

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2004 — 2445

[C — 2004/22459]

22 JUNI 2004. — 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, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003 en 22 december 2003 en § 2 gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, 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, inzonderheid op de artikelen 22, vervangen bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 17 juli 1992, 12 augustus 1994, 9 oktober 1998, 8 december 2000, 22 augustus 2002, 27 maart en 22 april 2003, en 23, vervangen bij het koninklijk besluit van 22 januari 1991 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 12 augustus 1994;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad gedaan tijdens zijn vergaderingen van 24 september 2002, 28 januari 2003 en 13 mei 2003;

Gelet op het advies, uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, uitgebracht op 13 mei 2003;

Gelet op de beslissingen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 12 mei en 2 juni 2003;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van 11 juni 2003;

Gelet op de beslissingen van het Comité van de verzekering van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 16 juni 2003, 15 en 29 maart 2004;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2004 — 2445

[C — 2004/22459]

22 JUIN 2004. — 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 des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003 et 22 décembre 2003 et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu 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, notamment les articles 22, remplacé par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 et modifié par les arrêtés royaux des 17 juillet 1992, 12 août 1994, 9 octobre 1998, 8 décembre 2000, 22 août 2002, 27 mars et 22 avril 2003, et 23, remplacé par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 et modifié par l'arrêté royal du 12 août 1994;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de ses réunions des 24 septembre 2002, 28 janvier 2003 et 13 mai 2003;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de Contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 13 mai 2003;

Vu les décisions de la Commission nationale médico-mutualiste des 12 mai et 2 juin 2003;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire du 11 juin 2003;

Vu les décisions du Comité de l'assurance du Service soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité des 16 juin 2003, 15 et 29 mars 2004;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 6 oktober 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 9 februari 2004;

Gelet op advies 37.220/1 van de Raad van State, gegeven op 27 mei 2004; 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 22 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 door het koninklijk besluit van 22 januari 1991 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 17 juli 1992, 12 augustus 1994, 9 oktober 1998, 8 december 2000, 22 augustus 2002, 27 maart en 22 april 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In het inleidende zinsdeel, worden de woorden « voor fysieke geneeskunde of voor fysiotherapie » door de woorden « voor fysieke geneeskunde en revalidatie » vervangen.

2° In de rubriek « I. », wordt de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 558935 – 558946 als volgt vervangen :

« De verstrekking 558935 – 558946 mag per lidmaat slechts eenmaal in rekening worden gebracht, behalve na een corrigerende orthopedische heilkundige ingreep waarbij ze per lidmaat ten hoogste een keer per jaar in rekening mag worden gebracht. »

3° Rubriek II, a), waarvan de bestaande rubriek II, a), 1° zal vormen, wordt gewijzigd als volgt :

a) de verstrekkingen 558670 – 558681 en 558692 – 558703 en de toepassingsregels die op de verstrekking 558692 – 558703 volgt, worden geschrapt.

b) de betreffende waarde « K7 » van de verstrekking 558773 – 558784 wordt vervangen door « K 15 ».

c) na de verstrekking 558773 – 558784 wordt het volgende opschrift ingevoegd :

« 2° Revalidatieverstrekkingen »

d) de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking 558795 – 558806 worden vervangen en voorafgegaan door een opschrift luidend als volgt :

« Revalidatie die behalve oefentherapie tenminste één van de hierna vermelde technieken omvat per zitting (psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, ergotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad, tractietherapie).

558795 - 558806

de eerste 18 zittingen K 20 »

e) de volgende verstrekkingen en toepassingsregels worden na de verstrekking 558795 – 558806 toegevoegd :

« 558390 -

van de 19e tot 48e zitting inbegrepen K 15

- 558423

vanaf de 19e zitting K 15

558434 - 558445

Revalidatie samen met ergotherapie na het beëindigen van een pluridisciplinaire revalidatie behandeling (558810 – 558821, 558832 – 558843, 558972 -) voor een aandoening op de limitatieve lijst ter optimalisering en behoud van het bereikte resultaat K 15

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 octobre 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 9 février 2004;

Vu l'avis 37.220/1 du Conseil d'Etat, donné le 27 mai 2004; 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 22 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 22 janvier 1991 et modifié par les arrêtés royaux des 17 juillet 1992, 12 août 1994, 9 octobre 1998, 8 décembre 2000, 22 août 2002, 27 mars et 22 avril 2003 sont apportées les modifications suivantes :

1° Dans la phrase liminaire, les mots « en médecine physique ou en physiothérapie » sont remplacés par les mots « en médecine physique et en réadaptation ».

2° Dans la rubrique « I. », la deuxième règle d'application qui suit la prestation 558935 – 558946 est remplacée comme suit :

« La prestation 558935 – 558946 ne peut être portée en compte qu'une seule fois par membre sauf après intervention correctrice de chirurgie orthopédique où elle peut être portée en compte, par membre, au maximum une fois par an. »

3° La rubrique II, a), dont la rubrique II, a), existante formera le 1°, est modifiée comme suit :

a) les prestations 558670 – 558681 et 558692 – 558703 et les règles d'application qui suivent la prestation 558692 – 558703, sont supprimées.

b) la valeur relative « K7 » de la prestation 558773 – 558784 est remplacée par « K 15 ».

c) l'intitulé suivant est inséré après la prestation 558773 – 558784 :

« 2° Prestations de rééducation »

d) le libellé et la valeur relative de la prestation 558795 – 558806 sont remplacés et précédés d'un intitulé ainsi qu'il suit :

« Rééducation qui, outre la gymnastique médicale comporte au moins une des techniques visées ci-dessous par séance (thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, ergothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine, thérapie de traction).

558795 - 558806

les 18 premières séances K 20 »

e) les prestations et règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 558795 – 558806 :

« 558390 -

de la 19^e à la 48^e séance incluse K 15

- 558423

à partir de la 19^e séance K 15

558434 – 558445

Rééducation associée à de l'ergothérapie après la fin d'un traitement de rééducation pluridisciplinaire (558810 – 558821, 558832 – 558843, 558972 -) pour une affection de la liste limitative, en vue d'optimiser et de conserver le résultat obtenu K 15

558950 – 558961

Intakeonderzoek met opmaak van het behandelingsdossier en van een gedetailleerd behandelingsplan in functie van de aandoening en aangepast aan de patiënt K 20

Het plan vermeldt de aandoening, waarvoor de behandeling wordt voorgeschreven met opgave van aard, frequentie en totaal aantal behandelingen.

De verstrekking 558950 - 558961 mag eenmaal worden aangerekend voorafgaandelijk aan een volledige revalidatiebehandeling aangerekend onder nrs. 558810 – 558821 of 558832 – 558843.

Zij moet worden uitgevoerd ten laatste op de dag van uitvoering van de eerste verstrekking van de reeks verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843. »

4° Rubriek II, b), wordt gewijzigd als volgt :

a) het opschrift wordt vervangen door :

« Revalidatiebehandelingen ».

b) na het opschrift wordt de volgende verstrekking ingevoegd :

« 558456 - 558460

Complexe monodisciplinaire revalidatie voor postchirurgicaal of postradiotherapeutisch lymfoedeem van een lidmaat, of bekkenbodemrevalidatie voor acuut ontstane urinaire of faecale incontinentie op verwijzing van de behandelend geneesheer-specialist K 30 »

c) de omschrijvingen van de volgende verstrekkingen worden vervangen als volgt :

« 558810 – 558821

Pluridisciplinaire revalidatie met een behandelingsduur van 60 min. per zitting en tijdens dewelke bij elke zitting ten minste twee disciplines waaronder ergotherapie of kinesitherapie aan de behandeling deelnemen en minstens twee van de volgende technieken worden toegepast : revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad..... K 30

558832 – 558843

Pluridisciplinaire revalidatie met een behandelingsduur van 120 min. per zitting en tijdens dewelke bij elke zitting tenminste twee disciplines waaronder ergotherapie of kinesitherapie aan de behandeling deelnemen en minstens twee van de volgende technieken worden toegepast : revalidatie door beweging, psychomotore therapie, elektrostimulatie bij motorische uitval of antalgische elektrotherapie, mechanotherapie, oefeningen met externe prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen, hydrotherapie in zwembad K 60 »

d) de volgende verstrekking wordt na de verstrekking 558832 - 558843 ingevoegd :

« 558972 -

Ambulante pluridisciplinaire revalidatie voor wervelzuilaandoeningen, met een duur van 120 min. per zitting K 60 »

Art. 2. Het artikel 23 van dezelfde bijlage, vervangen door het koninklijk besluit van 22 januari 1991 en gewijzigd door het koninklijk besluit van 12 augustus 1994, wordt vervangen als volgt :

« Art. 23. § 1. Tijdens eenzelfde raadpleging of behandelingszitting mogen de honoraria voor diagnostische verstrekkingen enerzijds en therapeutische verstrekkingen of revalidatieverstrekkingen of revalidatiebehandelingen uit de nomenclatuur inzake fysiotherapie anderzijds niet worden gecumuleerd.

558950 – 558961

Examen d'admission au traitement avec établissement du dossier de traitement et d'un plan de traitement détaillé en fonction de l'affection et adapté au patient..... K 20

Le plan mentionne l'affection pour laquelle le traitement est prescrit, avec indication de la nature, de la fréquence et du nombre total de traitements.

La prestation 558950 - 558961 peut être attestée une fois préalable-ment à un traitement complet de rééducation attesté sous les n^{os} 558810 558821 ou 558832 - 558843.

Cette prestation doit être exécutée au plus tard le jour de l'exécution de la première prestation de la série de prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843. »

4° La rubrique II, b), est modifiée comme suit :

a) l'intitulé est remplacé par :

« Traitements de rééducation ».

b) la prestation suivante est insérée après l'intitulé :

« 558456 – 558460

Rééducation monodisciplinaire complexe pour un lymphoedème postchirurgical ou postradiothérapeutique d'un membre, ou rééducation du plancher pelvien pour incontinence urinaire ou fécale apparue de manière aiguë, sur prescription du médecin spécialiste traitant K 30 »

c) les libellés des prestations suivantes sont remplacés comme suit :

« 558810- 558821

Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 60 minutes par séance et au cours de laquelle, pour chaque séance, le traitement comporte au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie, et au moins deux des techniques suivantes sont appliquées : rééducation par le mouvement, thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, mécanothérapie, exercices avec prothèses externes et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine K 30

558832 – 558843

Rééducation pluridisciplinaire avec une durée de traitement de 120 minutes par séance et au cours de laquelle, pour chaque séance, le traitement comporte au moins deux disciplines, parmi lesquelles l'ergothérapie ou la kinésithérapie, et au moins deux des techniques suivantes sont appliquées : rééducation par le mouvement, thérapie psychomotrice, électrostimulation pour atteinte motrice ou électrothérapie antalgique, mécanothérapie, exercices avec prothèses externes et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes, hydrothérapie en piscine K 60 »

d) la prestation suivante est insérée après la prestation 558832 – 558843 :

« 558972 -

Rééducation pluridisciplinaire ambulatoire pour les affections de la colonne vertébrale, avec une durée de 120 minutes par séance K 60 »

Art. 2. L'article 23 de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 22 janvier 1991 et modifié par l'arrêté royal du 12 août 1994, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 23. § 1^{er}. Pendant une même consultation ou séance de traitement, les honoraires pour prestations diagnostiques d'une part et prestations thérapeutiques ou prestations de rééducation ou traitements de rééducation de la nomenclature de physiothérapie d'autre part ne peuvent être cumulés entre eux.

Tijdens eenzelfde raadpleging of behandelingszitting mogen de honoraria voor therapeutische verstrekkingen (Art. 22 II a) 1°), de honoraria voor revalidatieverstrekkingen (Art. 22 II a) 2°) en de honoraria voor revalidatiebehandelingen (Art. 22, II b) noch met elkaar, noch onderling binnen dezelfde onderafdeling van verstrekkingen, noch met de honoraria voor kinesitherapeutische verstrekkingen worden gecumuleerd, en zulks ongeacht of het gaat om dezelfde dan wel om een andere pathologische aandoening van de patiënt, met uitzondering van de verstrekking 558950 - 558961 zoals bepaald in de derde toepassingsregel die volgt op deze verstrekking.

§ 2. De honoraria voor therapeutische en revalidatieverstrekkingen die in dit hoofdstuk zijn opgenomen, mogen met het honorarium voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer, specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, alleen maar worden gecumuleerd naar aanleiding van de raadpleging die heeft geleid tot het voorschrijven van een therapeutische of revalidatie-verstrekking uit bedoeld hoofdstuk van artikel 22, naar aanleiding van de evaluatieraadpleging na afloop van een reeks van die verstrekkingen of naar aanleiding van de uitvoering van de verstrekking 558773 - 558784.

De verstrekking 558950 - 558961 mag worden gecumuleerd met het honorarium van de raadpleging of met het toezichtshonorarium.

Het honorarium van de raadpleging mag niet worden gecumuleerd met het honorarium van de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843.

Het honorarium van de raadpleging door de geneesheer-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, die aanleiding geeft tot het voorschrijven van een reeks verstrekkingen 558795 - 558806, mag worden gecumuleerd met het honorarium van de eerste verstrekking 558795 - 558806, wanneer deze raadpleging wordt aangerekend voor het opmaken van een geïndividualiseerd behandelingsplan in functie van de aandoening.

§ 3. De verstrekkingen 558434 - 558445, 558810-558821, 558832 - 558843 en 558972 - mogen alleen door de geneesheer, specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie, of door de geneesheer, specialist voor neurologische, pneumologische of locomotorische revalidatie, erkend door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, worden aangerekend maar voor deze laatste drie beperkt tot de aandoeningen die behoren tot hun revalidatie-erkenning, voorzover voldaan wordt aan de voorwaarden van artikel 23.

De verstrekking 558633 - 558644 mag eveneens worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene heelkunde, door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, of door een geneesheer, specialist voor reumatologie.

§ 4. Het behandelingsplan bedoeld onder de verstrekking 558950 - 558961 wordt voor elke patiënt individueel opgesteld en bijgehouden in het behandelingsdossier. Bij de aanvang van de pluridisciplinaire behandeling maakt de behandelend geneesheer een standaardformulier ter notificatie over aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling met aanduiding van de code van de aandoening op de limitatieve lijst opgenomen in § 11 van dit artikel en de begindatum van de behandeling.

§ 5. De vergoeding van de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 is slechts toegestaan bij de revalidatiebehandeling van een van de aandoeningen voorkomend op de limitatieve lijst opgenomen in § 11 van dit artikel en overeenkomstig de beperking die werd voorzien in het aantal behandelingen.

Een wekelijkse teambespreking is vereist. Een verslag hiervan wordt opgenomen in het revalidatiedossier.

De honoraria voor de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 mogen voor dezelfde pathologische situatie niet worden aangerekend samen met of na verstrekkingen aangerekend in het kader van de overeenkomsten bedoeld in artikel 23, § 3 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, ongeacht of deze verstrekkingen in hetzelfde revalidatiecentrum of in verschillende revalidatiecentra uitgevoerd worden.

Pendant une même consultation ou séance de traitement, les honoraires pour prestations thérapeutiques (Art. 22 II a) 1°), les honoraires pour prestations de rééducation (Art. 22 II a) 2°) et les honoraires pour les traitements de rééducation (Art. 22, II b) ne peuvent être cumulés entre eux; ils ne peuvent pas non plus être cumulés entre eux au sein d'une même sous-rubrique de prestations, ni avec les honoraires des prestations de kinésithérapie, et ce, qu'il s'agisse de la même affection ou d'une autre affection pathologique du patient, à l'exception de la prestation 558950 - 558961, comme précisé dans la troisième règle d'application qui suit cette prestation.

§ 2. Les honoraires pour les prestations thérapeutiques et de rééducation figurant dans le présent chapitre ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation qu'à l'occasion de la consultation qui a donné lieu à la prescription d'une prestation thérapeutique ou de rééducation dudit chapitre de l'article 22, à l'occasion de la consultation d'évaluation au terme d'une série de ces prestations, ou à l'occasion de l'exécution de la prestation 558773 - 558784.

La prestation 558950 - 558961 peut être cumulée avec les honoraires de la consultation ou avec les honoraires de surveillance.

Les honoraires de la consultation ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires des prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843.

Les honoraires de la consultation par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, qui a donné lieu à la prescription d'une série de prestations 558795 - 558806, peuvent être cumulés avec les honoraires de la première prestation 558795 - 558806, quand cette consultation est attestée pour l'établissement d'un plan de traitement individualisé en fonction de l'affection.

§ 3. Les prestations 558434 - 558445, 558810-558821, 558832 - 558843 et 558972 - peuvent uniquement être portées en compte par le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ou par le médecin spécialiste en réadaptation neurologique, respiratoire ou locomotrice, reconnu par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions, mais pour les trois derniers, avec limitation aux affections qui ressortissent à leur agrément de réadaptation, pour autant qu'il soit satisfait aux conditions de l'article 23.

La prestation 558633 - 558644 peut également être remboursée si elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, ou par un médecin spécialiste en rhumatologie.

§ 4. Le plan de traitement visé dans la prestation 558950 - 558961 est établi individuellement pour chaque patient et est tenu à jour dans le dossier de traitement. Au début du traitement pluridisciplinaire, le médecin traitant transmet au médecin-conseil de l'organisme assureur un formulaire standard comme notification, mentionnant le code de l'affection figurant sur la liste limitative reprise au § 11, du présent article, ainsi que la date de début du traitement.

§ 5. Le remboursement des prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 n'est autorisé que pour le traitement de rééducation de l'une des affections figurant dans la liste limitative reprise au § 11 du présent article, et conformément à la limitation qui a été prévue dans le nombre de traitements.

Une réunion d'équipe hebdomadaire est exigée. Un rapport en est conservé dans le dossier de rééducation.

Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 ne peuvent pas, pour la même situation pathologique, être portés en compte avec ou après des prestations portées en compte dans le cadre des conventions visées dans l'article 23, § 3, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, que ces prestations soient effectuées dans le même centre de réadaptation fonctionnelle ou dans des centres différents.

De honoraria voor de verstrekkingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 mogen niet worden aangerekend voor de revalidatie van hartpatiënten.

§ 6. De vergoeding van de verstrekkingen 558434-558445, 558456 - 558460, 558810 - 558821, 558832 - 558843 en 558972 - is slechts toegestaan voor de revalidatiebehandelingen uitgevoerd onder coördinatie van een geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie in een dienst fysische geneeskunde geïntegreerd in een erkend ziekenhuis, waar naast de geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde en revalidatie tenminste de disciplines kinesitherapie en ergotherapie voltijds aanwezig zijn. De dienst kan daarenboven binnen de instelling beroep doen op de functies logopedie en klinische psychologie.

De extramurale dienst fysische geneeskunde en revalidatie, die een samenwerkingscontract met een erkend ziekenhuis kan voorleggen en voldoet aan de overige voorwaarden van bestaande, wordt met de geïntegreerde dienst gelijkgesteld, op voorwaarde dat deze samenwerking reeds bestond op de datum van bekendmaking van dit besluit.

De reeksen van verstrekkingen 558456 - 558460, 558810 - 558821 en 558832 - 558843 worden slechts eenmaal per aandoening in het raam van een revalidatiebehandeling vergoed.

Het maximumaantal revalidatiezittingen uitgevoerd onder de verstrekkingen 558795 - 558806 en 558390 betreft een maximumaantal zittingen per kalenderjaar voor dezelfde pathologische situatie.

De verstrekking 558434 - 558445 mag voor dezelfde pathologische situatie maximaal 104 keren worden aangerekend per verzekerde na de revalidatiebehandelingsreeks 558810 - 558821, 558832 - 558843 of 558972 -.

§ 7. De dienst fysische geneeskunde en revalidatie houdt een register bij van alle uitgevoerde revalidatiebehandelingen met aanduiding van de overeenstemmende aandoening van de limitatieve lijst opgenomen in § 11 van dit artikel en van de verschillende disciplines die tot de behandeling hebben bijgedragen. Dit register wordt per kalenderjaar opgemaakt en is ter beschikking van de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, van de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en van de organen belast met een peer review opdracht.

§ 8. De volledige revalidatiebehandeling aangerekend onder nr. 558972 - omvat over het geheel van de zittingen tenminste de volgende onderdelen :

1° een voorafgaandelijke functionele en psychosociale evaluatie;

2° het informeren van de patiënt over de mechanische factoren die de aantasting van het wervelzuilsegment bevorderen (anatomie, biomechanica, wervelzuilbelasting), de uitleg over de grondslagen van de rugondersteuning en de bespreking van de emotionele en psychologische factoren die de pijn kunnen onderhouden;

3° de praktische vorming in rugsparende technieken (wervelzuilontlasting) met inbegrip van frequente beroepsbezigheden (tillen van zware lasten, enz.);

4° een geïndividualiseerde revalidatie met tenminste een houdingscorrectie, een analytische versteviging van de paravertebrale spieren, en rekoefeningen;

5° de fysieke conditietraining zowel op het vlak van aërobie (op cyclo-ergometer of rollend tapijt) als op het vlak van musculair uithoudingsvermogen (fitness-apparaten);

6° een ergonomisch onderdeel met minstens de toelichting aan de patiënt van de regels inzake aanpassing aan de omgeving met het oog op beperking van de rugbelasting en met dankzij deze vorming de herkenning door de patiënt zelf van de belangrijkste risico's in zijn socioprofessionele milieu. Dit onderdeel moet waar van toepassing tevens een analyse van de arbeidspost inhouden volgens het beroep van de patiënt;

7° een functionele en psychosociale evaluatie op het einde van de behandeling.

De reeks van verstrekkingen 558972 - is slechts éénmaal per verzekerde aanrekenbaar. Hierbij geldt een maximum van 36 verstrekkingen, gedurende een periode van zes maanden. Zij is slechts aanrekenbaar voor de volgende indicaties :

1° specifieke mechanische cervicalgieën of dorsolombalgieën opgetreden sedert meer dan 6 weken;

2° minder dan 3 maanden na een corrigerende wervelzuilchirurgie;

Die reeks mag alleen een tweede keer aangerekend worden :

1° hetzij in geval van nieuwe heelkundige ingreep op de wervelkolom;

Les honoraires pour les prestations 558810 - 558821 et 558832 - 558843 ne peuvent être portés en compte pour la rééducation de patients cardiaques.

§ 6. Le remboursement des prestations 558434-558445, 558456 - 558460, 558810 - 558821, 558832 - 558843 et 558972 - n'est autorisé que pour les traitements de rééducation effectués sous la coordination d'un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation dans un service de médecine physique intégré dans un établissement hospitalier agréé, dans lequel sont au moins présents à temps plein, outre le médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation, les disciplines kinésithérapie et ergothérapie. Le service peut, en outre, faire appel, dans l'institution, aux fonctions logopédie et psychologie clinique.

Le service extra-muros de médecine physique et de réadaptation, qui peut produire un contrat de collaboration avec un établissement hospitalier agréé et qui satisfait aux autres conditions de personnel, est assimilé au service intégré à la condition que cette collaboration existait déjà à la date de publication du présent arrêté.

La série des prestations 558456 - 558460, 558810 - 558821 et 558832 - 558843 n'est remboursée qu'une seule fois par affection, dans le cadre d'un traitement de rééducation.

Le nombre maximum de séances de rééducation effectuées sous les prestations 558795 - 558806 et 558390 concerne un nombre maximum de séances par année civile et pour la même situation pathologique.

La prestation 558434 - 558445 peut être portée en compte au maximum 104 fois par assuré après la série de traitements de rééducation 558810 - 558821, 558832 - 558843 ou 558972 -, pour la même situation pathologique.

§ 7. Le service de médecine physique et de rééducation tient à jour un registre de tous les traitements de rééducation effectués, avec indication de l'affection correspondante de la liste limitative reprise au § 11 du présent article et des différentes disciplines qui ont contribué au traitement. Ce registre est établi par année civile et est mis à la disposition du médecin-conseil de l'organisme assureur, du médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité et des organes chargés d'une mission de peer review.

§ 8. Le traitement complet de rééducation attesté sous le n° 558972 - comporte, pour l'ensemble des séances, au minimum les éléments suivants :

1° une évaluation fonctionnelle et psychosociale préalable;

2° l'information du patient sur les facteurs mécaniques qui favorisent la dégradation du segment vertébral (anatomie, biomécanique, charge vertébrale), l'explication des principes du soutien du dos et la discussion des facteurs émotionnels et psychologiques qui peuvent entretenir la douleur;

3° la formation pratique dans les techniques pour ménager le dos (épargne vertébrale), y compris les activités professionnelles fréquentes (soulèvement de lourdes charges, etc.);

4° une rééducation individualisée avec au moins une correction du maintien, un renforcement analytique des muscles paravertébraux, et des exercices d'étirement;

5° l'amélioration de la condition physique tant au niveau aérobie (sur cyclo-ergomètre ou tapis roulant) qu'au niveau de l'endurance musculaire (appareils de fitness);

6° une partie ergonomique avec au moins l'explication au patient des règles concernant l'adaptation à l'environnement en vue de limiter la charge du dos et avec, grâce à cette formation, la reconnaissance par le patient lui-même des risques les plus importants dans son milieu socioprofessionnel. Cette partie doit, le cas échéant, également comporter une analyse du poste de travail selon la profession du patient;

7° une évaluation fonctionnelle et psychosociale à la fin du traitement.

La série de prestations 558972 - ne peut être attestée qu'une seule fois par assuré. Il peut être attesté au maximum 36 de ces prestations, pendant une période de six mois. Elles ne peuvent être portées en compte que pour les indications suivantes :

1° cervicalgies et dorsolombalgies mécaniques spécifiques apparues depuis plus de 6 semaines;

2° moins de 3 mois après une chirurgie vertébrale correctrice;

Cette série peut être attestée une deuxième fois uniquement :

1° soit en cas de nouvelle intervention chirurgicale sur la colonne vertébrale;

2° hetzij met akkoord van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds voor wervelzuilpathologie in het raam van een socioprofessionele reïntegratie.

De collectieve behandelingsessies mogen nooit meer dan 8 patiënten betreffen.

De ergonomische analyse mag maximum twee van de 36 verstrekkingen 558972 - beslaan.

Deze dienst moet beschikken over een equipe waarvan minstens de disciplines ergotherapie, kinesitherapie en psychologie deel uitmaken. Een gediplomeerd ergonoom kan de ergotherapeut vervangen.

Ingeval de equipe niet beschikt over een gediplomeerd ergonoom, kunnen de taken die moeten uitgevoerd worden binnen de module ergonomie verricht worden door een ander lid van de equipe op voorwaarde dat deze een bijkomende vorming genoten heeft in fysieke ergonomie met een duur van minstens 90 uren, en het bewijs kan leveren van ervaring in de evaluatie van biomechanische risico's op de arbeidsplaats.

Binnen twee weken na het einde van de revalidatiebehandeling wordt een medisch verslag toegestuurd aan de behandelend geneesheer, en, voor een uitkeringsgerechtigde eveneens aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, alsook, met instemming van de patiënt, aan de arbeidsgeneesheer. Dit verslag bevat de evaluatiereultaten bij de start van de behandeling, een beschrijving van de uitgevoerde revalidatietaken, de resultaten van de klinische, psychologische en desgewenst ergonomische evaluatie op het einde van de behandeling en de aanbevelingen voor het hernemen van de beroepsactiviteiten en zonodig voor de onderhoudsrevalidatie.

De evaluatie bij begin en einde van de behandeling bevat een algologisch bilan (via één of meerdere analoge visuele schalen), een meting van de ervaren functionele handicap (Roland-Morris scale of Oswestry Disability Questionnaire), een depressie-meting, en een kinesiofobie-meting, een functioneel ruggenmerg bilan en een praktische evaluatie van de opgedane kennis inzake rugontlasting.

§ 9. De verstrekkingen inzake gipsafgietsels voor orthopedische toestellen, de orthesen en gipstoestellen, en de continue vertebrale tracties tijdens een opname in een ziekenhuis, (die voorkomen in Artikel 14 k), I), § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5° en II) zijn toegankelijk voor de geneesheren, specialist voor fysieke geneeskunde en revalidatie, buiten de behandeling van fracturen en luxaties.

§ 10. Overgangsmaatregelen :

Voor patiënten waarvoor de adviserend geneesheer vóór de inwerkingtreding van het onderhavig besluit reeds de toestemming heeft gegeven voor een reeks behandelingen 558810 - 558821 en 558832 - 558843 geldt dat het totale aantal behandelingen de in de limitatieve lijst voorziene aantallen opgenomen in § 11 van dit artikel niet mag overschrijden. »

§ 11. LIMITATIEVE LIJST VAN AANDOENINGEN VOOR PLURIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE. »

De limitatieve lijst van aandoeningen voor pluridisciplinaire revalidatie wordt opgenomen in de bijlage die bij dit besluit is gevoegd.

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

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

Gegeven te Brussel, 22 juni 2004.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

2° soit, avec l'accord du médecin-conseil de la mutualité, pour une pathologie vertébrale dans le cadre d'une réintégration socioprofessionnelle.

Les séances collectives de traitement ne peuvent jamais concerner plus de 8 patients.

L'analyse ergonomique peut couvrir maximum deux des 36 prestations 558972 -.

Ce service doit disposer d'une équipe qui comporte au minimum les disciplines ergothérapie, kinésithérapie et psychologie. Un ergonome diplômé peut remplacer l'ergothérapeute.

Si l'équipe ne dispose pas d'un ergonome diplômé, les tâches qui doivent être effectuées dans le cadre du module d'ergonomie sont dispensées par un autre membre de l'équipe, à condition que celui-ci ait bénéficié d'une formation complémentaire en ergonomie physique d'une durée de minimum 90 heures, et que la preuve puisse être fournie d'une expérience dans l'évaluation des risques biomécaniques sur le lieu de travail.

Dans les deux semaines qui suivent la fin du traitement de rééducation, un rapport médical est transmis au médecin traitant, ainsi que, dans le cas d'un patient bénéficiaire en incapacité de travail, au médecin-conseil de l'organisme assureur, et, moyennant l'accord du patient, au médecin du travail. Ce rapport contient les résultats d'évaluation au début du traitement, une description des tâches de rééducation effectuées, les résultats de l'évaluation clinique, psychologique et, si nécessaire, ergonomique à la fin du traitement et les recommandations pour la reprise des activités professionnelles et, si nécessaire, pour la rééducation d'entretien.

L'évaluation au début et à la fin du traitement comporte un bilan algologique (au moyen d'une ou plusieurs échelles visuelles analogiques), une mesure du handicap fonctionnel vécu (Roland-Morris scale ou Oswestry Disability Questionnaire), une mesure de l'état dépressif et une mesure de la kinésiophobie, un bilan fonctionnel vertébral et une évaluation pratique de la connaissance acquise en matière d'épargne vertébrale.

§ 9. Les prestations en matière de moulages plâtrés pour les appareils orthopédiques, les orthèses et les appareils plâtrés, et les tractions continues vertébrales pendant une hospitalisation (qui figurent dans l'article 14, k), I), § 2, B, 2°, 3°, 4°, 5°, C, 2°, 3°, 4°, 5°, D, 2°, 3°, 4°, 5°, et II) peuvent être dispensées par les médecins spécialistes en médecine physique et en réadaptation, en dehors du traitement des fractures et luxations.

§ 10. Mesures de transition :

Pour les patients pour lesquels le médecin-conseil a donné un accord pour une série de traitements 558810 - 558821 et 558832 - 558843 avant la mise en application du présent arrêté, le nombre total de traitements ne peut pas dépasser les quantités prévues dans la liste limitative reprise au § 11 du présent article. »

§ 11. LISTE LIMITATIVE DES AFFECTIONS POUR LA REEDUCATION PLURIDISCIPLINAIRE. »

La liste limitative des affections pour la rééducation pluridisciplinaire figure en annexe du présent arrêté.

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, le 22 juin 2004.

ALBERT

Par le Roi :

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

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
 § 11. LIMITATIEVE LIJST VAN AANDOENINGEN VOOR PLURIDISCIPLINAIRE REVALIDATIE
 (558810 - 558821 en 558832 - 558843)

Codenr.	Aandoening	Type	Max. aantal
-Centraal Zenuwstelsel-			
101 A	Cerebrale letsels met neurologische uitvalsverschijnselen	K 60	120 beh.
102 A	Dwarslesie/paraplegie-parese/tetraplegie-parese	K 60	120 beh.
103 A	Progressieve neurologische aandoening n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
-Perifere zenuwbanen-			
201 A	Perifeer zenuwletsel/radiculopathie/plexusletsel	K 60	120 beh.
202 A	Polyneuropathie n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	120 beh.
-Spierstelsel-			
301 A	Myopathie/myositis met duidelijke verandering van de autonomie	K 60	120 beh.
-Orthopedische aandoeningen-			
401 A	Algodystrofie (Südeck), Frozen Shoulder (complex regionaal pijnsyndroom)	K 60	120 beh.
402 A	Gewrichtsprothese van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 60	60 beh.
403 A	Amputaties BL/OL (uitgez. vinger D2-D5)	K 60	60 beh.
404 A	Orthopedisch-functionele stoornis met aantasting van grote + middelgrote gewrichten der ledematen	K 60	60 beh.
405 B	Functioniestoornissen op basis van ernstige peesletsels met partiële of volledige onderbreking van continuïteit	K 30	60 beh.
406 B	Indeukingsfracturen wervel(s)	K 30	60 beh.
407 B	Bekkenfracturen met ilio- en ischiopubische fractuur met sacroiliacale verplaatsing, na heelkundige correctie	K 30	60 beh.
-Varia-			
501 B	Postoperatieve of postintensieve revalidatie na ingreep hoger dan K 180 of N 300 of na verblijf van meer dan 7 dagen op Intensieve Zorgen	K 30	60 beh.
501 A	Littekens van uitgebreide brandwonden met functionele hinder tijdens hun evolutieve fase of na heelkundige/plastische correctie	K 60	60 beh.
503 A	Chronische reumatische-evolutieve gewrichtsaandoeningen n.a.v. duidelijke verandering van de functionele autonomie	K 60	60 beh.
504 B	Longrevalidatie voor obstructieve of restrictieve respiratoire insufficiëntie met ESW < 60 % en/of bewezen desaturatie, op verwijzing van de pneumoloog	K 30	60 beh.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 22 juni 2004.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
 R. DEMOTTE

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

§ 11. LISTE LIMITATIVE DES AFFECTIONS POUR LA REEDUCATION PLURIDISCIPLINAIRE
(558810 - 558821 et 558832 - 558843)

N° de code	Affection	Type	Nombre max.
-Système Nerveux Central-			
101 A	Lésions cérébrales avec manifestations neurologiques déficitaires	K 60	120 trait.
102 A	Lésion transversale/paraplégie-parésie/tétraplégie-parésie	K 60	120 trait.
103 A	Affection neurologique progressive avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
-Système nerveux périphérique-			
201 A	Lésion nerveuse périphérique/radiculopathie/lésion du plexus	K 60	120 trait.
202 A	Polyneuropathie avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	120 trait.
-Système musculaire-			
301 A	Myopathie/myosite avec modification manifeste de l'autonomie	K 60	120 trait.
-Affections orthopédiques-			
401 A	Algodystrophie (Südeck), épaule gelée (syndrome douloureux complexe régional)	K 60	120 trait.
402 A	Prothèse articulaire des grandes et moyennes articulations des membres	K 60	60 trait.
403 A	Amputations MS/MI (sauf doigt D2-D5)	K 60	60 trait.
404 A	Altération fonctionnelle orthopédique en relation avec une atteinte des grandes et moyennes articulations des membres	K 60	60 trait.
405 B	Altération fonctionnelle en relation avec des lésions tendineuses graves avec interruption partielle ou complète de la continuité	K 30	60 trait.
406 B	Fractures d'une (de) vertèbre(s) par enfoncement	K 30	60 trait.
407 B	Fractures du bassin avec fracture ilio- et ischiopubienne associée à un déplacement sacro-iliaque, après correction chirurgicale	K 30	60 trait.
-Divers-			
501 B	Rééducation postopératoire ou suite à un séjour en soins intensifs, après intervention > K 180 ou N 300 ou après séjour de plus de 7 jours en Soins intensifs	K 30	60 trait.
501 A	Cicatrices de brûlures étendues avec gêne fonctionnelle pendant leur phase évolutive ou après correction chirurgicale/plastique	K 60	60 trait.
503 A	Affections articulaires rhumatismales chroniques évolutives avec modification manifeste de l'autonomie fonctionnelle	K 60	60 trait.
504 B	Rééducation pulmonaire pour insuffisance respiratoire obstructive ou restrictive avec VEMS < 60% et/ou désaturation démontrée, sur prescription du pneumologue	K 30	60 trait.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 22 juin 2004.

ALBERT

Par le Roi :

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