

N. 2002 — 1591

[C — 2002/22347]

22 APRIL 2002. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 22, 11°;

Gelet op het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 9ter, § 1, 1° en 2°;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, geformuleerd op 11 april 2002;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen, gegeven op 11 april 2002;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 22 april 2002,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 9ter, § 1, 1° en 2°, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, wordt in fine telkens de volgende tekst ingevoegd :

« Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen moet conform het model opgenomen in bijlage 92 zijn. »

**Art. 2.** Deze verordening treedt in werking op 1 mei 2002.

Brussel, 22 april 2002.

De Leidend Ambtenaar,  
F. Praet.

De Voorzitter,  
B. De Backer

F. 2002 — 1591

[C — 2002/22347]

22 AVRIL 2002. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

Le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 22, 11°;

Vu l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, formulé le 11 avril 2002;

Vu l'avis de la Commission de convention kinésithérapeutes-organismes assureurs, donnée le 11 avril 2002;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 22 avril 2002,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 9ter, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le texte suivant est inséré chaque fois in fine :

« Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 14, de la nomenclature des prestations de santé doit être conforme au modèle repris à l'annexe 92. »

**Art. 2.** Le présent règlement entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mai 2002.

Bruxelles, le 22 avril 2002.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. Praet.

Le Président,  
B. De Backer.

Bijlage 92

**Kennisgeving van de behandeling van een pathologische situatie bedoeld in artikel 7, § 14, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (f-lijst) (3)**

1. Identificatiegegevens van de rechthebbende

(invullen of het kleefbriefje V.I. aanbrengen)

Naam en voornaam : .....

Adres : .....

Geboortedatum : .....

Inschrijvingsnummer VI : .....

2. Verklaring van de kinesitherapeut

Ik, ondergetekende, ....., kinesitherapeut, verklaar aan de adviserend geneesheer dat ik start/gestart ben met de behandeling van onderstaande aangeduide pathologische situatie op datum van .....

Ik heb kennisgenomen van de voorwaarden om de verstrekkingen in het kader van onderstaande pathologische situatie aan te rekenen en in het bijzonder van artikel 7, § 14, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Een afschrift van het voorschrift alsook de elementen die aantonen dat de patiënt zich in de hieronder aangeduide situatie (punt 3) bevindt, moeten in het dossier bewaard worden.

3. Pathologische situaties van de F-lijst (2)

a) O 1 Posttraumatische of postoperatieve aandoening (1)

— de som van de aangerekende verstrekkingen uit artikel 14k), I en III stemt overeen met een waarde van N200 of meer

b) O 2 Rechthebbenden na een reanimatie (1)

— de verstrekkingen 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045 (artikel 13, § 1, van de nomenclatuur (reanimatie)) werden aangerekend bij rechthebbenden die opgenomen zijn geweest in een ziekenhuis

c) O 3 Rechthebbenden na een opname in intensieve zorg of in een dienst voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen (1)

— situaties waarbij de rechthebbenden opgenomen zijn geweest in een eenheid die erkend is voor de functie intensieve zorg (code 49) of in een dienst N voor vroeggeborenen en zwakke pasgeborenen (code 27)

*d) Ademhalingsinsufficiëntie*

O 4 bij kinderen onder 16 jaar met tracheo-, laryngo- en bronchomalacie of recidiverende lage luchtweginfecties minstens initieel aangetoond door medische beeldvorming (1)

O 5 bij rechthebbenden die voldoen aan de criteria van de typervalidatie-overeenkomst inzake langdurige zuurstoftherapie thuis of bij thuisbeademing (1)

*e) Neuropathie met motorisch deficit en invalidering als gevolg*

O 6 mononeuropathie (inzonderheid dropvoet, drophand) (1)

O 7 motorische of gemengde polyneuropathie (1)

Het motorisch deficit wordt gekwantificeerd door een gestandaardiseerde 'muscle testing' waarbij volgens de classificatie van de 'Medical Research Council' een score van 3 of lager wordt geobjectiveerd. Een specialistisch consult en de nodige diagnostische onderzoeken waaronder neurofysiologische testen hebben voorafgaand plaatsgevonden. In geval in het medisch verslag de oorzaak van de neuropathie en klinisch beeld duidelijk zijn, inzonderheid voor diabetes, kan de behandeling aangevat worden zonder verdere neurofysiologische investigatie. Het hierboven vermelde medisch verslag moet in het dossier bewaard worden

*f) O 8 Situaties die gangrevalidatie noodzakelijk maken*

Voor ouderen boven 70 jaar, met persisterende fragiliteit, te objectiveren door de behandelend geneesheer en kinesitherapeut aan de hand van de volgende kenmerken :

— recidiverend vallen of aanwezigheid van een osteoporotische fractuur in combinatie met twee van de volgende testresultaten :

— gestoorde gang of inspanningscapaciteit, te documenteren door een 6 minuten looptest met een loopafstand kleiner dan 350 meter;

— afgenomen spierkracht te documenteren door een knijpkracht kleiner dan 40 kP in de dominante hand;

— gestoorde gang en evenwicht, te documenteren door een Tinetti test met een score kleiner dan 20/28.

De objectivering gebeurt met een uitgebreid bilan met medisch en kinesitherapeutisch verslag, ondertekend door de geneesheer en de kinesitherapeut. Dit bilan omvat onder meer de indicatie voor de oefeningen; beschrijving van de locomotorische toestand aan de hand van hoger beschreven testen, opgave van de co-morbiditeit en van het medicatiegebruik, motivatie van de oudere en de gedetailleerde beschrijving van het oefenprogramma.

*g) Psychomotorische ontwikkelingsstoornissen*

O 9 bij kinderen onder 16 jaar, na specialistisch (neuro)pediatrisch advies en behandelingsvoorstel, en met een significant zwakkere score op een genormeerde gestandaardiseerde test (1)

O 10 bij kinderen tot en met 18 maanden met klinisch duidelijke ontwikkelingsstoornissen vastgesteld door middel van evaluatie in een gespecialiseerde multidisciplinaire equipe (1)

*h) Chronisch vermoeidheidssyndroom/fybromyalgie*

O 11 voor patiënten lijdend aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, indien tijdens of na de tenlasteneming in een revalidatieprogramma verdere graduele oefentherapie als zinvol wordt beoordeeld door de multidisciplinaire equipe van het referentiecentrum voor patiënten lijdend aan het Chronische vermoeidheidssyndroom (1)

O 12 voor patiënten lijdend aan fibromyalgie, indien een kinesitherapeutisch oefenprogramma deel uitmaakt van het behandelingsplan zoals opgesteld door de multidisciplinaire equipe van een referentiecentrum voor de tenlasteneming van patiënten met chronische pijn. Als overgangsmaatregel en totdat er referentiecentra voor chronische pijn functioneren kunnen multidisciplinaire pijncentra de rol van de referentiecentra voor chronische pijn overnemen (1)

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

**4. Ondertekening**

De kinesitherapeut

(naam, adres en erkenningsnummer)

(datum en handtekening)

\_\_\_\_\_

(1) De cirkel van de betrokken pathologische situatie aankruisen (maximaal 1 pathologische situatie).

(2) Als het formulier via informatica wordt gemaakt dan hoeft slechts de betrokken rubriek (*a*), (*b*), (*c*), (*d*), (*e*), (*f*), (*g*) of (*h*) in punt 3 worden weergegeven. De volledige tekst van deze rubriek moet worden overgenomen en de betrokken pathologische situatie moet worden aangekruist.

(3) Het formulier is ongeldig als afgeweken wordt van de tekst in punt 3, er begeleidende commentaar wordt bijgeschreven of het onvolledig is ingevuld.

Gezien om te worden gevoegd bij de Verordening van 22 april 2002 tot wijziging van het koninklijk besluit van 24 december 1963, houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

De Leidend ambtenaar,

F. Praet.

De Voorzitter,

B. De Backer.

## Annexe 92

**Notification du traitement d'une situation pathologique décrite à l'article 7, § 14, de la nomenclature des prestations de sante (liste f) (3)**1. Données d'identification du patient

(compléter ou apposer une vignette O.A.)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

Date de naissance : .....

Numéro d'inscription O.A. : .....

2. Déclaration du kinésithérapeute

Je, soussigné(e), ....., kinésithérapeute, déclare au médecin-conseil qu'il/elle commence/a commencé le traitement de la situation pathologique indiquée ci-dessous en date du .....

J'ai pris connaissance des conditions pour pouvoir attester les prestations dans le cadre de la situation pathologique ci-dessous et en particulier de l'article 7, § 14, de la nomenclature des prestations de santé.

Une copie de la prescription ainsi que les éléments indiquant que le patient se trouve dans la situation cochée ci-dessous (point 3), doivent être conservés dans le dossier.

3. Situations pathologiques de la liste F (2)a)  O 1 Affection posttraumatique ou postopératoire (1)

— la somme des prestations attestées de l'article 14k), I et III correspond à une valeur de N200 ou plus

b)  O 2 Bénéficiaires après une réanimation (1)— les prestations 211046, 211142, 212225, 213021, 213043 en 214045 (article 13, § 1<sup>er</sup>, de la nomenclature (réanimation)) ont été attestées pour des bénéficiaires qui ont été hospitalisésc)  O 3 Bénéficiaires après une admission en soins intensifs ou dans un service pour prématurés et nouveau-nés faibles (1)

— situations dans lesquelles les bénéficiaires ont été admis dans une unité agréée pour la fonction de soins intensifs (code 49) ou dans un service N pour prématurés et nouveau-nés faibles (code 27)

d) Insuffisance respiratoire

O 4 pour les enfants de moins de 16 ans souffrant de trachéo-, laryngo- et bronchomalacie ou d'infections récidivantes des voies respiratoires inférieures au moins initialement démontrées par imagerie médicale (1)

O 5 pour des bénéficiaires qui répondent aux critères de la convention-type de rééducation fonctionnelle relative à l'oxygénothérapie de longue durée à domicile ou en cas de respiration artificielle à domicile (1)

e) Neuropathie avec déficit moteur et invalidité suite à :

O 6 une mononeuropathie (en particulier pied tombant ou main tombante) (1)

O 7 polyneuropathie motrice ou mixte (1)

Le déficit moteur est quantifié par un test musculaire standardisé où, selon la classification du "Medical Research Council", on objective un score de 3 ou moins. Une consultation chez un spécialiste et les examens diagnostiques nécessaires, dont des tests neurophysiologiques, auront eu lieu préalablement. Lorsque dans le rapport médical, la cause de la neuropathie et l'image clinique sont claires, en particulier dans les domaines du diabète et des abus d'alcool, le traitement peut être entrepris sans autre investigation technique. Le rapport médical susmentionné doit être conservé dans le dossier.

f)  O 8 Situations qui nécessitent une rééducation fonctionnelle de la marche

Pour les personnes de plus de 70 ans, présentant une fragilité persistante, à objectiver par le médecin traitant et le kinésithérapeute au moyen des caractéristiques suivantes

— chutes récurrentes ou présence d'une fracture ostéoporotique combinée avec deux des résultats de tests suivants :

— trouble de la marche ou de la capacité d'effort, à documenter par un test de marche de 6 minutes sur une distance à parcourir de moins de 350 mètres;

— diminution de la puissance musculaire, à documenter par une puissance de poigne inférieure à 40kP dans la main dominante;

— trouble de la marche et de l'équilibre, à documenter par un test Tinetti avec un score inférieur à 20/28.

L'objectivation se fait avec un bilan extensif avec rapport médical et kinésithérapeutique, signé par le médecin traitant et le kinésithérapeute. Ce bilan contient entre autre l'indication pour les exercices, la description de l'état locomoteur à l'aide des tests décrits ci-dessus, la mention de la comorbidité et de l'usage de médicaments, la motivation de la personne âgée et la description détaillée du programme d'entraînement.

g) Troubles du développement psychomoteur

O 9 chez les enfants de moins de 16 ans, après avis d'un spécialiste en (neuro)pédiatrie et proposition de traitement, et avec un score significativement plus faible sur un test standardisé (1)

O 10 chez les enfants jusqu'à 18 mois inclus, présentant des troubles manifestes cliniques du développement établis à l'aide d'une évaluation effectuée par une équipe pluridisciplinaire spécialisée (1)

*h) Syndrome de fatigue/fibromyalgie*

O 11 pour les patients souffrant du syndrome de fatigue chronique, si pendant ou après une prise en charge dans le cadre d'un programme de rééducation fonctionnelle, la continuation d'une thérapie d'exercices graduelle est jugée utile par l'équipe multidisciplinaire du centre de référence pour la prise en charge de patients souffrant du syndrome de fatigue chronique (1)

O 12 pour les patients souffrant de fibromyalgie, si un programme d'exercices kinésithérapeutiques fait partie du plan de traitement établi par l'équipe multidisciplinaire d'un centre de douleur chronique. Comme règle de transition et en attendant que des centres de référence de douleur chronique fonctionnent, les centres de douleur multidisciplinaires peuvent prendre le rôle de centre de référence de douleur chronique (1)

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

4) Signature

Le kinésithérapeute  
(nom, adresse et numéro d'agrément)  
(date et signature)

\_\_\_\_\_

(1) Indiquer par une croix dans un cercle la situation pathologique concernée (maximum 1 situation pathologique)

(2) Si le formulaire est établi par des moyens informatiques, seule la rubrique concernée (*a*), *b*), *c*), *d*), *e*), *f*), *g*) ou *h*) du point 3 doit être reproduite. Le texte complet de cette rubrique doit être repris et la situation pathologique concernée doit être indiquée.

(3) Le formulaire n'est pas valide s'il s'écarte du texte sous le point 3, si des commentaires sont ajoutés à ce texte ou s'il est rempli de façon incomplète.

Vu pour être annexé au Règlement du 22 avril 2002 modifiant l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
F. Praet.

Le Président,  
B. De Backer.

N. 2002 — 1592

[C — 2002/22311]

**21 MAART 2002.** — Koninklijk besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen voor de in artikel 34, eerste lid, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bedoelde materialen en verzorgingsproducten voor de verzorging ten huize van rechthebbenden die lijden aan mucoviscidose

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 de artikelen 34, eerste lid, 14°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1999, 35, § 1, voorlaatste lid, ingevoegd door de wet van 22 februari 1998 en 37, § 20, ingevoegd bij de wet van 22 februari 1998;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 18 december 2000;

Gelet op het advies van de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 22 januari 2001;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 25 april 2001;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 13 juni 2001;

Gelet op het besluit van de Ministerraad over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van één maand;

Gelet op advies 32.559/1 van de Raad van State, gegeven op 27 december 2001 met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

F. 2002 — 1592

[C — 2002/22311]

**21 MARS 2002.** — Arrêté royal fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités pour les matières et produits de soins pour les soins à domicile de bénéficiaires souffrant de mucoviscidose, visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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 les articles 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 14°, modifié par la loi du 24 décembre 1999, 35, § 1<sup>er</sup>, avant-dernier alinéa, inséré par la loi du 22 février 1998 et 37, § 20, insérés par la loi du 22 février 1998;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 18 décembre 2000;

Vu l'avis du Conseil général de l'assurance soins de santé, donné le 22 janvier 2001;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances donné le 25 avril 2001;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 13 juin 2001;

Vu la délibération du Conseil des Ministres sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis 32.559/1 du Conseil d'Etat, donné le 27 décembre 2001 en application de l'article 84, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;