

Les prestations 202112-202123 et 202134-202145 peuvent seulement être attestées dans les indications suivantes :

- arthrose du genou ou de l'épaule ;
- douleur postopératoire persistante (PPSP) après chirurgie du genou ou de l'épaule.

Les prestations 202112-202123 et 202134-202145 peuvent seulement être attestées une seule fois par articulation et par année civile.

Les prestations 202112-202123 et 202134-202145 peuvent seulement être attestées, si le dossier médical contient la preuve que les traitements conservateurs suivants ont été essayés pendant au minimum 6 mois sans amélioration clinique : kinésithérapie ou rééducation kinésithérapique, antalgiques, infiltration articulaire avec des stéroïdes.

Dans le registre obligatoire pour le traitement de la douleur requis par le § 4, c), de cet article, le score WOMAC (Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index) est enregistré pour la prestation 202112-202123 et le score OSS (Oxford Shoulder Score) est enregistré pour la prestation 202134-202145.

L'imagerie médicale utilisée lors de l'intervention est comprise dans l'honoraire des prestations 202112-202123 et 202134-202145.

Un intervalle de 12 mois doit s'écouler entre l'attestation des prestations 202112-202123 ou 202134-202145 et l'attestation de la prestation 202694-202705, si celles-ci sont utilisées pour la même indication au niveau de la même articulation.

Les prestations 202112-202123 et 202134-202145 ne sont pas cumulables avec une consultation. ».

**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 4 septembre 2023.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

De verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145 kunnen alleen worden aangerekend voor de volgende indicaties:

- osteoarthritis van de knie of de schouder;
- persistente postoperatieve pijn (PPSP) na knie- of schouderoperatie.

De verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145 kunnen slechts één keer per behandeld gewricht per kalenderjaar aangerekend worden.

De verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145 mogen enkel aangerekend worden, als het medisch dossier de bewijzen bevat dat de volgende conservatieve behandelingen geprobeerd zijn gedurende minstens 6 maanden zonder klinische beterschap: kinesitherapie of fysiotherapeutische revalidatie, pijnstillers, gewrichtsinfiltratie met steroïden.

In het verplichte register voor chronische pijnbehandeling, zoals vereist door § 4, c), van dit artikel, worden de WOMAC-score (Western Ontario and MacMaster Universities Osteoarthritis Index) voor de verstrekking 202112-202123 en de OSS-score (Oxford Shoulder Score) voor de verstrekking 202134-202145 geregistreerd.

De tijdens de procedure gebruikte medische beeldvorming is inbegrepen in het honorarium van de verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145.

Tussen de aanrekening van de verstrekkingen 202112-202123 of 202134-202145 en de aanrekening van de verstrekking 202694-202705 dient een attesteringsinterval te bestaan van 12 maanden, indien deze voor dezelfde indicatie en hetzelfde gewricht aangewend worden.

De verstrekkingen 202112-202123 en 202134-202145 zijn niet cumuleerbaar met een raadpleging.".

**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 Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 4 september 2023.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2023/46149]

11 OCTOBRE 2023. — Arrêté royal modifiant l'article 8 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, l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, modifié 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 de la Commission de conventions praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, donnée le 14 juin 2023 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 14 juin 2023 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 21 juin 2023 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 26 juin 2023 ;

Vu l'avis de l'inspecteur des finances, donné le 27 juillet 2023 ;

Vu l'accord du Secrétaire d'État au Budget, donné le 28 août 2023 ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2023/46149]

11 OKTOBER 2023. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 8 van de bijlage van 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, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1<sup>o</sup>, gewijzigd 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 Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, gegeven op 14 juni 2023;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 14 juni 2023;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 21 juni 2023;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 26 juni 2023;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 27 juli 2023;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 28 augustus 2023;

Vu l'avis n°65/2023 du 24 mars 2023 de l'Autorité de protection des données, communiqué le 3 octobre 2023 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'État, 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 ;

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 3 octobre 2023 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 74.591/2 ;

Vu la décision de la section de législation du 3 octobre 2023 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 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 8 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 modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 octobre 2022, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> Au § 2, deuxième alinéa, le troisième tiret est remplacé comme suit :

" - les prestations de soins infirmiers effectuées dans le cadre d'un des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>bis et sous les rubriques IV et V du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup> à l'exception des soins d'hygiène et des soins de plaie(s) ;"

2<sup>o</sup> Au § 4, 2<sup>o</sup>, les modifications suivantes sont apportées :

a) le quatrième alinéa est remplacé comme suit :

"Lorsque les soins infirmiers dispensés au bénéficiaire comportent des soins de plaie(s), décrits au § 8, 1<sup>o</sup> de cet article, ou lorsque les soins de plaie(s) sont dispensés dans le cadre des honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants, décrits à la rubrique II du § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup>bis de cet article, le contenu minimal du dossier infirmier comporte alors, en plus des éléments des deux premiers alinéas de cette disposition, également le dossier infirmier soins de plaie(s) visé au § 8, 6<sup>o</sup>, chaque fois que la nomenclature l'exige."

b) dans le sixième alinéa, les mots «ou des soins de plaie(s) spécifiques, décrits au § 8, 1<sup>o</sup> de cet article, » sont supprimés ;

c) le douzième alinéa est remplacé comme suit :

"Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés."

3<sup>o</sup> Au § 5, 3<sup>o</sup>, c, dans le tableau contenant les prestations et les pseudo-codes qui leur sont attribués, la quinzième et seizième ligne sont remplacées par deux lignes libellées comme suit :

429354, 429472, 429575 ou 429671	429870		
429376, 429590 ou 429693	429892		

4<sup>o</sup> Le § 8 est remplacé comme suit :

"§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 429354, 424336, 424351, 429295, 429310, 429332, 424395, 429376, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 429472, 424491, 424513, 429413, 429435, 429450, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 429575, 424631, 424653, 429516, 429531, 429553, 424690, 429590, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 429671, 427932, 427954, 429612, 429634, 429656, 427991, 429693, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 429774, 424793, 424815, 429715, 429730, 429752, 424852 et 429796) :"

1<sup>o</sup> Pour l'application du présent article, il y a lieu d'entendre par :

- "soins de plaie(s) simples" : tous les soins de plaie(s) qui ne tombent pas sous la notion soins de plaie(s) complexes. Ce sont des plaies dont le processus normal de cicatrisation prend 14 jours maximum, notamment l'application de pansements sur un soin de plaie simple et l'ablation de fils ou d'agrafes ;

Gelet op het advies nr. 65/2023 van 24 maart 2023 van de Gegevensbeschermingsautoriteit, meegedeeld op 3 oktober 2023;

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;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 3 oktober 2023 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 74.591/2;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 3 oktober 2023 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;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 8 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 oktober 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> In § 2, tweede lid, wordt het derde gedachtestreepje vervangen als volgt:

"- de verstrekkingen inzake verpleegkundige verzorging die worden verricht in het raam van een van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup>bis en in rubrieken IV en V van § 1, 1<sup>o</sup> en 2<sup>o</sup> met uitzondering van de hygiënische verzorging en de wondzorg;"

2<sup>o</sup> In § 4, 2<sup>o</sup> worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) het vierde lid wordt vervangen als volgt :

"Indien de aan de rechthebbende verleende verpleegkundige verzorging wondzorg, omschreven in § 8, 1<sup>o</sup> van dit artikel, omvat, of indien de verzorging wordt verleend in de context van de forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten, omschreven in rubriek II van § 1, 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup> en 3<sup>o</sup>bis van dit artikel, dan omvat de minimale inhoud van het verpleegdossier, naast de elementen in de eerste twee leden van deze bepaling ook het verpleegdossier inzake wondzorg bedoeld in § 8, 6<sup>o</sup>, voor zover de nomenclatuur zulks vereist."

b) in het zesde lid worden de woorden "of specifieke wondzorg, omschreven in § 8, 1<sup>o</sup> van dit artikel," geschrapt ;

c) het twaalfde lid wordt vervangen als volgt :

"Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende beoefenaars van de verpleegkunde samen wordt bijgehouden, is elke beoefenaar van de verpleegkunde verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging."

3<sup>o</sup> In § 5, 3<sup>o</sup>, c, worden in de tabel met de verstrekkingen en de verbonden pseudocodes de vijftiende lijn en zestiende lijn vervangen door twee lijnen die luiden als volgt :

429354, 429472, 429575 of 429671	429870		
429376, 429590 of 429693	429892		

4<sup>o</sup> § 8 wordt vervangen als volgt :

"§ 8. Nadere bepalingen inzake wondzorg (verstrekkingen 424255, 424270, 424292, 424314, 424933, 429354, 424336, 424351, 429295, 429310, 429332, 424395, 429376, 424410, 424432, 424454, 424476, 424955, 429472, 424491, 424513, 429413, 429435, 429450, 424550, 424572, 424594, 424616, 424970, 429575, 424631, 424653, 429516, 429531, 429553, 424690, 429590, 427836, 427851, 427873, 427895, 427910, 429671, 427932, 427954, 429612, 429634, 429656, 427991, 429693, 424712, 424734, 424756, 424771, 424992, 429774, 424793, 424815, 429715, 429730, 429752, 424852 en 429796) :"

1<sup>o</sup> Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder :

- "eenvoudige wondzorg" : alle wondzorg die niet onder het begrip "complexe wondzorg" valt. Het gaat om wonden waarvan het normale wondhelingsproces maximaal 14 dagen duurt, waaronder het aanbrengen van een verband op een eenvoudige wonde en het verwijderen van draadjes of nietjes ;

- "soins de plaie(s) complexes" : tous les soins de plaies aiguës et chroniques qui ne font pas partie des soins de plaie(s) simples, ou des soins de plaies qui ont évolué de soins de plaie(s) simples en soins de plaie(s) complexes, avec des justifications dans le dossier infirmier. Les soins de plaie(s) avec méchage ou drain et les soins à des stomies non cicatrisées en font partie, les soins de plaie(s) complexes ne se limitant pas à cette liste.

- "l'infirmier référent" : le praticien de l'art infirmier qui soigne habituellement le patient ou le praticien de l'art infirmier qu'il désigne pour le remplacer ;

- "l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s)" : un praticien de l'art infirmier qui répond aux conditions de formation fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, et qui a été agréée en cette qualité par l'INAMI ;

Les soins de plaie(s) qui peuvent être effectués par le bénéficiaire lui-même ou par les aidants informels, ou qui peuvent être appris au bénéficiaire ou aux aidants informels, ne peuvent pas être attestés.

2° Les prestations 424255, 424410, 424550, 427836, 424712 couvrent la consultation du praticien de l'art infirmier et l'évaluation de l'état du pansement ainsi que la surveillance des paramètres pertinents tels que la douleur et les problèmes complémentaires par le praticien de l'art infirmier. Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.

Elles peuvent être attestées dans le chef d'un même bénéficiaire au maximum dix fois dans la période d'un soin de plaie(s) simple, et vingt fois par mois civil dans le cadre d'un soin de plaie(s) complexe.

Le remplacement de pansements fait partie des prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 ou 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752.

3° Pour autant que les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 424734 comportent l'application de pommades ou d'un produit médicamenteux, elles peuvent uniquement être attestées pour les soins des affections cutanées suivantes :

- zona ;
- eczéma ;
- psoriasis ;
- verrues ;
- dermatomycoses ;
- autres lésions cutanées justifiant, selon le médecin prescripteur, des soins de plaie(s) simple minutieux.

Elles ne peuvent pas être attestées pour l'application d'une crème hydratante pour la prévention d'escarres.

4° Les prestations 424292, 424454, 424594, 427873, 424756 peuvent uniquement être attestées dans la période de trente jours qui prend cours le jour de l'intervention chirurgicale prévue à l'article 14, h), de la présente annexe (prestations qui relèvent de la spécialité ophtalmologie) a été dispensée.

5° Les prestations 429354, 429472, 429575, 429671 et 429774 peuvent être attestées dans le cadre de soins à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies . Ces soins peuvent être cumulés dans la même journée avec les autres prestations techniques de soins infirmiers visés à la rubrique I, A et B, du § 1<sup>er</sup>, 1°, 2°, 3°, 3° bis et 4°.

6° Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent uniquement être attestées à condition qu'un dossier infirmier soins de plaie(s) soit établi et tenu à jour. Ce dossier fait partie intégrante du dossier infirmier visé au § 4, 2°. Il doit répondre, au niveau de son contenu, aux conditions fixées par le Comité de l'assurance, conformément à l'article 22, 11° de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

7° Une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans le soin de plaie(s) doit être effectuée en début de traitement. Cette communication peut se faire de manière électronique, doit être envoyée dans les 5 jours suivant la première séance de soins et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone). La photo qui est ajoutée au dossier infirmier au début du soin de plaie(s) est également mise à disposition du ou des médecins impliqués dans le soin de la plaie.

La première séance de soins de la plaie concernée visée dans ce point 7° peut comporter toute prestation de soins de plaie(s) simples ou complexes, y compris la prestation de "Surveillance de plaie sans changement de pansement".

- "complexe wondzorg" : alle wondzorg van acute en chronische wonden die niet tot de eenvoudige wondzorg behoort, of wondzorg die geëvolueerd is van eenvoudige naar complexe wondzorg, met verantwoording in het verpleegdossier. Hiertoe behoren de wondzorg met wiek of drain en de verzorging van niet-geheelde stomata, maar de complexe wondzorg blijft niet tot deze lijst beperkt ;

- "vaste verpleegkundige" : de beoefenaar van de verpleegkunde die de patiënt doorgaans verzorgt of de door hem aangeduide beoefenaar van de verpleegkunde die hem vervangt ;

- "referentieverpleegkundige inzake wondzorg" : een beoefenaar van de verpleegkunde die beantwoordt aan de opleidingsvoorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen en die als dusdanig erkend is door het RIZIV.

Wondzorg die door de rechthebbende zelf of door de mantelzorg kan worden uitgevoerd, of die aan de rechthebbende of aan de mantelzorg kan worden aangeleerd, mag niet worden aangerekend.

2° De verstrekkingen 424255, 424410, 424550, 427836 en 424712 dekken de observatie, raadpleging, evaluatie en controle van de staat van het verband alsook het opvolgen van relevante parameters zoals pijn en bijkomende problemen door de beoefenaar van de verpleegkunde. Deze verstrekkingen kunnen op dezelfde dag gecumuleerd worden met andere technische verstrekkingen uit rubrieken I, A en B van art. 8, § 1, 1°, 2°, 3°, 3bis en 4°.

Zij mogen in hoofde van een zelfde rechthebbende patiënt maximaal tien maal worden aangerekend in de periode van eenvoudige wondzorg en twintig maal per kalendermaand in het kader van complexe wondzorg.

Het vervangen van verbanden maakt onderdeel uit van de verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 of 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752.

3° Voor zover de verstrekkingen 424270, 424432, 424572, 427851 en 424734 het aanbrengen van zalf of van een geneeskrachtig product omvatten, mogen zij slechts geattesteerd worden bij verzorging van de volgende huidaanandoeningen:

- zona ;
- eczema ;
- psoriasis ;
- wratten ;
- dermatomycoses ;
- andere huidletsels die volgens de voorschrijvend arts een uitvoerige eenvoudige wondzorg rechtvaardigen.

Zij mogen niet worden geattesteerd voor het aanbrengen van een hydraterende zalf om doorligwonden te voorkomen.

4° De verstrekkingen 424292, 424454, 424594, 427873, 424756 mogen slechts worden aangerekend in de periode van dertig dagen die een aanvang neemt op de dag dat een heelkundige ingreep uit artikel 14, h), van deze bijlage (verstrekkingen die tot het specialisme oftalmologie behoren) werd verricht.

5° De verstrekkingen 429354, 429472, 429575, 429671 en 429774 kunnen worden aangerekend in het kader van de verzorging van een geheelde stoma, zonder dat wondzorg noodzakelijk is . Deze zorg kan op dezelfde dag gecumuleerd worden met andere technische verstrekkingen uit rubrieken I, A en B van art. 8, § 1, 1°, 2°, 3°, 3bis en 4°.

6° De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 mogen enkel aangerekend worden indien een verpleegdossier inzake wondzorg wordt opgemaakt en bijgehouden. Dit dossier maakt integrerend deel uit van het verpleegkundig dossier bedoeld in § 4, 2°. Het dient inhoudelijk te beantwoorden aan de voorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

7° Bij het begin van de behandeling moet een mededeling aan de arts(en) betrokken bij de wondzorg worden gedaan. Deze mededeling kan elektronisch gebeuren, moet binnen de 5 dagen volgend op de eerste verzorgingszitting worden verstuurd en moet verifieerbaar zijn in geval van controle (geen mondelinge of telefonische kennisgeving). De foto die bij aanvang van de wondzorg aan het verpleegdossier wordt toegevoegd, wordt ook ter beschikking gesteld van de arts(en) betrokken bij de wondzorg.

De in dit punt 7° bedoelde eerste verzorgingszitting van de betrokken wonde kan elke verstrekking van eenvoudige of complexe wondzorg betreffen, met inbegrip van de verstrekking "toezicht op het verband zonder verbandwissel".



Les prestations de soins de plaie(s) simple 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 peuvent être attestées pendant une période maximale de 14 jours consécutifs suivant la première séance de soins de la plaie concernée.

Une prolongation unique de 7 jours est possible et requiert une communication au(x) médecin(s) impliqué(s) dans les soins des plaies, par laquelle une nouvelle photo de la plaie est mise à disposition. Cette communication peut se faire de manière électronique et doit être vérifiable en cas de contrôle (pas de notification orale ou par téléphone).

Après 21 jours, le soin de plaie simple devient un soin de plaie complexe et une nouvelle photographie est ajoutée au dossier.

Toutes les photos ajoutées au dossier infirmier doivent répondre aux conditions fixées 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.

8° Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 peuvent uniquement être attestées par un infirmier relais en matière de soins de plaie(s). Ces prestations peuvent être attestées une fois par journée de soins, au maximum vingt fois par bénéficiaire par année civile et au maximum dix fois par soin de plaie(s) par année civile.

L'infirmier relais qui donne l'avis ne peut pas être l'infirmier référent du patient. Si l'infirmier référent est également un infirmier relais en matière de soins de plaie(s), l'avis doit être donné et attesté par un autre infirmier relais.

“Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 couvrent toutes les composantes de la prestation de base telles qu'énumérées au § 4, 1° et ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation de base, sauf si, au cours de cette séance, une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers, visées à la section I, B du § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis et 4° (à l'exception des prestations 424395, 424690, 427991 et 424852), ou une ou plusieurs prestations spécifiques de soins infirmiers visées à la section III du § 1, 1°, 2°, 3° et 3°bis sont également facturées.”

Ces prestations couvrent la visite, la surveillance, le changement de pansement et l'avis d'un infirmier relais en matière de soins de plaie(s) à la demande de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans le soins de plaie(s) ou du patient. La présence du praticien de l'art infirmier demandant est recommandée. L'infirmier relais en matière de soins de plaie(s) fait un rapport écrit concernant l'évolution de la plaie au médecin qui supervise les soins de plaie(s). Une copie de ce rapport doit être conservée dans le dossier infirmier de l'infirmier relais et dans le dossier infirmier soins de plaie(s) du praticien de l'art infirmier demandant.

Au plus tard 6 semaines après le premier soin de plaie(s) (simple ou complexe), un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.

Au maximum après chaque période de six semaines de traitement de la plaie, en cas de détérioration ou de statu quo de l'état de la plaie (ne correspondant pas à l'objectif de soins) par rapport à l'avis précédent, un avis du médecin qui supervise les soins de plaie(s) doit être demandé ou la prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée à la requête de l'infirmier référent, d'un médecin impliqué dans les soins de plaie(s) ou du patient.

Les prestations 424395, 424690, 427991 et 424852 ne peuvent pas être attestées au cabinet du praticien de l'art infirmier situé au sein d'un hôpital ou d'une polyclinique en-dehors d'un site hospitalier chez un (des) médecin(s) spécialiste(s).

9° Les prestations 429376, 429590, 429693 et 429796 peuvent être attestées par le praticien de l'art infirmier qui atteste les soins de plaie(s) durant la séance où une prestation 424395, 424690, 427991 ou 424852 est dispensée par l'infirmier relais en matière de soins de plaie(s).

10° Les prestations 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 et 424992 ne peuvent être cumulées au cours d'une même séance avec aucune autre prestation de cet article, à l'exception d'une prestation de base.

Les prestations 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne peuvent pas être cumulées au cours d'une même séance avec une prestation 424395, 424690, 427991, 424852.

11° Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612 et 429715 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 30 et 59 minutes.

De verstrekkingen eenvoudige wondzorg 424336, 424491, 424631, 427932, 424793 kunnen gedurende een periode van maximaal 14 opeenvolgende dagen na de eerste verzorgingszitting van de betrokken wonde worden aangerekend.

Een eenmalige verlenging van 7 dagen is mogelijk en vereist een mededeling aan de arts(en) die bij de wondzorg betrokken is (zijn), waarbij een nieuwe foto van de wonde ter beschikking wordt gesteld. Deze mededeling kan elektronisch gebeuren en moet verifieerbaar zijn in geval van controle (geen mondelinge of telefonische kennisgeving).

Na 21 dagen wordt de eenvoudige wondzorg een complexe wondzorg en wordt een nieuwe foto aan het dossier toegevoegd.

Alle aan het verpleegdossier toegevoegde foto's dienen te beantwoorden aan de voorwaarden die zijn opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

8° De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 kunnen enkel geattesteerd worden door een referentieverpleegkundige inzake wondzorg. Deze verstrekkingen kunnen éénmaal per verzorgingsdag aangerekend worden, maximaal twintig maal per patiënt per kalenderjaar en maximaal tien maal per kalenderjaar per wondzorg.”

De referentieverpleegkundige die het advies geeft, mag niet de vaste verpleegkundige van de patiënt zijn. Indien de vaste verpleegkundige ook een referentieverpleegkundige wondzorg is, moet het advies worden gegeven en aangerekend door een andere referentieverpleegkundige.

“De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 dekken alle componenten van de basisverstrekking zoals opgesomd in § 4, 1° en mogen tijdens eenzelfde zitting niet gecumuleerd worden met een basisverstrekking, tenzij tijdens deze zitting eveneens hetzij één of meer technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3°, 3°bis en 4° (met uitzondering van de verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852), hetzij één of meer specifieke verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2°, 3° en 3°bis worden aangerekend.”

Deze verstrekkingen dekken het bezoek, het toezicht, de verbandwissel en het advies verleend door een referentieverpleegkundige inzake wondzorg, op vraag van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt. Aanwezigheid van de aanvragende beoefenaar van de verpleegkunde wordt aangeraden. De referentieverpleegkundige inzake wondzorg brengt aan de arts die de wondzorg superviseert schriftelijk verslag uit over de evolutie van de wonde. Een kopie van dit verslag dient bewaard te worden in het verpleegdossier van de referentieverpleegkundige en in het verpleegdossier inzake wondzorg van de aanvragende beoefenaar van de verpleegkunde.

Uiterlijk 6 weken na het verlenen van de eerste verstrekking wondzorg (eenvoudige of complexe) dient een advies van de arts die de wondzorg superviseert te worden gevraagd of dient de verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 te worden verricht op verzoek van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt.

Ten laatste na elke periode van zes weken behandeling van de wonde, indien een status-quo (die niet voldoet aan de doelstelling van de zorgen) of een verslechtering van de wonde wordt vastgesteld t.o.v. het vorige advies, dient een advies van de arts die de wondzorg superviseert te worden gevraagd of dient de verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 te worden verricht op verzoek van de vaste verpleegkundige, een arts betrokken bij de wondzorg of de patiënt.

De verstrekkingen 424395, 424690, 427991 en 424852 mogen niet worden aangerekend in de praktijkkamer van de beoefenaar van de verpleegkunde in een ziekenhuis of polikliniek buiten een ziekenhuis-campus bij artsen-specialist(en).

9° De verstrekkingen 429376, 429590, 429693 en 429796 mogen door de vaste verpleegkundige van de patiënt worden aangerekend tijdens de zitting waarbij een verstrekking 424395, 424690, 427991 of 424852 werd uitgevoerd door de referentieverpleegkundige inzake wondzorg.

10° De verstrekkingen 424270, 424432, 424572, 427851, 424734, 424292, 424454, 424594, 427873, 424756, 424314, 424476, 424616, 427895, 424771, 424933, 424955, 424970, 427910 en 424992 mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met enige andere verstrekking van dit artikel, behoudens een basisverstrekking.

De verstrekkingen 424336, 424491, 424631, 427932, 424793, 424351, 424513, 424653, 427954, 424815, 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 mogen tijdens een zelfde zitting niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 424395, 424690, 427991, 424852.

11° De bijkomende verstrekkingen 429295, 429413, 429516, 429612 en 429715 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag tussen 30 en 59 minuten duurt.

Les prestations complémentaires 429310, 429435, 429531, 429634 et 429730 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure entre 60 et 89 minutes.

Les prestations complémentaires 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 peuvent être attestées au maximum une fois par journée de soins en complément à une prestation de soins de plaie(s) complexe, si l'ensemble des soins de plaie(s) complexes pendant la journée de soins dure plus de 89 minutes.

Les prestations complémentaires 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 ne sont pas cumulables entre elles pendant une même journée de soins.

12° Un formulaire électronique notifiant les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 et 429752 est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être communiqué via le réseau électronique visé au § 7, 2°, du présent article, au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement.

Le modèle de ce formulaire électronique est fixé 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.

Ce formulaire électronique comporte la date de début de la période au cours de laquelle seront portés en compte les prestations complémentaires de soins de plaie(s) complexes de plus de 30 minutes. Il comporte également la durée prévue des soins et la justification du traitement de la (des) plaie(s) : localisation de la plaie, type de plaie, fréquence du traitement par journée de soins.

La période de traitement couverte par le formulaire ne peut dépasser une durée de 3 mois.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations complémentaires effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire électronique, l'accusé d'envoi faisant foi. Si le délai de 10 jours calendrier n'est pas respecté, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre en charge, au plus tôt à partir du premier jour, les soins dispensés. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable pour l'introduction tardive de la notification.

Sauf opposition du médecin-conseil, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées. L'opposition du médecin-conseil est portée à la connaissance du bénéficiaire par courrier et à celle du praticien de l'art infirmier par voie électronique.

Si l'opposition du médecin-conseil est notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.

Si l'opposition du médecin-conseil n'est pas notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.

Dans les 10 jours calendrier suivant la notification de l'opposition par le médecin-conseil, le praticien de l'art infirmier peut fournir (par voie électronique) des informations ou des documents supplémentaires au médecin-conseil afin de revoir la décision.

Dans les 10 jours calendrier suivant la réception de ces informations ou documents supplémentaires, le médecin-conseil informera le praticien de l'art infirmier (par voie électronique) de sa décision de maintenir ou non l'opposition. Si le médecin-conseil ne notifie pas sa décision dans les 10 jours calendrier suivant la réception des informations ou documents complémentaires, cela implique le retrait de son opposition.

Si l'opposition du médecin-conseil, notifiée dans les 10 jours calendrier suivant la notification du traitement par praticien de l'art infirmier, est maintenue, cette opposition implique le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du premier jour de traitement couvert par la notification et y compris celui-ci.

Si l'opposition du médecin-conseil est maintenue et n'a pas été notifiée dans les dix jours calendrier suivant la notification du traitement par le praticien de l'art infirmier, cette opposition entraîne le refus de l'intervention de l'assurance pour toutes les prestations complémentaires effectuées à partir du troisième jour ouvrable suivant la date de notification de l'opposition.

De bijkomende verstrekkingen 429310, 429435, 429531, 429634 en 429730 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag tussen 60 en 89 minuten duurt.

De bijkomende verstrekkingen 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 kunnen maximum eenmaal per verzorgingsdag worden aangerekend bovenop de verstrekking complexe wondzorg, indien het geheel van complexe wondzorg tijdens de verzorgingsdag langer dan 89 minuten duurt.

De bijkomende verstrekkingen 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 kunnen onderling niet worden gecumuleerd tijdens eenzelfde verzorgingsdag.

12° Een elektronisch formulier ter melding van de bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg 429295, 429413, 429516, 429612, 429715, 429310, 429435, 429531, 429634, 429730, 429332, 429450, 429553, 429656 en 429752 wordt door de beoefenaar van de verpleegkunde ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling via een elektronisch netwerk, bedoeld in § 7, 2° van het huidige artikel, aan de adviserend arts worden bezorgd.

Het model van dit elektronisch formulier wordt door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging opgesteld overeenkomstig artikel 22, 11° van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

Dit elektronisch formulier bevat de startdatum van de periode waarin de bijkomende verstrekkingen complexe wondzorg van meer dan 30 minuten zullen worden aangerekend. Het bevat ook de verwachte duur van de zorg en de rechtvaardiging voor de behandeling van de wond(en): localisatie van de wonde, type wonde, frequentie van de behandeling per verzorgingsdag.

De behandelperiode gedekt door het formulier mag de duur van drie maanden niet overschrijden.

Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor de bijkomende verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het elektronisch formulier. Het verzendbewijs geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend arts niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivering voor het laattijdig aanvragen of kennisgeven heeft overgemaakt.

Behoudens verzet van de adviserend arts is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor de verrichte verstrekkingen. Verzet van de adviserend arts wordt per brief ter kennis gebracht aan de rechthebbende en elektronisch ter kennis gebracht aan de verpleegkundige.

Indien het verzet van de adviserend arts ter kennis wordt gebracht binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige, impliceert dit verzet weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling waarop de kennisgeving slaat.

Indien het verzet van de adviserend arts niet binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige ter kennis wordt gebracht, impliceert dit verzet weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf de derde werkdag volgend op de datum van de kennisgeving van dit verzet.

Binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van het verzet van de adviserend arts, kan de verpleegkundige (elektronisch) bijkomende informatie of documentatie bezorgen aan de adviserend arts met het oog op een eventuele herziening van zijn beslissing.

Binnen de 10 kalenderdagen na ontvangst van deze bijkomende informatie of documentatie, brengt de adviserend arts zijn beslissing betreffende het al dan niet handhaven van zijn verzet (elektronisch) ter kennis van de verpleegkundige. Indien de adviserend arts binnen de 10 kalenderdagen na ontvangst van de bijkomende informatie of documentatie geen kennis geeft van zijn beslissing, impliceert dit het intrekken van zijn verzet.

Handhaving van het verzet van de adviserend arts dat ter kennis werd gebracht binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige, impliceert de weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling waarop de kennisgeving slaat.

Handhaving van het verzet van de adviserend arts dat niet binnen de 10 kalenderdagen na de kennisgeving van de behandeling door de verpleegkundige ter kennis werd gebracht, impliceert de weigering van de verzekeringstegemoetkoming voor alle bijkomende verstrekkingen verricht vanaf de derde werkdag volgend op de datum van de kennisgeving van dit verzet.

Le retrait de l'opposition du médecin-conseil implique l'acceptation de l'intervention pour toutes les prestations effectuées

- à partir du premier jour de traitement inclus, si le délai de 10 jours calendrier pour la notification au médecin-conseil a été respecté ou si le médecin-conseil a accepté la justification écrite pour la demande ou la notification tardive.

- à partir du lendemain du jour de l'envoi de la notification au médecin conseil si le délai de 10 jours calendrier n'a pas été respecté.

5° Au § 9, dernier alinéa, les mots “, 427954, 424373, 424535, 424675 et 427976” sont remplacés par les mots “et 427954” ;

**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 11 octobre 2023.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

Intrekking van het verzet van de adviserend arts impliceert de aanvaarding van de verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht

- vanaf en met inbegrip van de eerste dag van de behandeling indien de termijn van 10 kalenderdagen voor de kennisgeving aan de adviserend arts in acht is genomen of indien de adviserend arts de schriftelijke motivering voor het laattijdig aanvragen of kennisgeven heeft aanvaard.

- vanaf de dag na de verzending van de kennisgeving aan de adviserend arts indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen.

5° In § 9, laatste lid worden de woorden “, 427954, 424373, 424535, 424675 en 427976” vervangen door de woorden “en 427954” ;

**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, 11 oktober 2023.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[2023/205524]

12 OCTOBRE 2023. — Arrêté royal portant  
nomination des membres du Conseil consultatif fédéral des Aînés

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

Vu la loi du 8 mars 2007 créant un Conseil consultatif fédéral des Aînés, l'article 4, modifié par la loi du 16 avril 2023;

Vu la loi du 20 juillet 1990 visant à promouvoir la présence équilibrée d'hommes et de femmes dans les organes possédant une compétence d'avis;

Vu l'arrêté royal du 4 juin 2012 réglant la composition et le fonctionnement du Conseil consultatif fédéral des Aînés, l'article 2, modifié par l'arrêté royal du 15 avril 2023;

Vu les appels à candidature publiés dans le *Moniteur belge* du 25 mai 2023, 30 juin 2023 et 18 août 2023;

Vu l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses concernant la simplification administrative, le présent arrêté est dispensé d'analyse d'impact de la réglementation, s'agissant d'une décision formelle.

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Ministre des Pensions et de l'avis des ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Sont nommés pour un mandat de quatre ans en leur qualité d'organisations ayant une expertise en matière de politique des aînés actives au niveau fédéral :

- Fédération Générale du Travail de Belgique fédérale (FGTB fédérale), dont le siège est établi à Bruxelles;
- Centrale Générale des Syndicats Libéraux de Belgique (CGSLB), dont le siège est établi à Gand;
- Mutualité chrétienne (MC), dont le siège est établi à Schaerbeek;
- Fediplus, dont le siège est établi à Etterbeek.

**Art. 2.** Sont nommés pour un mandat de quatre ans en leur qualité d'organisations ayant une expertise en matière de politique des aînés actives dans la région de langue néerlandaise :

- Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV), dont le siège est établi à Schaerbeek;
- CD&V Senioren, dont le siège est établi à Bruxelles;
- Cultuurvuur, dont le siège est établi à Bruxelles;
- GroenPlus, dont le siège est établi à Bruxelles;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[2023/205524]

12 OKTOBER 2023. — Koninklijk besluit houdende  
benoeming van de leden van de Federale Adviesraad voor Ouderen

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

Gelet op de wet van 8 maart 2007 tot oprichting van een Federale Adviesraad voor Ouderen, artikel 4, gewijzigd bij de wet van 16 april 2023;

Gelet op de wet van 20 juli 1990 ter bevordering van de evenwichtige aanwezigheid van mannen en vrouwen in organen met adviserende bevoegdheid;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 juni 2012 tot regeling van de samenstelling en van de werking van de Federale Adviesraad voor Ouderen, artikel 2, gewijzigd bij het besluit van 15 april 2023;

Gelet op de oproepen tot kandidaturen gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 25 mei 2023, 30 juni 2023 en 18 augustus 2023;

Gelet op het artikel 8, § 1, 3<sup>o</sup>, van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging, is dit besluit vrijgesteld van een regelgevingsimpactanalyse omdat het een formele beslissing betreft.

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en de Minister van Pensioenen en op advies van de in Raad vergaderde ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Worden benoemd voor een mandaat van vier jaar in hun hoedanigheid als organisaties met deskundigheid op het vlak van het ouderenbeleid actief op federaal niveau:

- Algemeen Belgisch Vakverbond (federaal ABVV), waarvan de zetel gevestigd is te Brussel;
- Algemene Centrale der Liberale Vakbonden van België (ACLVB), waarvan de zetel gevestigd is te Gent;
- Christelijke Mutualiteit (CM), waarvan de zetel gevestigd is te Schaerbeek;
- Fediplus, waarvan de zetel gevestigd is te Etterbeek.

**Art. 2.** Worden benoemd voor een mandaat van vier jaar in hun hoedanigheid als organisaties met deskundigheid op het vlak van het ouderenbeleid actief binnen het Nederlandse taalgebied:

- Algemeen Christelijk Vakverbond (ACV), waarvan de zetel gevestigd is te Schaerbeek;
- CD&V Senioren, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel;
- Cultuurvuur, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel;
- GroenPlus, waarvan de zetel gevestigd is te Brussel;