., f) (situations dans le domaine de l'orthopédie – traumatologie). » ;

12° L'intitulé du § 14, 5°, B. est remplacé par la disposition suivante :

« B. Situations dont le traitement est attesté au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 6°, pendant la période de validité de la notification définie au § 14, 4° : »;

13° Le § 14, 5°, B., b), 1) est remplacé par la disposition suivante :

"1) chez les enfants de moins de 16 ans, après avis et proposition de traitement d'un des médecins spécialistes mentionnés ci-dessous, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé;

Médecin spécialiste en :

— (neuro)pédiatrie

Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 te attesteren over een periode van één jaar vanaf de startdatum vermeld op de kennisgeving voor de nieuwe pathologische situatie; de periode waarop de vorige kennisgeving slaat wordt afgesloten op de dag voorafgaand aan bovenvermelde startdatum. »;

5° § 14, 2°, vijfde lid, tweede streepje, wordt vervangen als volgt :

« — hetzij maximaal 60 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A van deze paragraaf te attesteren over een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14, 2°, eerste lid.

Per nieuwe pathologische situatie als bedoeld in 5°, A, j) van deze paragraaf, kan de adviserend geneesheer, op aanvraag van de kinesitherapeut, toestemming verlenen om maximaal 120 bijkomende verstrekkingen 563010, 563113, 563216, 563312, 563415, 563496 of 563570 te attesteren over een periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking zoals voorzien in § 14, 2°, eerste lid. »;

6° Het opschrift van § 14, 5°, A. wordt vervangen als volgt :

« A. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de verstrekkingen bedoeld in § 1, 5°, in de periode van één jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking d.w.z. in de geldigheidsperiode van de kennisgeving omschreven in § 14, 4° : »;

7° § 14, 5°, A, a), 3) wordt vervangen als volgt :

« 3) in geval van handletsels, situaties waarin één of meerdere verstrekkingen uit artikel 14, k) (orthopedie) I (heelkundige verstrekkingen) met een totale waarde van Nx en een verstrekking van artikel 14, b) (neurochirurgie) met een waarde van Ky tegelijk zijn verricht terwijl het resultaat van de volgende berekening $[Nx/N200 + Ky/K225]$ hoger is dan of gelijk is aan 1; »;

8° § 14, 5°, A, a) wordt aangevuld als volgt :

« 4) Situaties waarbij een van de verstrekkingen 226973-226984, 226995-227006 of 227054-227065 is geattesteerd uit artikel 14, e) van de nomenclatuur (gehele of gedeeltelijke mamnectomie of tumorectomie met klieruitruiming). »;

9° In § 14, 5°, A., h), 3), (01), derde streepje worden de woorden « ureterale kleppen » vervangen door het woord « urethra-kleppen »;

10° In § 14, 5°, A, h), 3), (02), worden de woorden « infantiele encopresis » vervangen door de woorden « encopresis bij het kind »;

11° § 14, 5°, A wordt aangevuld als volgt :

« i) Reflex Sympathische Dystrofie (RSD) van het type I (algoneurodystrofie of Südeckatrofie) of van het type II (causalgie) :

De diagnose van de RSD moet beantwoorden aan de criteria van de IASP (International Association for the Study of Pain) en moet gesteld worden door een geneesheer-specialist in de orthopedische heelkunde, voor reumatologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie. Deze diagnose, getekend door de geneesheer-specialist, moet voorkomen in het individueel kinesitherapiedossier en weergeven dat de gebruikte diagnostische criteria wel degelijk die van de IASP zijn.

j) Polytraumatismen, met invaliderende functionele gevolgen ter hoogte van twee verschillende ledematen of ter hoogte van een lidmaat en de romp, waarvan ten minste twee traumatismen voldoen aan de criteria van de pathologische situaties omschreven in § 14, 5°, A, a), 1) of 2) (posttraumatische of postoperatieve aandoeningen) en/of in § 14, 5°, A, f) (situaties in het domein van de orthopedie – traumatologie). »;

12° Het opschrift van § 14, 5°, B. wordt vervangen als volgt :

« B. Situaties waarvan behandeling aangerekend wordt aan de hand van de verstrekkingen bedoeld in § 1, 6°, in de geldigheidsperiode van de kennisgeving omschreven in § 14, 4° : »;

13° § 14, 5°, B., b), 1) wordt vervangen als volgt :

« 1) Bij kinderen onder 16 jaar, na advies en behandelingsvoorstel door een van ondervermelde geneesheren-specialisten en met een significant zwakkere score op een gestandaardiseerde test;

Geneesheer-specialist voor :

— (neuro)pediatrie

- (neuro)pédiatrie et F et P (*)
- neuropsychiatrie et F et P (*)
- neurologie
- neurologie et F et P (*)
- psychiatrie
- psychiatrie et F et P (*)

(*) F et P = spécialiste en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des handicapés. »;

14° Le § 14, 5°, B, e) est remplacé par la disposition suivante :

« e) Syndrome de fatigue chronique :

Si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie graduelle d'exercices est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique.

La nature et la fréquence du programme d'exercices sont en accord avec le concept stipulé dans le plan de traitement convenu entre le médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire du centre de référence. »;

15° Le § 14, 5°, B est complété par la disposition suivante :

« f) Syndrome fibromyalgique :

Pour pouvoir attester plus de 18 prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 ou 564174 par année civile pour cette situation pathologique, le diagnostic doit être confirmé par un médecin spécialiste en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation sur base d'un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l'ACR (American College of Rheumatology). Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de l'ACR.

Avant la fin de chaque année civile qui suit l'année au cours de laquelle la 1^{re} prestation du traitement a eu lieu, le médecin spécialiste susmentionné réévaluera l'évolution de la symptomatologie du patient afin de confirmer la nécessité de poursuivre le traitement dans le cadre du § 14. Cette confirmation signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique.

g) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin-spécialiste en neurologie. »;

16° Le § 17 est remplacé par la disposition suivante :

« § 17. Sauf dans les cas prévus aux §§ 3bis, 11 et 12, il ne peut être porté en compte, par journée et par bénéficiaire, qu'une seule des prestations figurant au § 1^{er}. »

Art. 2. Les notifications pour le traitement du syndrome fibromyalgique introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent arrêté restent valables jusqu'au 31 décembre 2005.

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 chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, 17 février 2005.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

- (neuro)pediatrie en F en P (*)
- neuropsychiatrie en F en P(*)
- neurologie
- neurologie en F en P (*)
- psychiatrie
- psychiatrie en F en P (*)

(*) F en P = specialist voor functionele en professionele revalidatie voor gehandicapten. »;

14° § 14, 5°, B, e) wordt vervangen als volgt :

« e) Chronisch vermoeidheidssyndroom :

Indien tijdens of na de tenlasteneming in een revalidatieprogramma verdere graduele oefentherapie als zinvol wordt beoordeeld door de multidisciplinaire equipe van het referentiecentrum voor patiënten lijdend aan het Chronisch vermoeidheidssyndroom.

De aard en de frequentie van het oefenprogramma zijn in overeenstemming met het concept zoals gestipuleerd in het behandelingsplan overeengekomen tussen de huisarts en de multidisciplinaire equipe van het referentiecentrum. »;

15° § 14, 5°, B wordt aangevuld als volgt :

« f) Fibromyalgiesyndroom :

Om voor deze pathologische situatie meer dan 18 verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093 of 564174 per kalenderjaar te mogen aanrekenen, moet de diagnose bevestigd zijn door een geneesheer, specialist voor reumatologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie, op grond van een klinisch onderzoek dat de diagnostische criteria van de ACR (American College of Rheumatology) omvat. Deze bevestiging, getekend door de geneesheer-specialist, moet voorkomen in het individueel kinesitherapiedossier en weergeven dat de gebruikte diagnostische criteria wel degelijk die van de ACR zijn.

Voor het einde van elk kalenderjaar dat volgt op het jaar van de eerste verstrekking van de behandeling, moet de voornoemde geneesheer-specialist de evolutie van de symptomen opnieuw evalueren, teneinde te bevestigen dat het noodzakelijk is dat de behandeling wordt voortgezet in het kader van § 14. Deze bevestiging, getekend door de geneesheer-specialist, moet voorkomen in het individueel kinesitherapiedossier.

g) Primaire cervicale dystonie aangetoond met een diagnostisch verslag opgesteld door een geneesheer-specialist voor neurologie. »;

16° § 17 wordt als volgt vervangen :

« § 17. Behalve in de gevallen, vermeld in §§ 3bis, 11 en 12, mag per dag en per rechthebbende slechts één van de verstrekkingen die zijn opgenomen in § 1, worden aangerekend. »

Art. 2. De kennisgevingen voor de behandeling van het fibromyalgiesyndroom ingediend voor de datum van de inwerkingtreding van dit besluit blijven geldig tot 31 december 2005.

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, 17 februari 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE