

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/13406]

19 SEPTEMBRE 2017. — Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, article 35, § 1<sup>er</sup>, modifié par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2007 et § 2, 2<sup>o</sup>, 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 12 mai 2017;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 12 mai 2017;

Vu l'avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 23 mai 2017;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 14 juin 2017;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 19 juin 2017;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 14 juillet 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 20 juillet 2017;

La demande d'avis introduite le 25 juillet 2017 a été rayée du rôle le 8 septembre 2017 conformément à l'article 84, § 4, alinéa 2 des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** 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<sup>er</sup> juillet 2006, 26 novembre 2006, 7 juin 2007, 20 octobre 2008, 26 avril 2009, 29 avril 2009, 29 août 2009, 22 juillet 2010, 5 avril 2011, 22 mars 2012, 19 septembre 2013, 21 février 2014, 03 septembre 2015 et 17 octobre 2016 est apportée la modification suivante :

1<sup>o</sup> Le § 1, 3<sup>o</sup>, IV. est remplacé par ce qui suit :

« IV. Prestations effectuées aux bénéficiaires hospitalisés.

561540	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 15 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M 12	561540	Individuele kinesitheriepazitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitheraapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 15 minuten heeft; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M 12
564701	Séance individuelle de kinésithérapie dans laquelle l'apport personnel du kinésithérapeute par bénéficiaire atteint une durée globale moyenne de 30 minutes : 2e séance de la journée conformément aux dispositions du § 12	M 24	564701	Individuele kinesitheriepazitting waarbij de persoonlijke betrokkenheid van de kinesitheraapeut per rechthebbende een globale gemiddelde duur van 30 minuten heeft; 2e zitting van de dag overeenkomstig de bepalingen van § 12	M 24

2<sup>o</sup> Le § 11, 1<sup>er</sup> alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Le kinésithérapeute est tenu d'attester au moyen des prestations du § 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, chaque prestation qu'il dispense aux patients qui bénéficient d'un taux réduit des interventions personnelles sur base de l'article 7,

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/13406]

19 SEPTEMBER 2017. — Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, 2<sup>o</sup>, 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 kinesithérapie, gedaan op 12 mei 2017;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 12 mei 2017;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesithérapeuten – verzekeringsinstellingen gegeven op 23 mei 2017;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 14 juni 2017;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 19 juni 2017;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 14 juli 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 20 juli 2017;

De aanvraag van advies ingediend op 25 juli 2017 werd op 8 september 2017 van de rol afgevoerd overeenkomstig artikel 84, § 4, tweede lid van de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 7 van 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, 3 september 2015 en 17 oktober 2016 wordt de volgende wijziging aangebracht :

1<sup>o</sup> § 1, 3<sup>o</sup>, IV. wordt vervangen als volgt :

“IV. Verstrekkingen verricht aan in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden.

2<sup>o</sup> § 11, eerste lid wordt vervangen als volgt :

“De kinesitheraapeut moet elke verstrekking die hij verleent aan patiënten die genieten van een verminderd tarief van het persoonlijk aandeel op basis van artikel 7, § 3, tweede lid, 3<sup>o</sup>, van het koninklijk

§ 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 §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater ou 14quinquies. »

3° Le § 12, 1°, 2° alinéa est remplacé par ce qui suit :

« Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous a), une deuxième séance journalière peut être attestée pendant toute la durée du séjour dans les fonctions ou les services concernés. La prestation 564701 ne peut être attestée que pour les bénéficiaires mentionnés sous a). Elle n'est pas cumulable avec la prestation 561540. Pour les bénéficiaires mentionnés ci-dessus sous b), pendant les 30 jours qui suivent le jour où une des prestations mentionnées sous b) a été attestée, une deuxième prestation journalière peut être attestée au maximum 14 fois. »

4° Le § 12, 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° Pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations décrites à l'alinéa précédent, une deuxième séance journalière peut être attestée si le kinésithérapeute dispose d'une prescription médicale qui justifie clairement cette deuxième séance.

Dans le cas de la prestation 564701, cette prescription médicale doit mentionner la nécessité d'effectuer cette deuxième séance pendant une durée globale moyenne de 30 minutes. Le cas échéant, le kinésithérapeute est tenu de présenter une copie de cette prescription au médecin-conseil, dans le cadre d'un contrôle à posteriori. Cette prescription reprendra obligatoirement :

- les codes nomenclature et la valeur relative du traitement de réanimation reçu ou de l'intervention chirurgicale pratiquée;
- la date de l'intervention ou la date d'entrée dans le service de soins intensifs ou néonatal;
- la fréquence souhaitée par semaine et par jour. »

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier octobre 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 19 septembre 2017.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

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 §§ 12, 13, 14bis, 14ter, 14quater of 14quinquies vastgestelde situatie bevindt."

3° § 12, 1°, tweede lid wordt vervangen als volgt :

"Voor de rechthebbenden, hierboven vermeld in a), mag een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend tijdens de hele duur van het verblijf in die functies of diensten. De verstrekking 564701 mag enkel aangerekend worden voor de rechthebbenden vermeld in a). Ze is niet cumuleerbaar met de verstrekking 561540. Voor de rechthebbenden hierboven vermeld in b), mag maximum 14 keer een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend gedurende de dertig dagen die volgen op de dag waarop één van de verstrekkingen vermeld in b) is aangerekend."

4° § 12, 2° wordt vervangen als volgt :

"2° Voor de rechthebbenden die zich in een van de situaties omschreven in het voorgaand lid bevinden, kan een tweede zitting op dezelfde dag worden aangerekend indien de kinesitherapeut beschikt over een medisch voorschrift dat deze tweede zitting duidelijk rechtvaardigt.

In het geval van de verstrekking 564701 moet dit medisch voorschrift de noodzaak vermelden om een tweede zitting uit te voeren gedurende een globale gemiddelde duur van 30 minuten. In voorkomend geval is de kinesitherapeut ertoe gehouden een kopie van dit voorschrift voor te leggen aan de adviserend geneesheer in het kader van een controle a posteriori. Dit voorschrift moet het volgende vermelden :

- de nomenclatuurcodenummers en de betreffende waarde van de ontvangen reanimatiebehandeling of van de uitgevoerde heilkundige ingreep;
- de datum van de ingreep of de datum van de opname in de dienst intensieve verzorging of voor pasgeborenen;
- de gewenste frequentie per week en per dag."

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 oktober 2017.

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

Gegeven te Brussel, 19 september 2017.

FILIP

Van Koningswege :

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

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2017/31274]

19 SEPTEMBRE 2017. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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, l'article 37, § 19, alinéa 5, inséré par l'arrêté royal du 16 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997, remplacé par la loi du 29 mars 2012 et modifié par la loi du 7 février 2014;

Vu l'arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 16 novembre 2016;

Vu la proposition du groupe de travail assurabilité, donné le 17 novembre 2016;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 21 novembre 2016;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 3 mars 2017;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 5 mai 2017;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2017/31274]

19 SEPTEMBER 2017. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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, § 19, vijfde lid, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 16 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997, vervangen bij de wet van 29 maart 2012 en gewijzigd bij de wet van 7 februari 2014;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 januari 2014 betreffende de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, § 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 16 november 2016;

Gelet op het voorstel van de werkgroep verzekeraarbaarheid, gegeven op 17 november 2016;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 21 november 2016;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 3 maart 2017;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, d.d. 5 mei 2017;