

Per kalenderjaar mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per worden geattesteerd. De kinesitherapeut stuurt hiervoor een kennisgeving naar de adviserende arts en bewaart het verslag en functioneel bilan om dit te staven in het dossier van de patiënt.

• Voor de doelgroepen 1a en 1b kunnen vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, en voor doelgroep 2 per kalenderjaar 50 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag, opgesteld door een behandelend arts-specialist met vermelding van de noodzaak van deze 50 bijkomende verstrekkingen. De kinesitherapeut stuurt voor deze 50 bijkomende verstrekkingen een kennisgeving naar de adviserende arts en bewaart het verslag in het dossier van de patiënt.

De kennisgevingen als bedoeld in de voorgaande leden worden door de kinesitherapeut naar de adviserend arts gestuurd. De tussenkomst van de verzekering voor de verstrekkingen is slechts verschuldigd indien de adviserend arts in het bezit is van een geldige kennisgeving.

Deze kennisgeving moet ten minste omvatten :

- de identificatiegegevens van de patiënt (naam, voornaam, geboortedatum en inschrijvingsnummer bij de verzekeringsinstelling);
- de identificatiegegevens van de kinesitherapeut (naam, voornaam, erkenningsnummer), de datum van aanvang van de behandeling;
- Voor doelgroep 1a : de GMFCS-score van de patiënt op de leeftijd van 21 jaar en/of de noodzaak van de 50 bijkomende verstrekkingen
- Voor doelgroep 1b vanaf de 21ste verjaardag en doelgroep 2 : de noodzaak voor het gebruik van 60-minuten zittingen en/of van de 50 bijkomende verstrekkingen

Het model van deze kennisgeving is opgesteld door het Verzekeringscomité overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

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

Gegeven te Brussel, 29 mei 2024.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées au maximum 100 fois par année civile. Le kinésithérapeute envoie à cet effet une notification au médecin-conseil et conserve le rapport et le bilan fonctionnel à l'appui de sa notification dans le dossier du patient.

• Pour les groupes cibles 1a. et 1b. à partir du 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile qui suit l'année civile au cours de laquelle le patient atteint son 21<sup>e</sup> anniversaire, et pour le groupe cible 2 par année civile : 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur la base d'un rapport rédigé par un médecin spécialiste traitant mentionnant la nécessité de ces 50 prestations complémentaires. Pour ces 50 prestations complémentaires, le kinésithérapeute envoie une notification au médecin-conseil et conserve ce rapport dans le dossier du patient.

Les notifications visées dans les alinéas précédents sont adressées par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations est due uniquement si le médecin-conseil est en possession d'une notification valide.

Cette notification doit comprendre au moins :

- les données d'identification du patient (nom, prénom, date de naissance et numéro d'inscription auprès de l'organisme assureur) ;
- les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément) et la date du début du traitement ;
- pour le groupe cible 1a : le score GMFCS du patient à l'âge de 21 ans et/ou la nécessité des 50 séances complémentaires ;
- pour le groupe cible 1b à partir du 21<sup>e</sup> anniversaire et pour le groupe cible 2 : la nécessité de séances de 60 minutes et/ou des 50 prestations complémentaires.

Le modèle de cette notification est établi par le Comité de l'assurance soins de santé conformément à l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14 juillet 1994.

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

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

Donné à Bruxelles, le 29 mai 2024.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2024/005673]

**30 MEI 2024. — Ministerieel besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden**

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 34, eerste lid, 10° gewijzigd bij de wetten van 12 augustus 2000 en 13 juli 2006, en artikel 37, § 11, gewijzigd bij de wetten van 22 februari 1998 en 12 augustus 2000;

Gelet op het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 20 maart 2024;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 25 maart 2024;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 29 april 2024;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 16 mei 2024;

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2024/005673]

**30 MAI 2024. — Arrêté ministériel fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés**

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 10°, modifié par les lois des 12 août 2000 et 13 juillet 2006 et l'article 37, § 11, modifié par les lois des 22 février 1998 et 12 août 2000 ;

Vu l'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 20 mars 2024 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé donné le 25 mars 2024 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 29 avril 2024 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 16 mai 2024 ;

Gelet op de adviesaanvraag aan de Raad van State binnen een termijn van 30 dagen, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 24 mei 2024 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 76.588/2;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 27 mei 2024 om binnen de gevraagde termijn geen advies te verlenen, met toepassing van artikel 84, § 5, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Besluit :

**Artikel 1.** De verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging verleent een tegemoetkoming in de reiskosten van 0,34 euro per kilometer aan de rechthebbende die zich begeeft naar een dialysecentrum waar hij in behandeling is en aan de rechthebbende die thuisdialyse ondergaat voor de verplaatsingen naar een controlecentrum voor de raadplegingen van toezicht.

**Art. 2. § 1.** De tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 wordt automatisch toegekend op basis van de verstrekkingen opgenomen in bijlage, zoals die worden vermeld op de factuur van het dialysecentrum. De factuur vermeldt ook de site waar de betreffende verstrekkingen zijn verleend.

§ 2. De tegemoetkoming wordt toegekend rekening houdend met de werkelijke afstand op het Belgisch grondgebied tussen de hoofdverblijfplaats van de rechthebbende en het dialysecentrum waar hij in behandeling is of het controlecentrum voor de raadplegingen van toezicht voor de rechthebbende die thuisdialyse ondergaat. De verzekeringsinstelling bepaalt de afstand op het ogenblik van ontvangst van de factuur van het dialysecentrum, die de verstrekkingen vermeldt bedoeld in paragraaf 1, door middel van een digitale routeplanner, waarbij de kortste route wordt berekend.

§ 3. De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming binnen een termijn van dertig dagen na betaling van de verstrekkingen vermeld in bijlage.

§ 4. De verzekeringsinstelling deelt aan de rechthebbende de informatie mee met betrekking tot de betaalde tegemoetkomingen. Deze informatie kan ook op elektronische wijze ter beschikking worden gesteld.

**Art. 3.** Het bedrag bedoeld in artikel 1 wordt jaarlijks op 1 januari geïndexeerd, en dit voor de eerste keer op 1 januari van het jaar dat volgt op dit waarin het besluit in werking treedt, overeenkomstig de indexeringsregeling betreffende de afgevlakte gezondheidsindex bepaald krachtens artikel 207bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

**Art. 4.** Voor de gedialyseerde rechthebbenden opgenomen in een ziekenhuis dat enkel beschikt over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief of in een psychiatrisch ziekenhuis, wordt de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1 aan dit ziekenhuis toegekend op grond van de werkelijke afstand tussen het ziekenhuis en het dialysecentrum waar de rechthebbende in behandeling is.

**Art. 5. § 1.** Het ministerieel besluit van 24 januari 1985 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden wordt opgeheven.

§ 2. De artikelen 20 en 21 en de bijlagen 53 en 54 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden opgeheven.

**Art. 6.** Dit besluit treedt in werking op 1 april 2025.

Brussel, 30 mei 2024.

F. VANDENBROUCKE

Vu la demande d'avis au Conseil d'État dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 24 mai 2024 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 76.588/2 ;

Vu la décision de la section de législation du 27 mai 2024 de ne pas donner d'avis dans le délai demandé, en application de l'article 84, § 5, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'assurance obligatoire soins de santé octroie une intervention dans les frais de voyage de 0,34 euro par kilomètre au bénéficiaire qui se rend dans un centre de dialyse où il est en traitement et au bénéficiaire qui suit une dialyse à domicile pour les déplacements vers un centre de contrôle pour les consultations de contrôle.

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** L'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est octroyée automatiquement, sur base des prestations reprises en annexe, telles qu'elles sont reprises sur la facture du centre de dialyse. La facture indique également le site où les prestations concernées ont été effectuées.

§ 2. L'intervention est octroyée en tenant compte de la distance réelle sur le territoire belge séparant sa résidence principale du centre de dialyse où il est en traitement ou du centre de contrôle pour les consultations de contrôle pour le bénéficiaire qui suit une dialyse à domicile. L'organisme assureur détermine la distance, au moment de la réception de la facture du centre de dialyse mentionnant les prestations visées au § 1<sup>er</sup>, à l'aide d'un planificateur d'itinéraire numérique, suivant la route la plus courte.

§ 3. L'organisme assureur paie l'intervention dans un délai de trente jours suivant le paiement des prestations visées à l'annexe.

§ 4. L'organisme assureur communique au bénéficiaire les informations relatives aux interventions payées. Ces informations peuvent également être mises à disposition par voie électronique.

**Art. 3.** Le montant visé à l'article 1<sup>er</sup> est indexé annuellement au 1<sup>er</sup> janvier, et ceci pour la première fois le 1<sup>er</sup> janvier de l'année qui suit celle de l'entrée en vigueur du présent arrêté, conformément au régime d'indexation relatif à l'indice santé lissé fixé en vertu de l'article 207bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

**Art. 4.** Pour des bénéficiaires dialysés admis dans un hôpital disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ou un hôpital disposant uniquement d'un service Sp palliatif ou un hôpital psychiatrique, l'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup> est octroyée à cet hôpital, en fonction de la distance réelle séparant l'hôpital du centre de dialyse où le patient est en traitement.

**Art. 5. § 1<sup>er</sup>.** L'arrêté ministériel du 24 janvier 1985 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés est abrogé.

§ 2. Les articles 20 et 21 ainsi que les annexes 53 et 54 du Règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont abrogés.

**Art. 6.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2025.

Bruxelles, le 30 mai 2024.

F. VANDENBROUCKE

**Bijlage : lijst van de nomenclatuurcodes die in aanmerking worden genomen voor de toekenning van de tegemoetkoming bedoeld in artikel 1**

470293  
470330  
470315  
470875  
470890  
470912  
470934  
101592  
101614

Gezien om gevoegd te worden bij het besluit van 30 mei 2024 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de reiskosten van de gedialyseerde rechthebbenden.

F. VANDENBROUCKE

**Annexe : liste des codes de nomenclature pris en compte pour l'octroi de l'intervention visée à l'article 1<sup>er</sup>**

470293  
470330  
470315  
470875  
470890  
470912  
470934  
101592  
101614

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 mai 2024 fixant l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les frais de voyage des bénéficiaires dialysés.

F. VANDENBROUCKE

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2024/005866]

**6 JUNI 2024.** — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 34, eerste lid, 20<sup>o</sup>bis, ingevoegd bij de wet van 27 december 2012 en gewijzigd bij de wet van 18 mei 2024 en artikel 35, § 2<sup>quater</sup>, ingevoegd bij de wet van 22 juni 2016 en gewijzigd bij de wet van 13 februari 2020;

Gelet op het koninklijk besluit 23 november 2021 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van de farmaceutische verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> en 20bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Overwegende het advies van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen, volgens artikel 2, eerste lid, van het koninklijk besluit n<sup>o</sup>20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen ter bestrijding van de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van de zorg wat betreft de verplichte ziekteverzekering, uitgebracht op 8 februari 2024;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 19 april 2024;

Gelet op het akkoord van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 8 mei 2024;

Gelet op de adviesaanvraag aan de Raad van State binnen een termijn van 30 dagen, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup> van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C – 2024/005866]

**6 JUIN 2024.** — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 20<sup>o</sup>bis, inséré par la loi du 27 décembre 2012 et modifié par la loi du 18 mai 2024, et l'article 35, § 2<sup>quater</sup>, inséré par la loi du 22 juin 2016 et modifié par la loi du 13 février 2020;

Vu l'arrêté royal du 23 novembre 2021 fixant les procédures, délais et conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût des prestations pharmaceutiques visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup> a), 19<sup>o</sup>, 20<sup>o</sup> et 20bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Considérant l'avis de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, en application de l'article 2, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n<sup>o</sup> 20 du 13 mai 2020 portant des mesures temporaires dans la lutte contre la pandémie COVID-19 et visant à assurer la continuité des soins en matière d'assurance obligatoire soins de santé, formulé le 8 février 2024;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 19 avril 2024 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au budget, donné le 8 mai 2024 ;

Vu la demande d'avis au Conseil d'État dans un délai de 30 jours, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;