

voorschrift moet de noodzaak van verstrekkingen gedurende minimum 60 minuten vermelden. Een kopie van dat voorschrift moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en vermeld worden in het dossier van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450, 562472 en 562505 moeten op zijn minst bestaan uit twee verschillende individuele kinesiotherapieperiodes op dezelfde dag. De persoonlijke inbreng van de kinesiotherapeut moet per dag minimum 60 minuten duren. Die periodes moeten worden verdeeld over de dag afhankelijk van de therapeutische behoeften van de rechthebbende.

De verstrekkingen 562413, 562435, 562450, 562472 en 562505 en de verstrekkingen 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd."

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, 18 april 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

nécessité d'effectuer des prestations d'une durée de minimum 60 minutes. Une copie de cette prescription doit être maintenue à la disposition du médecin-conseil et mentionnée dans le dossier du bénéficiaire.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 doivent comporter par journée de traitement au minimum deux périodes distinctes de kinésithérapie. La durée totale de l'apport personnel du kinésithérapeute pendant la journée atteint une durée de minimum 60 minutes. Ces périodes doivent être réparties durant la journée en fonction des besoins thérapeutiques du bénéficiaire.

Les prestations 562413, 562435, 562450, 562472 et 562505 ne peuvent être cumulées, la même journée, avec les prestations 560696, 560814, 560932, 561050, 561175, 561282, 561396 »

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 18 avril 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/31929]

20 APRIL 2022. — 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, 27 december 2007 en 22 juni 2016 en § 2, 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 kinesiotherapie, gedaan op 8 oktober 2021;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 8 oktober 2021 ;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie kinesiotherapeuten – verzekeringsinstellingen genomen op 26 oktober 2021;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, genomen op 20 december 2021;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 5 januari 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 25 januari 2022;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/31929]

20 AVRIL 2022. — 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^{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, 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, fait le 8 octobre 2021 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 8 octobre 2021 ;

Vu la décision de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs, prise le 26 octobre 2021 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, prise le 20 décembre 2021;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 5 janvier 2022;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 25 janvier 2022;

Gelet op het advies 70.933/2 van 21 februari 2022 van de Raad van State, gegeven op 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, 3 september 2015, 17 oktober 2016 en 19 september 2017, 3 februari 2019, 3 maart 2021, 9 mei 2021, 20 mei 2021 en 19 december 2021 wordt de volgende wijziging aangebracht :

In § 11 worden het vierde, vijfde, zesde, zevende, achtste en negende lid vervangen als volgt :

“De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor patiënten die lijden aan een hersenverlamming of een functioneel beeld van hersenverlamming. De bevestiging van deze diagnose moet worden geleverd aan de hand van het medisch verslag opgesteld door een behandelend arts-specialist en met vermelding van de GMFCS-code** (Gross Motor Function Classification System). Dat verslag moet verzonden worden aan de adviserend arts en moet worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel.

Deze verstrekkingen mogen slechts eenmaal per dag worden geattesteerd en mogen niet op dezelfde dag worden gecumuleerd met andere verstrekkingen van artikel 7, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de verstrekkingen “schriftelijk verslag” (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 en 561411) waarmee wel mag worden gecumuleerd.”

De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen tot 31 december van het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, eenmaal per dag worden geattesteerd.

Vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden geattesteerd:

maximaal 200 keer per kalenderjaar bij patiënten die een GMFCS-score 4 of 5 hebben ;

maximaal 150 keer per bij patiënten die een GMFCS-score 2 of 3 hebben ;

maximaal 100 keer per kalenderjaar bij patiënten die een GMFCS-score 1 hebben.

Op de 21ste verjaardag van de patiënt stuurt de kinesitherapeut een kennisgeving met vermelding van de GMFCS-score naar de adviserend arts.

Wanneer de GMFCS-score van de patiënt na zijn 21ste verjaardag verandert met een wijziging van het maximaal aantal verstrekkingen dat per kalenderjaar kan worden aangerekend tot gevolg, stuurt de kinesitherapeut een kennisgeving met de gewijzigde GMFCS-score naar de adviserend arts en bewaart hij de gewijzigde GMFCS-score in het dossier van de patiënt. Het aantal verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 dat reeds werd aangerekend in het betreffende kalenderjaar, wordt afgetrokken van het maximaal aantal verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 dat per kalenderjaar mag worden aangerekend volgens de nieuwe GMFCS-score.

Vanaf 1 januari van het kalenderjaar volgend op het kalenderjaar waarin de patiënt zijn 21ste verjaardag bereikt, kunnen 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.

Vu l'avis 70.933/2 du 21 février 2022 du Conseil d'Etat, donné le 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, 03 septembre 2015, 17 octobre 2016 et 19 septembre 2017, 3 février 2019, 3 mars 2021, 9 mai 2021, 20 mai 2021 et 19 décembre 2021 est apportée la modification suivante :

Au § 11, les 4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème}, 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} alinéas sont remplacés par ce qui suit :

« Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 ne peuvent être attestées que pour des patients qui sont atteints d'infirmité motrice cérébrale ou d'un tableau fonctionnel d'infirmité motrice cérébrale. La confirmation de ce diagnostic doit être fournie sur base d'un rapport rédigé par le médecin spécialiste traitant et avec mention du code GMFCS** (Gross Motor Function Classification System). Ce rapport doit être envoyé au médecin conseil et mentionné dans le dossier du bénéficiaire, décrit au § 8 du présent article.

Ces prestations ne peuvent être attestées qu'une fois par jour et ne peuvent pas être cumulées le même jour avec d'autres prestations de l'article 7, § 1^{er}, de la nomenclature des prestations de santé à l'exception des prestations « rapport écrit » (560711, 560836, 560954, 561072, 561190, 564454 et 561411) avec lesquelles le cumul est possible.”

Les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées une fois par jour jusqu'au 31 décembre de l'année civile pendant laquelle le patient atteint son 21^{ème} anniversaire.

A partir du 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année civile durant laquelle le patient atteint son 21^{ème} anniversaire, les prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées :

un maximum de 200 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 4 ou 5 ;

un maximum de 150 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 2 ou 3 ;

un maximum de 100 fois par année civile pour les patients qui ont un score GMFCS 1.

Au 21^{ème} anniversaire du patient, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec la mention du score GMFCS.

Lorsque le score GMFCS du patient après son 21^{ème} anniversaire change avec modification du nombre maximum de prestations attestables pour cette année civile, le kinésithérapeute envoie au médecin-conseil une notification avec le score GMFCS modifié et il conserve le score GMFCS modifié dans le dossier du patient. Le nombre de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui ont déjà été attestées dans l'année civile concernée est défectueux du nombre maximum de prestations 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 qui peuvent être attestées par année civile selon le nouveau score GMFCS.

A partir du 1^{er} janvier de l'année civile qui suit l'année civile durant laquelle le patient atteint son 21^{ème} anniversaire, par année civile, 50 prestations complémentaires 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 et 561304 peuvent être attestées sur 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.

De kennisgeving als bedoeld in de drie voorgaande leden wordt door de kinesitherapeut naar de adviserend arts gestuurd. De tussenkomst van de verzekering voor de verstrekkingen gebaseerd op de GMFCS-score 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;
- de GMFCS-score van de patiënt en/of de noodzaak 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, 20 april 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

La notification visée dans les trois alinéas précédents sera adressée par le kinésithérapeute au médecin-conseil. L'intervention de l'assurance pour les prestations dans le cadre de ce traitement 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 à l'organisme assureur) ;
- les données d'identification du kinésithérapeute (nom, prénom, numéro d'agrément), date du début du traitement ;
- le score GMFCS du patient, et/ou la nécessité de 50 séances 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 coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

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 20 avril 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/31933]

28 MAART 2022. — Verordening tot wijziging 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

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 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, inzonderheid op artikel 6, § 1, 1°;

Gelet op het voorstel van de Technische raad voor kinesitherapie, geformuleerd op 10 december 2021;

Gelet op het advies van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten-verzekeringsinstellingen, gegeven op 22 maart 2022;

Na daarover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 28 maart 2022,

Besluit :

Artikel 1. Artikel 6, § 1, 1°, vijfde lid van de verordening van 28 juli 2003 wordt aangevuld met de volgende zin : "Het formulier tot kennisgeving van het verlenen van zorg waarin is voorzien in artikel 7, § 11, van de nomenclatuur moet conform het model opgenomen in bijlage 5c, zijn."

Art. 2. In de verordening bedoeld in artikel 1 van deze verordening, wordt een bijlage 5c ingevoegd die als bijlage is gevoegd bij deze verordening.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Brussel, 28 maart 2022.

De Leidend Ambtenaar,
J. COENEGRACHTS

De Voorzitter,
A. KIRSCH

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C – 2022/31933]

28 MARS 2022. — Règlement modifiant le 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

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 le 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, notamment l'article 6, § 1^{er}, 1°;

Vu la proposition du Conseil technique de la kinésithérapie, formulée le 10 décembre 2021;

Vu l'avis de la Commission de conventions kinésithérapeutes – organismes assureurs donné le 22 mars 2022 ;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 28 mars 2022,

Arrête :

Article 1^{er}. L'article 6, § 1, 1°, alinéa 5 du règlement du 28 juillet 2003 est complété par la phrase suivante : « Le formulaire de notification de la dispensation de soins prévu à l'article 7, § 11, de la nomenclature doit être conforme au modèle repris à l'annexe 5c. ».

Art. 2. Dans le règlement visé à l'article 1 du présent règlement, il est inséré une annexe 5c qui est jointe en annexe au présent règlement.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il a été publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 28 mars 2022.

Le Fonctionnaire dirigeant,
J. COENEGRACHTS

La Présidente,
A. KIRSCH