

Art. 6. Le ministre qui a l'Emploi dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 juin 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre de l'Emploi,
K. PEETERS

—
Note

(1) Références au *Moniteur belge* :

Loi du 3 juillet 1978,

Moniteur belge du 22 août 1978.

Loi du 30 décembre 2001,

Moniteur belge du 31 décembre 2001.

Loi du 4 juillet 2011,

Moniteur belge du 19 juillet 2011.

Loi du 15 janvier 2018,

Moniteur belge du 5 février 2018.

Art. 6. De minister bevoegd voor Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 juni 2019.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Werk,
K. PEETERS

—
Nota

(1) Verwijzingen naar het *Belgisch Staatsblad* :

Wet van 3 juli 1978,

Belgisch Staatsblad van 22 augustus 1978.

Wet van 30 december 2001,

Belgisch Staatsblad van 31 december 2001.

Wet van 4 juli 2011,

Belgisch Staatsblad van 19 juli 2011.

Wet van 15 januari 2018,

Belgisch Staatsblad van 5 februari 2018.

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

[C – 2019/10894]

3 FEVRIER 2019. — Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2007 et § 2, 2^o, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu les propositions du Conseil technique de la kinésithérapie, faites les 18 mars et 20 avril 2018 ;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donnés les 18 mars et 20 avril 2018 ;

Vu les avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donnés les 10 et 24 avril 2018 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 23 mai 2018 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 28 mai 2018 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 27 août 2018 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 13 décembre 2018;

La demande d'avis introduite le 18 décembre 2018 a été rayée du rôle le 17 janvier 2019 conformément à l'article 84, § 4, alinéa 2 des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973 ;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2019/10894]

3 FEBRUARI 2019. — Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, 2^o, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997 bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op de voorstellen van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 18 maart en 20 april 2018;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 18 maart en 20 april 2018 ;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomstencommissie kinesithérapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 10 en 24 april 2018 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 23 mei 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 28 mei 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 27 augustus 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 13 december 2018;

De aanvraag van advies ingediend op 18 december 2018 werd op 17 januari 2019 van de rol afgevoerd overeenkomstig artikel 84, § 4, tweede lid van de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

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 les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016 et 19 septembre 2017 est apportée la modification suivante:

1° Dans l'ensemble de l'article 7 de la nomenclature des prestations de santé, dans la version en néerlandais, les mots « geneesheer » et « geneesheren » sont remplacés par les mots « arts » en « artsen »

2° Le § 6 est remplacé par ce qui suit :

“§ 6. Les techniques visées au § 4 justifient une intervention de l'assurance dans les limites qui suivent:

1° sont notamment exclues, qu'elle soit réalisée seule ou avec une autre technique, au titre de mobilisation ou de thérapies physiques : la gymnastique oculaire ou orthoptique, la magnothérapie, la sonothérapie (à distinguer de l'ultrasonothérapie qui n'est pas ici visée), la réflexologie plantaire, l'auriculothérapie, l'hippotherapie, les techniques invasives (par exemple : dry-needling, acupunctuur, ...), les tractions vertébrales par table mécanique ou à moteur électrique ou par suspension;

2° ne peuvent être remboursées, les prestations à caractère purement esthétique ou d'hygiène individuelle (par exemple : la gymnastique d'entretien, le fitness, les séances de sauna et de bronzage) les prestations d'accompagnement et de préparation de toute activité sportive;

3° les massages (excepté dans les circonstances décrites à l'alinéa suivant), les techniques physiques dans le cadre de l'électrothérapie, la thérapie par ultrasons, la thérapie laser et les autres diverses techniques d'application de chaleur et/ou de froid, peuvent uniquement être remboursés s'ils sont appliqués en complément et non pas exclusivement.

Ces restrictions ne s'appliquent pas au massage utilisé pour des patients avec un lymphoedème acquis ou congénital ou pour des patients dont l'état de santé ne permet pas une participation active. »

3° Le § 11, 4^{ème} alinéa est remplacé par ce qui suit :

“Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale qui a débutée avant leur 7^e anniversaire, la preuve qu'il est satisfait à cette condition doit être fournie à l'aide d'un rapport médical. Celui-ci doit être maintenu à la disposition du médecin-conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article. Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.

Pour les patients qui n'ont pas encore atteint leur 3^{ème} anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour

Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score Gross Motor Function Classification System (GMFCS) 5, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 150 fois par année civile.

Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score GMFCS 2, 3 ou 4, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 100 fois par année civile .

Pour les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire avec un score GMFCS 1, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées avec un maximum de 50 fois par année civile.

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijk besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009, 29 augustus 2009, 22 juli 2010, 5 april 2011, 22 maart 2012, 19 september 2013, 21 februari 2014, 3 september 2015, 17 oktober 2016 en 19 september 2017 wordt de volgende wijziging aangebracht :

1° In het geheel van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden, in de Nederlandse versie, de woorden “geneesheer” en “geneesheren” vervangen door de woorden “arts” en “artsen”.

2° § 6, wordt vervangen als volgt:

“§ 6. De in § 4 bedoelde technieken verantwoorden een verzekerings-tegemoetkoming binnen de volgende perken:

1° als mobilisatie of fysische therapieën, alleen uitgevoerd of samen met een andere techniek, zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, invasieve technieken (bijvoorbeeld : dry-needling, acupunctuur, ...), vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;

2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;

3° massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysische technieken in het kader van elektrotherapie, ultrasone therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmte en/of koude applicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.

Deze restricties gelden niet voor massage toegepast bij het behandelen van patiënten met verworven of congenitaal lymfoedeem of van patiënten wier gezondheidstoestand geen actieve deelname toelaat. »

3° § 11, vierde lid wordt vervangen als volgt :

“De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een hersenverlamming die voor hun 7^e verjaardag is opgetreden; het bewijs dat aan die voorwaarde is voldaan, moet worden geleverd aan de hand van een medisch verslag. Dat verslag moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend arts en moet worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel. De verstrekkingen 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.

Voor patiënten die hun 3^e verjaardag nog niet hebben bereikt, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 eenmaal per dag worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3^e verjaardag die een Gross Motor Function Classification System (GMFCS)-score 5 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 150 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3^e verjaardag die een GMFCS-score 2, 3 of 4 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3^e verjaardag die een GMFCS-score 1 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 50 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Pour tous les patients à partir de leur 3^{ème} anniversaire, par année civile, 30 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur base d'un rapport d'un centre de référence IMOC pour patients atteints d'infirmité motrice cérébrale. Ce rapport doit être tenu à la disposition du médecin-conseil et figurer dans le dossier du bénéficiaire."

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 3 février 2019.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
M. DE BLOCK

Voor alle patiënten vanaf hun 3de verjaardag kunnen, per kalenderjaar, 30 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag van een CP-referentiecentrum voor patiënten met hersenverlamming. Dit verslag moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld."

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 Brussel, 3 februari 2019.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2019/10895]

3 FEVRIER 2019. — 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

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 37, § 1^{er}, alinéa 3, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 16 avril 1997 et les lois des 22 août 2002, 27 décembre 2006, 26 mars 2007, 29 mars 2012 et 22 juin 2016;

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;

Considérant la proposition de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs, faite le 10 juillet 2018 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 18 juillet 2018 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 23 juillet 2018 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 21 septembre 2018 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 13 décembre 2018 ;

La demande d'avis introduite le 14 décembre 2018 a été rayée du rôle le 15 janvier 2019 conformément à l'article 84, § 4, alinéa 2 des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A 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, remplacé par l'arrêté royal du 19 mai 2009 et modifié par les arrêtés royaux des 27 décembre 2009, 18 avril 2010, 22 juillet 2010, 21 février 2014 et 25 novembre 2016 les modifications suivantes sont apportées :

1^o paragraphe 1 est remplacé par ce qui suit:

§ 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 est fixée en annexe 2.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2019/10895]

3 FEBRUARI 2019. — 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

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, derde lid, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 16 april 1997 en bij de wetten van 22 augustus 2002, 27 december 2006, 29 maart 2012 en 22 juni 2016;

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;

Overwegende het voorstel van de Overeenkomstencommissie kinésithérapeuten – verzekeringsinstellingen, gedaan op 10 juli 2018

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 18 juli 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 23 juli 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 21 september 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 13 december 2018;

De aanvraag van advies ingediend op 14 december 2018 werd op 15 januari 2019 van de rol afgevoerd overeenkomstig artikel 84, § 4, tweede lid van de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In 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, vervangen bij het koninklijk besluit van 19 mei 2009 gewijzigd door de koninklijk besluiten van 27 december 2009, 18 april 2010, 22 juli 2010, 21 februari 2014 en 25 november 2016 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o paragraaf 1 wordt vervangen als volgt:

§ 1^{er}. Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in het honorarium voor de verstrekkingen bedoeld in artikel 7, § 1, van de bijlage bij vorenbedoeld koninklijk besluit van 14 september 1984 is vastgelegd in bijlage 2.