

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2016/22433]

17 OKTOBER 2016. — Koninklijk besluit tot wijziging van 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

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, 27 december 2007 en 22 juni 2016 en § 2, eerste lid, 2°, 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 het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 11 december 2015;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 11 december 2015 ;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 12 januari 2016 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 27 januari 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 22 februari 2016;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 8 juni 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 19 juli 2016;

Gelet op het advies 59.958/2/V van de Raad van State, gegeven op 7 september 2016 met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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 koninklijke 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 en 3 september 2015 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, 1° wordt de eerste zin vervangen als volgt:

“1° Verstrekkingen verricht aan niet in 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° of 10° van deze paragraaf bedoelde rechthebbenden.”

2° In § 1 worden een 9° en een 10° ingevoegd, luidende:

“ 9° Verstrekkingen verricht bij patiënten die lijden aan het chronische vermoeidheidssyndroom overeenkomstig § 14^{quater} van dit artikel.

a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2016/22433]

17 OCTOBRE 2016. — Arrêté royal modifiant l'article 7 de 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, 27 décembre 2007 et 22 juin 2016 et § 2, alinéa 1^{er}, 2°, 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 la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, faite le 11 décembre 2015 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 11 décembre 2015 ;

Vu l'avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 12 janvier 2016 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 27 janvier 2016 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 22 février 2016 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 08 juin 2016 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 19 juillet 2016;

Vu l'avis 59.958/2/V du Conseil d'Etat, donné le 07 septembre 2016 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat ;

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 et 03 septembre 2015 sont apportées les modifications suivantes:

1° Au § 1^{er}, 1°, la première phrase est remplacée par ce qui suit :

« 1° Prestations dispensées aux bénéficiaires non visés par le 2°, 3°, 4°, 5°, 6°, 7°, 8°, 9° ou 10° du présent paragraphe. »

2° Au § 1^{er} il est inséré un 9° et un 10°, rédigés comme suit :

« 9° Prestations effectuées à des patients atteints du syndrome de fatigue chronique conformément au § 14^{quater} du présent article.

a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

564756	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564756	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564711	Schriftelijk verslag	M 34,62	564711	Rapport écrit	M 34,62

b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.

b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

564793	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564793	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564815	Schriftelijk verslag	M 34,62	564815	Rapport écrit	M 34,62

c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis in een georganiseerde medische dienst.

c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

564830	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564830	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564852	Schriftelijk verslag	M 34,62	564852	Rapport écrit	M 34,62

10° Verstrekkingen verricht bij patiënten die aan fibromyalgie lijden overeenkomstig § 14quinquies van dit artikel

10° Prestations effectuées à des patients atteints de fibromyalgie conformément au § 14quinquies du présent article.

a) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis of een georganiseerde medische dienst

a) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital ou d'un service médical organisé.

564874	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564874	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564896	Schriftelijk verslag	M 34,62	564896	Rapport écrit	M 34,62

b) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen in een ziekenhuis.

b) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé dans un hôpital.

564911	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564911	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564933	Schriftelijk verslag	M 34,62	564933	Rapport écrit	M 34,62

c) Verstrekkingen verricht in de praktijkkamer van de kinesitherapeut, gelegen buiten een ziekenhuis in een georganiseerde medische dienst.

c) Prestations effectuées au cabinet du kinésithérapeute, situé en dehors d'un hôpital dans un service médical organisé.

564955	Individuele kinesitherapie-zitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 45 minuten heeft	M 36	564955	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 45 minutes	M 36
564970	Schriftelijk verslag	M 34,62	564970	Rapport écrit	M 34,62

3° § 3bis, 1° wordt vervangen als volgt:

« 1° Toepassingsregels voor de verstrekking "schriftelijk verslag".

De verstrekkingen 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 en 564152 mogen slechts eenmaal per kalenderjaar worden geattesteerd.

De verstrekkingen 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555 mogen slechts eenmaal per pathologische situatie worden geattesteerd.

Een van de verstrekkingen 564711, 564815, 564852, 564896, 564933 of 564970 mag slechts eenmaal per patiënt worden geattesteerd.

Zij moet niet worden voorgeschreven.

Zij mag vanaf de eerste zitting worden geattesteerd en is cumuleerbaar met een individuele kinesitherapie-zitting.

Het schriftelijk verslag moet aan de voorschrijvend geneesheer worden bezorgd:

- aan het einde van de behandeling van een van de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, A, § 14quater en § 14quinquies;

- minstens eenmaal per kalenderjaar in het geval van een behandeling van een pathologische situatie bedoeld in § 14, 5°, B en in § 11.

3° Le § 3bis, 1° est remplacé par ce qui suit :

« 1° Règles d'applications pour la prestation "rapport écrit".

Les prestations 560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454, 561411, 563673, 563776, 563872, 563975, 564071, 564491 et 564152, ne peuvent être attestées qu'une fois par année civile.

Les prestations 563076, 563172, 563275, 563371, 563474, 564616, 563555 ne peuvent être attestées qu'une fois par situation pathologique.

Une des prestations 564711, 564815, 564852, 564896, 564933 ou 564970 ne peut être attestée qu'une seule fois par patient.

Elle ne doit pas être prescrite.

Elle peut être attestée dès la première séance et est cumulable avec une séance individuelle de kinésithérapie.

Le rapport écrit doit être transmis au médecin prescripteur:

- à la fin du traitement de l'une des situations pathologiques visées aux § 14, 5°, A, § 14quater et § 14quinquies;

- au moins une fois par année civile dans le cas du traitement d'une situation pathologique visée au § 14, 5°, B et au § 11.

Het schriftelijk verslag dient te omvatten:

- de vermelding van de behandelde aandoening verwijzend naar het geneeskundig voorschrift;
- de synthese van het kinesitherapeutisch onderzoek opgemaakt bij het begin van de behandeling;
- de beknopte samenvatting van de uitgevoerde behandeling en de evolutie van de patiënt;
- als het geval zich voordoet, een beknopte verwijzing naar de aan de patiënt verstrekte raadgevingen voor secundaire preventie en het aanbevolen thuisprogramma.

Een kopie van het schriftelijk verslag moet in het dossier worden bewaard. »

4° In § 9, wordt het punt *f*) vervangen als volgt:

“*f*) de perimetrie, de volumetrie of de kopie van het lymfoscintigrafisch protocol of het voorschrift van de klinische noodzakelijkheid om de behandeling te verlengen voor de patiënten bedoeld in § 14, 5°, B., *f*) en in § 11, vijfde lid”

5° § 9bis wordt vervangen als volgt:

« De individuele kinesitherapiezitting moet een of meer handelingen omvatten die tot de bevoegdheid van de kinesitherapeuten behoren en vereist, indien de toestand van de rechthebbende dit toelaat, een actieve deelname van de patiënt onder de vorm van actieve oefentherapie, inclusief instructies en raadgevingen voor secundaire preventie.

Een actieve deelname is niet vereist bij kinderen waar nog geen bewuste actieve deelname mogelijk is of bij volledig zorgafhankelijken.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 45 minuten moet minimum 30 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut omvatten.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 30 minuten moet minimum 20 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut omvatten.

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 20 minuten moet minimum 15 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut omvatten.”

Een zitting met een persoonlijke betrokkenheid met een globale gemiddelde duur van 15 minuten moet minimum 10 minuten persoonlijke betrokkenheid van de kinesitherapeut omvatten.”

Met het oog op het opstellen van praktijkprofielen is een pathologie-registratie onder de vorm van pseudocodenummers verplicht, en dit op basis van de pathologische situatie. De modaliteiten van de pathologie-registratie worden door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging vastgelegd op voorstel van de Technische Raad voor Kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie Kinesitherapeuten - Verzekeringsinstellingen. »

6° § 10, eerste lid wordt vervangen als volgt:

“De kinesitherapeut moet elke verstrekkende die hij verleent aan een patiënt die zich niet bevindt in een van de situaties bedoeld in de §§ 11, 12, 13, 14bis of 14ter, of tot behandeling van een aandoening die niet omschreven is in § 14, 5°, § 14quater of § 14quinquies van dit artikel, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 1° bedoelde verstrekkingen.”

7° § 11, eerste lid wordt vervangen als volgt:

“De kinesitherapeut moet elke verstrekkende die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3°, 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, aanrekenen aan de hand van de in § 1, 2° bedoelde verstrekkingen. Deze verplichting geldt niet indien de rechthebbende zich in de in §§ 13, 14bis, 14ter, 14quater of 14quinquies vastgestelde situatie bevindt.”

8° § 11, twaalfde lid wordt vervangen als volgt:

“De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.”

9° § 14, 2°, vierde lid wordt vervangen als volgt:

“De verstrekkingen 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 en 639785 mogen worden geattesteerd voor de pathologische situaties bedoeld in § 14, 5°, B., *f*). Indien de verstrekkingen 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 en 639785 in hetzelfde kalenderjaar worden geattesteerd, mag het gezamenlijk totaal van die verstrekkingen niet 60 zittingen per kalenderjaar overschrijden.”

10° § 14, 3° wordt vervangen als volgt:

“De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische

Le rapport écrit doit comprendre:

- La mention de l'affection traitée en référence à la prescription médicale.
- La synthèse de l'examen kinésithérapeutique établi en début de traitement.
- Le résumé succinct du traitement réalisé et de l'évolution du patient.
- Le cas échéant, une référence succincte aux conseils donnés au patient en ce qui concerne la prévention secondaire et le programme à domicile qui a été recommandé.

Une copie du rapport écrit doit être conservée au dossier. »

4° Au § 9, le point *f*) est remplacé par ce qui suit :

« *f*) la périmétrie, la volumétrie ou la copie du protocole lymphoscintigraphique ou la prescription de la nécessité clinique de prolonger le traitement pour les patients visés au § 14, 5°, B., *f*) et au § 11, 5ème alinea. »

5° Le § 9bis est remplacé par ce qui suit :

« La séance individuelle de kinésithérapie doit comprendre un ou plusieurs actes qui ressortissent à la compétence des kinésithérapeutes et exige, si la situation du bénéficiaire le permet, une participation active du patient sous la forme d'une thérapie active d'exercices, y compris les instructions et conseils en vue d'une prévention secondaire.

Une participation active n'est pas exigée de la part des enfants pour lesquels une participation active et consciente n'est pas encore possible ou de la part de patients qui sont totalement dépendants.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 45 minutes doit comporter au minimum 30 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 30 minutes doit comporter au minimum 20 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 20 minutes doit comporter au minimum 15 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

Une séance dont l'apport personnel atteint une durée globale moyenne de 15 minutes doit comporter au minimum 10 minutes d'apport personnel du kinésithérapeute.

En vue de la rédaction des profils des pratiques médicales, l'enregistrement de la pathologie sous la forme de pseudo-codes est obligatoire et ce, sur base de la situation pathologique. Les modalités d'enregistrement de la pathologie sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé après la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. »

6° Le § 10, 1^{er} alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Le kinésithérapeute est tenu d'attester, au moyen des prestations visées au § 1^{er}, 1^o, toute prestation qu'il dispense à un patient ne se trouvant pas dans une des situations visées §§ 11, 12, 13, 14bis ou 14ter, ou toute prestation en vue de traiter une affection qui n'est pas décrite au § 14, 5°, § 14quater ou § 14quinquies du présent article. »

7° Le § 11, 1^{er} alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 2°, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7, § 3, alinéa 2, 3°, 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. Cette obligation ne s'applique pas lorsque le bénéficiaire se trouve dans la situation prévue aux §§ 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies. »

8° Le § 11, 12ème alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné. »

9° Le § 14, 2°, 4ème alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Les prestations 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 et 639785 peuvent être attestées pour les situations pathologiques visées au § 14, 5°, B., *f*). En cas d'attestation durant la même année civile de prestations 563614, 563710, 563813, 563916, 564012, 564093, 564174, 639656, 639671, 639693, 639715, 639730, 639752, 639774 et 639785 le nombre total de ces prestations ne peut dépasser 60 séances par année civile. »

10° Le § 14, 3° est remplacé par ce qui suit :

« Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de

raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.”

11° In § 14, 5°, B. worden punten *e*) en *f*) geschrapt.

12 In § 14, 5°, B., worden punten *g*) en *h*) vervangen als volgt :

«*e*) Primaire cervicale dystonie aangetoond met een diagnostisch verslag opgesteld door een geneesheer-specialist voor neurologie.

f) Lymfoedeem

1) Bij een eenzijdige aantasting ter hoogte van een lidmaat (bovenste of onderste) door een postradiotherapeutisch of postchirurgisch lymfoedeem dat beantwoordt aan de volgende criteria:

- ofwel moet een perimetrie die is uitgevoerd op het hele lidmaat, of een volumetrisch onderzoek van de hand of de voet een verschil van +5 % ten opzichte van het contralaterale lidmaat aantonen. Die metingen moeten worden uitgevoerd volgens de protocollen die zijn vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van Geneesheren-directeurs.

- ofwel moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen de ernst van de diagnose bevestigen als aan twee minder belangrijke criteria is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen van de ledematen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan. Die classificatie wordt vastgelegd door het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, op voorstel van het College van geneesheren-directeurs.

2) Voor alle andere soorten van lymfoedeem moet een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen de diagnose bevestigen als aan twee minder belangrijke criteria is voldaan volgens de lymfoscintigrafische classificatie van de oedemen met het oog op de kinesitherapeutische tenlasteneming ervan.

Voor de pathologische situaties die zijn opgesomd aan het eind van dit lid, is een lymfoscintigrafisch onderzoek niet vereist. Toch moet een gemotiveerd verslag van de geneesheer-specialist dat de diagnose en de verzorgingsnood rechtvaardigt, ter beschikking van de adviserend geneesheer worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende, omschreven in § 9 van dit artikel, worden vermeld. Die pathologische situaties zijn:

- rechthebbenden jonger dan 14 jaar waarvoor het uitvoeren van een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen niet aangewezen is.

- in geval van gemotiveerde fysische onmogelijkheid om een lymfoscintigrafisch onderzoek in drie stappen uit te voeren.”

13° Een § 14^{quater} en een § 14^{quinquies} worden ingevoegd, luidende:

§ 14^{quater} : Toepassingsregels inzake de verstrekkingen van § 1, 9°.

“In dit artikel bedoelt men met de “patiënt die lijdt aan het chronische vermoeidheidssyndroom” (CVS), de patiënt van wie de diagnose is gesteld volgens de criteria van Fukuda en voor wie het nut van een graduele oefentherapie is bevestigd door een geneesheer-specialist in de reumatologie of in de fysische geneeskunde en revalidatie, of voor inwendige geneeskunde, dit eventueel in overleg met een of meerdere andere geneesheren-specialisten. De door de geneesheer-specialist ondertekende bevestiging van de diagnose moet in het individueel kinesitherapie-dossier zijn opgenomen en preciseren dat de gebruikte diagnosecriteria wel degelijk die van Fukuda zijn.

De verstrekkingen 564756, 564793 en 564830 worden voorgeschreven door de geneesheer-specialist die in het eerste lid van deze paragraaf wordt vermeld of door de behandelend huisarts. Er mogen maximaal 18 zittingen 564756, 564793 en 564830 worden geattesteerd per patient over een periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Daarna mag geen enkele van die verstrekkingen worden geattesteerd.

De kinesitherapeut moet de verstrekkingen die hij verleent aan de patiënten in het kader van de behandeling van dit syndroom, aanrekenen gedurende de periode bedoeld in vorige alinea aan de hand van de in § 1, 9° bedoelde verstrekkingen.

De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

Indien de patiënt ooit verstrekkingen van § 1, 10° heeft genoten, kan hij de verstrekkingen die attesteerbaar zijn in het kader van § 1, 9° niet meer genieten.

De kennisgevingen voor de behandeling van het CVS ingediend vóór de inwerkingtreding van deze paragraaf zijn niet meer geldig vanaf de datum van inwerkingtreding van deze paragraaf.

§ 14^{quinquies} - Toepassingsregels betreffende de verstrekkingen van § 1, 10°.

In dit artikel bedoelt men met de patiënt die lijdt aan fibromyalgie, de patiënt van wie de diagnose moet bevestigd zijn door een geneesheer-specialist in de reumatologie of in de fysische geneeskunde en revalidatie, op grond van een klinisch onderzoek dat de diagnostische criteria van het ACR (American College of Rheumatology) omvat. De

la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d’application à partir de l’entrée en vigueur du règlement concerné. »

11° Au § 14, 5°, B., les points *e*) et *f*) sont supprimés.

12° Au § 14, 5°, B. les points *g*) et *h*) sont remplacés par ce qui suit :

« *e*) Dystonie cervicale primaire démontrée par un rapport diagnostique établi par un médecin spécialiste en neurologie.

f) Lymphoedème

1) En cas d’atteinte unilatérale au niveau d’un membre (supérieur ou inférieur) pour un lymphoedème post-radiothérapeutique ou postchirurgical répondant aux critères suivants :

- soit une périmétrie effectuée sur l’ensemble du membre ou une volumétrie de la main ou du pied montre une différence par rapport au membre contralatéral de + 5 %. Ces mesures doivent être effectuées selon les protocoles fixés par le Comité de l’assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

- soit une lymphoscintigraphie en trois temps atteste de la gravité du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes des membres visant à leur prise en charge kinésithérapeutique. Cette classification est fixée par le Comité de l’assurance soins de santé, sur proposition du Collège des médecins-directeurs.

2) Pour tous les autres types de lymphoedème, une lymphoscintigraphie en trois temps doit attester du diagnostic avec présence de deux critères mineurs selon la classification lymphoscintigraphique des oedèmes visant à leur prise en charge kinésithérapeutique.

Pour les situations pathologiques énumérées à la fin du présent alinéa, une lymphoscintigraphie n’est pas exigée. Néanmoins, un rapport motivé du médecin spécialiste justifiant le diagnostic et la nécessité des soins doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 9 du présent article. Ces situations pathologiques sont les suivantes :

- bénéficiaires de moins de 14 ans pour lesquels la réalisation d’une lymphoscintigraphie en trois temps n’est pas indiquée.

- en cas d’impossibilité physique motivée de réaliser une lymphoscintigraphie en trois temps. »

13° Il est inséré un § 14^{quater} et un § 14^{quinquies} rédigés comme suit :

§ 14^{quater} : Règles d’application concernant les prestations du § 1^{er}, 9°.

« Dans le présent article, on entend par « patient atteint du syndrome de fatigue chronique » (SFC), le patient pour lequel le diagnostic a été posé selon les critères de Fukuda et l’utilité d’une thérapie graduelle d’exercices ont été confirmés par un médecin spécialiste soit en rhumatologie, soit en médecine physique et réadaptation, soit en médecine interne, ceci en concertation éventuelle avec un ou plusieurs autres médecins spécialistes. La confirmation du diagnostic signée par le médecin spécialiste doit figurer dans le dossier individuel kinésithérapeutique et préciser que les critères de diagnostic utilisés sont bien ceux de Fukuda.

Les prestations 564756, 564793 et 564830 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564756, 564793 et 564830 peut être attesté par patient sur une période d’un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.

Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l’alinéa précédent, d’attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 9°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.

Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l’assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d’application à partir de l’entrée en vigueur du règlement concerné.

Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 10°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 9°.

Les notifications pour le traitement du SFC introduites avant la date d’entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d’entrée en vigueur du présent paragraphe.

§ 14^{quinquies} - Règles d’application concernant les prestations du § 1^{er}, 10°.

Dans le présent article, on entend par patient atteint de fibromyalgie le patient pour lequel le diagnostic a été confirmé par un médecin spécialiste soit en rhumatologie soit en médecine physique et réadaptation sur base d’un examen clinique comprenant les critères de diagnostic de l’ACR (American College of Rheumatology). Cette

door de geneesheer-specialist ondertekende bevestiging van de diagnose moet in het individueel kinesitherapiedossier zijn opgenomen en preciseren dat de gebruikte diagnosecriteria wel degelijk die van het ACR zijn.

De verstrekkingen 564874, 564911 en 564955 worden voorgeschreven door de geneesheer-specialist die in het eerste lid van deze paragraaf wordt vermeld of door de behandelend huisarts. Er mogen maximaal 18 zittingen 564874, 564911 en 564955 worden geattesteerd per patient over een periode van 1 jaar vanaf de datum van de eerste verstrekking. Daarna mag geen enkele van die verstrekkingen worden geattesteerd.

De kinesitherapeut moet de verstrekkingen die hij verleent aan de patiënten in het kader van de behandeling van dit syndroom, aanrekenen gedurende de periode bedoeld in vorige alinea aan de hand van de in § 1, 10° bedoelde verstrekkingen.

De behandeling dient te verlopen overeenkomstig aanbevelingen en standaarden die door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging werden aangenomen op voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie en na advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen. Deze bepaling geldt vanaf de inwerkingtreding van de betrokken verordening.

Indien de patiënt ooit verstrekkingen van § 1, 9° heeft genoten, kan hij de verstrekkingen die attesteerbaar zijn in het kader van § 1, 10° niet meer genieten.

De kennisgevingen voor de behandeling van fibromyalgie ingediend vóór de inwerkingtreding van deze paragraaf zullen niet meer geldig zijn niet meer geldig vanaf de datum van inwerkingtreding van deze paragraaf"

14° § 20, tweede lid wordt vervangen als volgt:

"De verstrekkingen, vermeld in de rubrieken I en II van § 1, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° en de verstrekkingen vermeld in 7°, 9° en 10° mogen enkel worden aangerekend door kinesitherapeuten die voldoen aan de volgende voorwaarden:"

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2017.

Art. 3. De minister bevoegd voor de Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 oktober 2016.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Maggie DE BLOCK

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.

Les prestations 564874, 564911 et 564955 sont prescrites par le médecin spécialiste mentionné au premier alinéa du présent paragraphe ou par le médecin généraliste traitant. Un maximum de 18 séances 564874, 564911 et 564955 peut être attesté par patient sur une période d'un an à partir de la date de la première prestation. Par la suite, aucune de ces prestations ne peut être attestée.

Le kinésithérapeute est tenu, pendant la période visée à l'alinéa précédent, d'attester au moyen des prestations du § 1^{er}, 10°, les prestations dispensées dans le cadre du traitement de ce syndrome.

Le traitement doit avoir lieu conformément aux recommandations et aux standards fixés par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Conseil technique de la kinésithérapie et après avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes-organismes assureurs. La présente disposition sera d'application à partir de l'entrée en vigueur du règlement concerné.

Dans le cas où un patient, à un moment quelconque, a bénéficié de prestations du § 1^{er}, 9°, il ne pourra plus bénéficier des prestations attestables dans le cadre du § 1^{er}, 10°.

Les notifications pour le traitement de la fibromyalgie introduites avant la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe ne sont plus valides à partir de la date d'entrée en vigueur du présent paragraphe. »

14° Le § 20, 2ème alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Les prestations visées aux rubriques I et II du 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 6° et les prestations visées au 7°, 9° et 10° ne peuvent être portées en compte que par les kinésithérapeutes qui satisfont aux conditions suivantes: »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2017.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 octobre 2016.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2016/22457]

25 NOVEMBER 2016. — 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, gewijzigd bij de wetten van 22 augustus 2002, 27 december 2006, 21 december 2007, 22 december 2008, 23 december 2009, 29 maart 2012 en 22 juni 2016, alsook bij het koninklijk besluit van 16 april 1997;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 27 januari 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging gegeven op 11 april 2016;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 8 juni 2016;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting gegeven op 19 juli 2016;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2016/22457]

25 NOVEMBRE 2016. — 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}, modifié par les lois des 22 août 2002, 27 décembre 2006, 21 décembre 2007, 22 décembre 2008, 23 décembre 2009, 29 mars 2012 et 22 juin 2016 ainsi que par l'arrêté royal du 16 avril 1997;

Vu l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires pour certaines prestations;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 27 janvier 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé donné le 11 avril 2016;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 8 juin 2016;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget donné le 19 juillet 2016;