

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2008 — 3903

[C — 2008/22576]

20 OKTOBER 2008. — 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

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 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 2005 en § 2, 2°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, en bij het koninklijk besluit van 25 april 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 het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 23 mei 2008;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 23 mei 2008;

Gelet op het advies van de Overeenkomstcommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 3 juni 2008;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 2 juli 2008;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 7 juli 2008;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 29 juli 2008;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatsecretaris voor Begroting van 14 augustus 2008;

Gelet op het advies 45.148/1 van de Raad van State, gegeven op 23 september 2008 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 de koninklijke besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006 en 7 juni 2007 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 3 wordt vervangen als volgt :

« § 3. Het medisch voorschrift.

Het medisch voorschrift moet minimaal volgende gegevens bevatten :

- a) naam en voornaam van de patiënt;
- b) naam, voornaam en RIZIV-nummer van de voorschrijver;
- c) datum van het voorschrift;
- d) handtekening van de voorschrijver;
- e) het maximale aantal zittingen,
- f) de diagnose en/of de diagnose-elementen van de te behandelen aandoening;
- g) de anatomische lokalisatie van de letsels indien zulks niet blijkt uit de diagnose;
- h) de aanvangsdatum van de behandeling, indien deze afwijkt van de datum van het voorschrift
- i) de vermelding « dat de patiënt de woonst om medische of sociale redenen niet kan verlaten » indien de verstrekkingen bij de rechthebbende thuis dienen te worden verleend.

Indien de aanvangsdatum van de behandeling afwijkt van de datum van het voorschrift wordt de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering slechts toegekend indien de behandeling werd aangevat binnen een periode van twee maanden vanaf de datum van het voorschrift.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2008 — 3903

[C — 2008/22576]

20 OCTOBRE 2008. — 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

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, 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°, modifié par la loi du 20 décembre 1995, et par l'arrêté royal du 25 avril 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 la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, faite le 23 mai 2008;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 23 mai 2008;

Vu l'avis de la Commission de convention kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 3 juin 2008;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 2 juillet 2008;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 7 juillet 2008;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 29 juillet 2008;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 14 août 2008;

Vu l'avis 45.148/1 du Conseil d'Etat, donné le 23 septembre 2008 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 les arrêtés royaux des 25 avril 2004, 17 février 2005, 23 novembre 2005, 24 mai 2006, 1^{er} juillet 2006, 26 novembre 2006 et 7 juin 2007 sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 3 est remplacé par la disposition suivante :

« § 3. La prescription médicale.

La prescription médicale doit, au moins, comporter les données suivantes :

- a) les nom et prénom du patient;
- b) les nom, prénom et numéro INAMI du prescripteur;
- c) la date de la prescription;
- d) la signature du prescripteur;
- e) le nombre maximum de séances;
- f) le diagnostic et/ou les éléments de diagnostic de l'affection à traiter;
- g) la localisation anatomique des lésions lorsque le diagnostic ne la précise pas;
- h) la date de début du traitement, si celle-ci diffère de la date de la prescription;
- i) la mention « le patient ne peut quitter son domicile pour des raisons médicales ou sociales » si les prestations doivent être dispensées au domicile du bénéficiaire.

Si la date de début de traitement diffère de la date de la prescription, l'intervention de l'assurance maladie obligatoire n'est accordée que si le traitement a été entamé dans les deux mois à partir de la date de la prescription.

Het voorschrift bevat bovendien, naargelang de pathologische situatie, de volgende elementen :

- a) de motivering van een tweede zitting per dag overeenkomstig de bepalingen van § 11, van § 12, 2° of van § 14bis, van dit artikel;
- b) het nomenclatuurnummer en de datum van de chirurgische ingreep voor de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A, a), 1), 2) en 3);
- c) het voorschrift van een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek. Indien een behandeling wordt voorgeschreven na een consultatief kinesitherapeutisch onderzoek, dan verwijst het medisch voorschrift naar dit kinesitherapeutisch onderzoek;
- d) het verzoek om een schriftelijk verslag.

Het concept van de behandeling en de frequentie worden vastgesteld op initiatief en onder de verantwoordelijkheid van de kinesitherapeut, behalve als de voorschrijver beide of een van beide vermeldt. Als de kinesitherapeut het niet eens is met de frequentie of met het concept van de voorgeschreven behandeling, neemt hij, met het oog op eventuele wijzigingen, contact op met de voorschrijver. Die wijzigingen alsmede het akkoord van de voorschrijvend geneesheer moeten in het dossier van de rechthebbende worden vermeld.

De kinesitherapeut mag minder verstrekkingen uitvoeren dan voorgeschreven. »;

2° § 9 wordt vervangen als volgt :

« § 9 Het individueel kinesitherapiedossier voor elke patiënt moet ten minste de volgende elementen bevatten :

- a) de administratieve gegevens, nodig voor de identificatie van de patiënt en de voorschrijvend geneesheer;
- b) de medische inlichtingen die noodzakelijk zijn voor de behandeling;
- c) de synthese van de bevindingen van het kinesitherapeutisch onderzoek evenals het behandelingsplan en zijn wijzigingen;
- d) de behandelingsdata alsook de codes omschreven in de nomenclatuur voor elke geattesteerde zitting;
- e) de gegevens en documenten zoals omschreven in de nomenclatuur die noodzakelijk zijn voor de attestering van de verzorging.

Dit dossier kan schriftelijk of op een andere duurzame drager worden opgesteld. De gegevens van het dossier moeten onmiddellijk beschikbaar zijn voor de controles die bij de wet vastgelegd zijn.

Een zelfde individueel dossier doet dienst voor al de behandelingen die betrekking hebben op één of meerdere aandoeningen of pathologische situaties.

Er is geen honorarium verschuldigd voor de verstrekkingen waarvoor het dossier niet overeenstemt met de vereisten van de nomenclatuur. »;

3° In § 10, tweede lid, worden de zinnen : « Wat het jaar 2002 betreft mogen de verstrekkingen 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 en 515955 en de verstrekkingen 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 in totaal per rechthebbende slechts 18 maal worden aangerekend. Voor de verstrekkingen 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 en 515955 die reeds verleend zijn voor 1 mei 2002 en die bovenstaand aantal overschrijden blijft evenwel de vastgelegde tegemoetkoming verschuldigd » geschrapt;

4° In § 20 wordt de zin « De kinesitherapeuten die houder zijn van een bijzondere erkenning waarvoor normen gelden die zijn bepaald in artikel 73 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet, gecoördineerd op 14 juli 1994, behouden het recht om alle verstrekkingen vermeld in § 1 van dit artikel te attesteren » geschrapt.

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

Gegeven te Brussel, 20 oktober 2008.

ALBERT

Van Koningswege :

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

La prescription comporte, en outre, selon la situation pathologique, les éléments suivants :

- a) la motivation d'une deuxième séance par jour conformément aux dispositions du § 11, du § 12, 2° ou du § 14bis, du présent article;
- b) Le numéro de nomenclature et la date de l'intervention chirurgicale pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, A., a), 1), 2) et 3);
- c) la prescription d'un examen kinésithérapeutique à titre consultatif. Si un traitement est prescrit après un examen kinésithérapeutique à titre consultatif, la prescription médicale fait référence à cet examen kinésithérapeutique;
- d) la demande d'un rapport écrit.

La conception du traitement et la fréquence sont déterminées à l'initiative et sous la responsabilité du kinésithérapeute sauf si le prescripteur précise celles-ci ou l'une de celles-ci. En cas de désaccord sur la conception et la fréquence du traitement prescrit, le kinésithérapeute prendra contact avec le prescripteur en vue d'éventuelles modifications. Ces modifications ainsi que la mention de l'accord du médecin prescripteur seront mentionnées au dossier du bénéficiaire.

Le nombre de séances effectuées par le kinésithérapeute peut être inférieur à celui mentionné sur la prescription. »;

2° Le § 9 est remplacé par la disposition suivante :

« § 9 Le dossier individuel de kinésithérapie pour chaque patient comportera au minimum les éléments suivants :

- a) Les données administratives nécessaires à l'identification du patient et du médecin prescripteur;
- b) Les renseignements médicaux indispensables au traitement;
- c) La synthèse des constatations de l'examen kinésithérapeutique ainsi que le plan de traitement et ses modifications;
- d) Les dates de traitement ainsi que les codes prévus par la nomenclature pour chaque séance attestée;
- e) Les données et documents indispensables à l'attestation de soins tels que prévus par la nomenclature.

Ce dossier individuel du patient peut être établi par écrit ou sur un autre support durable. Les données du dossier doivent être accessibles immédiatement aux contrôles prévus par la loi.

Un même dossier individuel doit servir pour tous les traitements qu'il s'agisse d'une ou de plusieurs pathologies ou situations pathologiques.

Aucun honoraire n'est dû pour les prestations pour lesquelles le dossier ne correspond pas aux requis de la nomenclature. »;

3° Au § 10, 2° alinéa, les phrases : « En ce qui concerne l'année 2002, les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 et les prestations 560011, 560114, 560210, 560313, 560416, 560534, 560571 ne peuvent au total être attestées que 18 fois par bénéficiaire. Pour les prestations 515115, 515712, 515130, 515734, 515196, 515911 et 515955 qui ont été effectuées avant le 1^{er} mai 2002 et qui dépassent le nombre précité, le remboursement prévu reste néanmoins dû » sont supprimées;

4° Au § 20, la phrase « Les kinésithérapeutes, titulaires d'un agrément spécial soumis à des normes d'installation définies à l'article 73 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, conservent le droit d'attester toutes les prestations mentionnées au § 1^{er} du présent article. » est supprimée.

Art. 2. 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. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 octobre 2008.

ALBERT

Par le Roi :

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