

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2023/47935]

17 DECEMBRE 2023. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix

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, notamment l'article 23, § 2, modifié en dernier lieu par la loi du 11 août 2017 ;

Vu l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix ;

Vu l'avis du Collège des médecins-directeurs, institué auprès du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 1 février 2023;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 1 février 2023;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 6 février 2023;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1 août 2023;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 10 octobre 2023;

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

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 27 octobre 2023 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 74.768/2 ;

Vu la décision de la section de législation du 27 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^{er}. Dans l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, l'article 5 est remplacé par ce qui suit :

« Art. 5. Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres I.A, I.A bis, II et VII de l'annexe s'élève à 75 p.c. des honoraires visés à l'article 3 du présent arrêté. En ce qui concerne les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi coordonnée susvisée, le montant de l'intervention de l'assurance s'élève toutefois à 90 p.c. des honoraires précités.

Le montant de l'intervention de l'assurance pour les prestations figurant aux chapitres I.A ter et I.B, de l'annexe s'élève à 100 p.c. des honoraires visés à l'article 3 du présent arrêté. »

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2023/47935]

17 DECEMBER 2023. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen

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, inzonderheid op artikel 23, § 2, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 11 augustus 2017;

Gelet op het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen;

Gelet op het advies van het College van Artsen-directeurs, ingesteld bij de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, gegeven op 1 februari 2023;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 1 februari 2023;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 6 februari 2023;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 augustus 2023;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 10 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^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 27 oktober 2023 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 74.768/2;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 27 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 het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekingen, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 tot vaststelling van de honoraria en de prijzen van die verstrekingen en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, wordt het artikel 5 vervangen als volgt:

“Art. 5. Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekingen opgenomen in de hoofdstukken I.A, I.A bis, II en VII van de bijlage belooft 75 pct. van de honoraria zoals bedoeld in artikel 3 van onderhavig besluit. Voor de rechthebbenden op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming bedoeld in artikel 37, §§ 1 en 19 van bovenvermelde gecoördineerde wet belooft het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming evenwel 90 pct. van genoemde honoraria.

Het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekingen opgenomen in de hoofdstukken I.A ter en I.B van de bijlage belooft 100 pct. van de honoraria zoals bedoeld in artikel 3 van onderhavig besluit.”

Art. 2. Dans l'annexe à l'arrêté royal du 10 janvier 1991 établissant la nomenclature des prestations de rééducation visée à l'article 23, § 2, alinéa 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, portant fixation des honoraires et prix de ces prestations et portant fixation du montant de l'intervention de l'assurance dans ces honoraires et prix, les dispositions du chapitre I, A., sont annulées et remplacées par les dispositions suivantes :

« A. Prestations de diététique pour les patients souffrant d'une insuffisance rénale chronique (avec contrat trajet de soins)

794010

Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire ayant conclu un contrat trajet de soins insuffisance rénale chronique (c'est-à-dire un contrat de collaboration signé dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 30 minutes R 17.5

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation 794010 peut être accordée pour tout bénéficiaire visé à l'article 3, 2^o de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 ayant conclu un contrat trajet de soins à condition que :

- la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire et qui définit les buts précis des prestations diététiques prescrites; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;

- le diététicien tienne à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;

- le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin généraliste.

2. L'intervention de l'assurance susmentionnée dans les prestations diététiques est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble de la prestation 794010, sauf pour les patients ayant conclu un contrat trajet de soins, souffrant d'une insuffisance rénale chronique, qui se trouvent dans le stade 4 (3 prestations par année calendrier) ou qui se trouvent dans le stade 5 (4 prestations par année calendrier). Le médecin prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les éléments qui démontrent qu'il a été satisfait aux conditions en matière de nombre de prestations remboursables prescrites.

Deux prestations de diététique peuvent avoir lieu le même jour; dans ce cas, la durée minimum s'élève à 60 minutes.

Aucune intervention n'est due :

- pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation;

- si le bénéficiaire jouit déjà de prestations comprenant la diététique dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel.

3. Au moyen d'une attestation de soins, le diététicien déclare que la prestation attestée a été prescrite par un médecin généraliste et satisfait aux conditions qui précèdent concernant le groupe cible de la prestation, la durée de la prestation, la tenue à jour d'un dossier de nutrition et les rapports écrits annuels au médecin prescripteur.

4. En outre, ces prestations diététiques entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé uniquement si elles sont dispensées par un diététicien agréé qui dispose d'un visa du S.P.F. Santé publique et qui est également enregistré en tant que diététicien à l'INAMI. Pour être enregistrés à l'INAMI, les diététiciens doivent s'engager :

1^o sous peine de remboursement, à se conformer aux conditions mentionnées dans ce chapitre pour attester les prestations diététiques ;

2^o et à se conformer aux honoraires prévus pour ces prestations. ».

Art. 2. In de bijlage bij het koninklijk besluit van 10 januari 1991 tot vaststelling van de nomenclatuur van de revalidatieverstrekkings, bedoeld in artikel 23, § 2, tweede lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, tot vaststelling van de honoraria en de prijzen van die verstrekkings en tot vaststelling van het bedrag van de verzekeringstegemoetkoming in die honoraria en prijzen, worden de bepalingen van hoofdstuk I, A., opgeheven en vervangen door de volgende bepalingen:

“A. Diëtiëkverstrekkings voor patiënten met chronische nierinsufficiëntie (met zorgtraject-contract)

794010

Individuele diëtetische evaluatie en/of interventie (zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische verstrekkings en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast) voor de rechthebbende die een zorgtraject-contract chronische nierinsufficiëntie heeft gesloten (namelijk een samenwerkingscontract dat is ondertekend in het kader van de zorgtrajecten zoals bedoeld in artikel 5, § 1 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten), met een minimumduur van 30 minuten..... R 17.5

1. Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekkings 794010 mag worden verleend voor elke rechthebbende bedoeld in artikel 3, 2^o van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 die een zorgtraject-contract heeft gesloten, op voorwaarde dat:

- de verstrekkings voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtraject-contract met de rechthebbende heeft getekend en die de precieze doelstellingen van de voorgeschreven diëtetische verstrekkings bepaalt; het voorschrift vermeldt dat het gaat om een voorschrift in het kader van de zorgtrajecten. De verstrekkings kan eventueel ook worden voorgeschreven door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende;

- de diëtist voor de patiënt een voedingsdossier bijhoudt met informatie over zijn huidige voedingsgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de afgesproken therapeutische doelen en de resultaten;

- de diëtist jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de huisarts.

2. Bovenvermelde verzekeringstegemoetkoming in de diëtetische verstrekkings is beperkt tot twee verstrekkings per kalenderjaar voor alle verstrekkings 794010 samen, behalve voor de patiënten die een zorgtraject-contract hebben gesloten en die lijden aan chronische nierinsufficiëntie en zich in stadium 4 (3 verstrekkings per kalenderjaar) of stadium 5 (4 verstrekkings per kalenderjaar) bevinden. De voorschrijvende arts bewaart in het globaal medisch dossier van de rechthebbende de elementen die aantonen dat werd voldaan aan de voorwaarden inzake het aantal voorgeschreven vergoedbare verstrekkings.

Op dezelfde dag mogen twee diëtetische verstrekkings plaatsvinden; in dat geval bedraagt de minimumduur 60 minuten.

Er is geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd:

- voor verstrekkings gedurende een hospitalisatie;

- als de rechthebbende in een ander reglementair of conventioneel kader reeds verstrekkings geniet die diëtetieë omvatten.

3. Door een getuigschrift van verzorging verklaart de diëtist dat de geattesteerde verstrekkings werd voorgeschreven door een huisarts en voldoet aan de voorgaande voorwaarden inzake doelgroep van de verstrekkings, duur van de verstrekkings, het bijhouden van een voedingsdossier en het jaarlijks schriftelijk rapporteren aan de voorschrijvende arts.

4. Deze verstrekkings van diëtisten komen bovendien slechts voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als ze gegeven worden door een erkende diëtist die over een visum van de FOD Volksgezondheid beschikt en die tevens als diëtist is ingeschreven bij het RIZIV. Om ingeschreven te worden bij het RIZIV moeten de diëtisten de verbintenis aangaan:

1^o zich op straffe van terugbetaling te houden aan de in dit hoofdstuk vermelde voorwaarden om diëtetieëverstrekkings te attesteren;

2^o en zich te houden aan de voorziene honoraria voor deze verstrekkings.”.

Art. 3. Dans le chapitre I de la même annexe, les dispositions suivantes sont insérées à la suite des dispositions du A bis. :

« A ter. Prestations de diététique pour les patients diabétiques (avec ou sans contrat trajet de soins)

771794

Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire ayant conclu un contrat trajet de soins diabète de type 2 (c'est-à-dire un contrat de collaboration signé dans le cadre des trajets de soins tel que visé dans l'article 5, § 1^{er} de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 portant exécution de l'article 36 de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, concernant les trajets de soins), d'une durée minimum de 30 minutes R 17,5

771816

Evaluation et/ou intervention diététique individuelle (telle que visée à l'arrêté royal du 19 février 1997 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de diététicien et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le diététicien peut être chargé par un médecin), destinée au bénéficiaire diabétique qui n'a pas signé un contrat trajet de soins, d'une durée minimum de 30 minutes R 17,5

1. Une intervention de l'assurance dans la prestation 771794 peut être accordée pour tout bénéficiaire visé à l'article 3, 1^o de l'arrêté royal du 21 janvier 2009 ayant conclu un contrat trajet de soins à condition que :

- la prestation soit prescrite par le médecin généraliste qui a signé le contrat trajet de soins avec le bénéficiaire et qui définit les buts précis des prestations diététiques prescrites; la prescription mentionne qu'il s'agit d'une prescription dans le cadre des trajets de soins. Le cas échéant, la prestation peut également être prescrite par un autre médecin généraliste qui a accès au dossier médical global du bénéficiaire;

- le diététicien tienne à jour, pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;

- le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin généraliste.

2. Une intervention de l'assurance dans la prestation 771816 peut être accordée à tout bénéficiaire souffrant de diabète qui n'a pas signé de contrat trajet de soins, à condition que :

- pour le bénéficiaire, les honoraires de la prestation 400374 ou 400396, telle que définie à l'article 2, B, 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 aient été portés en compte;

- la prestation 771816 soit prescrite par le médecin généraliste qui gère le Dossier Médical Global (DMG), tel que défini à l'article 2, B, 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, ou par un médecin généraliste qui fait partie d'un groupement enregistré de médecins généralistes dont un membre gère le DMG;

- la prestation 771816 soit prescrite à la date à laquelle la prestation 400374 ou 400396 a été portée en compte ou au plus tard le 31 décembre de l'année civile qui suit; le médecin généraliste peut fixer les objectifs des prestations diététiques prescrites;

- le diététicien tienne à jour pour le patient, un dossier de nutrition contenant des informations sur ses habitudes alimentaires actuelles, les adaptations proposées, les sujets sur lesquels l'éducation a été donnée, les buts thérapeutiques convenus et les résultats;

- le diététicien adresse chaque année un rapport écrit au médecin prescripteur.

3. L'intervention de l'assurance susmentionnée, dans les prestations diététiques, est limitée à deux prestations par année calendrier pour l'ensemble des prestations 771794 et 771816. Le médecin prescripteur conserve dans le dossier médical global du bénéficiaire les éléments qui démontrent qu'il a été satisfait aux conditions en matière de nombre de prestations remboursables prescrites.

Art. 3. In dezelfde bijlage worden in hoofdstuk I de volgende bepalingen ingevoegd na de bepalingen onder A bis. :

“A ter. Diëtiëkverstrekkingen voor patiënten met diabetes (met of zonder zorgtraject-contract)

771794

Individuele diëtetische evaluatie en/of interventie (zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische verstrekkingen en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast) voor de rechthebbende die een zorgtraject-contract diabetes type 2 heeft gesloten (namelijk een samenwerkingscontract dat is ondertekend in het kader van de zorgtrajecten zoals bedoeld in artikel 5, § 1 van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 tot uitvoering van artikel 36 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wat betreft de zorgtrajecten), met een minimumduur van 30 minuten.....R 17,5

771816

Individuele diëtetische evaluatie en/of interventie (zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 19 februari 1997 betreffende de beroepstitel en de kwaliteitsvereisten voor de uitoefening van het beroep van diëtist en houdende vaststelling van de lijst van de technische verstrekkingen en van de lijst van handelingen waarmee de diëtist door een arts kan worden belast), voor de diabetische rechthebbende die geen zorgtraject-contract heeft ondertekend, met een minimumduur van 30 minuten R 17,5

1. Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 771794 mag worden verleend voor elke rechthebbende bedoeld in artikel 3, 1^o van het koninklijk besluit van 21 januari 2009 die een zorgtraject-contract heeft gesloten, op voorwaarde dat:

- de verstrekking voorgeschreven wordt door de huisarts die het zorgtraject-contract met de rechthebbende heeft getekend en die de precieze doelstellingen van de voorgeschreven diëtetische verstrekking bepaalt; het voorschrift vermeldt dat het gaat om een voorschrift in het kader van de zorgtrajecten. De verstrekking kan eventueel ook worden voorgeschreven door een andere huisarts die toegang heeft tot het globaal medisch dossier van de rechthebbende;

- de diëtist voor de patiënt een voedingsdossier bijhoudt met informatie over zijn huidige voedingsgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de afgesproken therapeutische doelen en de resultaten;

- de diëtist jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de huisarts.

2. Een verzekeringstegemoetkoming in de verstrekking 771816 mag worden verleend voor elke aan diabetes lijdende rechthebbende die geen zorgtraject-contract heeft ondertekend, op voorwaarde dat:

- voor de rechthebbende het honorarium van de verstrekking 400374 of 400396, zoals omschreven in artikel 2, B 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, is aangerekend;

- de verstrekking 771816 wordt voorgeschreven door de huisarts die het Globaal Medisch Dossier (GMD), zoals omschreven in artikel 2, B 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, beheert of door een huisarts die deel uitmaakt van een geregistreerde groepering van huisartsen waarvan een lid het GMD beheert;

- de verstrekking 771816 wordt voorgeschreven op de datum dat de verstrekking 400374 of 400396 is aangerekend of uiterlijk op 31 december van het volgende kalenderjaar; de huisarts kan de doelstellingen van de voorgeschreven diëtetische verstrekkingen bepalen;

- de diëtist voor de patiënt een voedingsdossier bijhoudt met informatie over zijn huidige voedingsgewoonten, de voorgestelde aanpassingen, de onderwerpen waarover educatie werd gegeven, de afgesproken therapeutische doelen en de resultaten;

- de diëtist jaarlijks schriftelijk rapporteert aan de voorschrijvende arts.

3. Bovenvermelde verzekeringstegemoetkoming in de diëtetische verstrekking is beperkt tot twee verstrekkingen per kalenderjaar voor alle verstrekkingen 771794 en 771816 samen. De voorschrijvende arts bewaart in het globaal medisch dossier van de rechthebbende de elementen die aantonen dat werd voldaan aan de voorwaarden inzake het aantal voorgeschreven vergoedbare verstrekkingen.

Deux prestations de diététique peuvent avoir lieu le même jour; dans ce cas, la durée minimum s'élève à 60 minutes.

Aucune intervention n'est due :

- pour des prestations accomplies pendant une hospitalisation;

- si le bénéficiaire jouit déjà de prestations comprenant la diététique dans un autre cadre réglementaire ou conventionnel.

4. Au moyen d'une attestation de soins, le diététicien déclare que la prestation attestée a été prescrite par un médecin généraliste et satisfait aux conditions qui précèdent concernant le groupe cible de la prestation, la durée de la prestation, la tenue à jour d'un dossier de nutrition et les rapports écrits annuels au médecin prescripteur.

5. En outre, ces prestations diététiques n'entrent en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire soins de santé que si elles sont dispensées par un diététicien agréé qui dispose d'un visa du S.P.F. Santé publique et qui est également enregistré en tant que diététicien à l'INAMI. Pour être enregistrés à l'INAMI, les diététiciens doivent s'engager :

1° sous peine de remboursement, à se conformer aux conditions mentionnées dans ce chapitre pour attester les prestations diététiques ;

2° et à se conformer aux honoraires prévus pour ces prestations. ».

Art. 4. Au chapitre I, B., de la même annexe, les mots « la prestation 102852 » sont remplacés par les mots « la prestation 400374 ou 400396 ».

Art. 5. Au chapitre V de la même annexe, intitulé « Prestations d'éducation au patient diabétique » et inséré par l'arrêté royal du 22 octobre 2010, les modifications suivantes sont apportées :

1° au 1. Définitions, le *j*) est remplacé par ce qui suit :

« *j*) "Prestation trajet de démarrage" : la prestation 400374 ou 400396 – trajet de démarrage pour un patient diabétique de type 2 selon le protocole de soins établi par le Comité de l'assurance, telle que visée à l'article 2, B., 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 ; » ;

2° les dispositions du 2.A. sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les prestations d'éducation liées au trajet de démarrage et visées au point 3.1. du présent chapitre sont éligibles à une intervention de l'assurance si elles sont accordées à un bénéficiaire diabétique de type 2 dont le médecin généraliste a préalablement facturé le trajet de démarrage au cours de l'année civile ou de l'année civile précédente. » ;

3° Au 3. et au 5., les mots « prestation de suivi » sont à chaque fois remplacés par les mots « prestation trajet de démarrage » ;

4° au 3.1.3 l'alinéa 1^{er} est complété par un *d*) rédigé comme suit :

« *d*) en concertation avec le patient détermine, en fonction des besoins du patient, quels autres prestataires de soins peuvent être consultés pour les prestations d'éducation au diabète. » ;

5° les dispositions 3.2.C. sont complétées par les dispositions suivantes :

« Pour chaque série de 4 séances, accordée à un même bénéficiaire au cours d'une même année civile, au moins une séance est donnée par l'éducateur en diabète. Au cours d'une année civile, un bénéficiaire ne peut donc pas être remboursé pour plus de 3 séances 794275, 794290, 794312, 794356, 794371 et 794393 réunies. Lors du décompte du nombre de séances, chaque séance individuelle (3.1.1.) et chaque séance collective (3.1.2.) compte pour une unité. » ;

6° Dans le texte français, le titre « 4.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie » est remplacé par « 5.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie » ;

Op dezelfde dag mogen twee diëtetische verstrekkingen plaatsvinden; in dat geval bedraagt de minimumduur 60 minuten.

Er is geen verzekeringstegemoetkoming verschuldigd:

- voor verstrekkingen gedurende een hospitalisatie;

- als de rechthebbende in een ander reglementair of conventioneel kader reeds verstrekkingen geniet die diëtetiek omvatten.

4. Door een getuigschrift van verzorging verklaart de diëtist dat de geattesteerde verstrekking werd voorgeschreven door een huisarts en voldoet aan de voorgaande voorwaarden inzake doelgroep van de verstrekking, duur van de verstrekking, het bijhouden van een voedingsdossier en het jaarlijks schriftelijk rapporteren aan de voorschrijvende arts.

5. Deze verstrekkingen van diëtisten komen bovendien slechts voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging in aanmerking als ze gegeven worden door een erkende diëtist die over een visum van de FOD Volksgezondheid beschikt en die tevens als diëtist is ingeschreven bij het RIZIV. Om ingeschreven te worden bij het RIZIV moeten de diëtisten de verbintenis aangaan:

1° zich op straffe van terugbetaling te houden aan de in dit hoofdstuk vermelde voorwaarden om diëtetiekverstrekkingen te attesteren;

2° en zich te houden aan de voorziene honoraria voor deze verstrekkingen.".

Art. 4. In hoofdstuk I, B, van dezelfde bijlage worden de woorden "de verstrekking 102852" vervangen door de woorden "de verstrekking 400374 of 400396".

Art. 5. In hoofdstuk V van dezelfde bijlage, onder het opschrift "Verstrekkingen inzake educatie van diabetespatiënten", ingevoegd bij het koninklijk besluit van 22 oktober 2010, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in 1. Definities, de bepalingen onder *j*) worden vervangen als volgt:

"*j*) "Verstrekking opstarttraject": de verstrekking 400374 of 400396 - opstarttraject voor een patiënt met diabetes mellitus type 2 volgens het zorgprotocol opgemaakt door het Verzekeringscomité, zoals bedoeld in artikel 2, B., van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;"

2° de bepalingen onder 2.A. worden vervangen door de volgende bepalingen:

"De verstrekkingen educatie die verband houden met het opstarttraject en die in punt 3.1. van dit hoofdstuk worden vermeld, komen in aanmerking voor een verzekeringstegemoetkoming als ze worden verleend aan een rechthebbende met type 2 diabetes waarvoor de huisarts voorafgaandelijk het opstarttraject heeft aangerekend in de loop van het kalenderjaar of het voorgaande kalenderjaar;"

3° In de bepalingen onder 3. en onder 5. worden de woorden "verstrekking opvolging" telkens vervangen door de woorden "verstrekking opstarttraject";

4° in de bepalingen onder 3.1.3. wordt het eerste lid met een bepaling *d*) aangevuld, luidend als volgt:

"*d*) in samenspraak met de patiënt te bepalen, in functie van de noden van de patiënt, welke andere zorgverleners kunnen geraadpleegd worden voor het verlenen van diabeteseducatie;"

5° de bepalingen onder 3.2.C. worden aangevuld met de volgende bepalingen:

"Voor elke reeks van 4 zittingen, verleend aan eenzelfde rechthebbende gedurende eenzelfde kalenderjaar, wordt minstens één zitting gegeven door de diabeteseducator. Gedurende een kalenderjaar kan een rechthebbende dus geen terugbetaling krijgen voor meer dan 3 zittingen 794275, 794290, 794312, 794356, 794371 en 794393 samen. Bij het tellen van het aantal zittingen telt elke individuele zitting (3.1.1.) en elke groepszitting (3.1.2.) mee als één eenheid;"

6° In de franstalige tekst wordt de titel "4.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" vervangen door "5.3.4. Conditions relatives à la pratique d'éducateur en diabétologie" ;

7° le chapitre est complété par un 5.4, rédigé comme suit :

« 5.4. Formation de remise à niveau des prestataires de soins au sein du trajet de démarrage du diabète de type 2

Le diététicien, le pharmacien et l'infirmier qui réalisent respectivement les séances individuelles 794275, 794290 et 794312, et le diététicien, le pharmacien et le kinésithérapeute qui réalisent respectivement les séances collectives 794356, 794371 et 794393, doivent suivre une formation de remise à niveau d'au moins 2 heures par an sur le diabète et/ou éducation au diabète.

Les justificatifs du suivi de cette formation de remise à niveau doivent être conservés dans le portfolio tel que visé à l'article 8 de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé du 22 avril 2019. ».

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le 1 janvier 2024.

Art. 7. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 décembre 2023.

PHILIPPE

Par le Roi :

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

7° het hoofdstuk wordt met een 5.4 aangevuld, luidend als volgt:

“5.4. Bijscholing zorgverleners binnen het opstarttraject diabetes type 2

De diëtist, apotheker en verpleegkundige die respectievelijk de individuele zittingen 794275, 794290 en 794312 verrichten en de diëtist, apotheker en kinesitherapeut die respectievelijk de groepszittingen 794356, 794371 en 794393 verrichten, dienen een bijscholing van minimum 2 uur per jaar over diabetes en/of diabeteseducatie te volgen.

De bewijsstukken voor het volgen van deze bijscholing dienen bijgehouden te worden in het portfolio zoals bedoeld in artikel 8 van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg van 22 april 2019.”.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2024.

Art. 7. De minister die bevoegd is voor Sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 december 2023.

PHILIPPE

Par le Roi :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C - 2023/47932]

17 DECEMBRE 2023. — Arrêté royal modifiant l'article 2, B, 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

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^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 2°, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

Vu 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 ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 16 mai 2023 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 16 mai 2023 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 24 mai 2023 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 31 mai 2023 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 5 juin 2023 ;

Vu les avis de l'Inspecteur des Finances, donnés les 1^{er} août et 5 septembre 2023 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'État au Budget, donné le 10 octobre 2023 ;

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

Considérant que la demande d'avis a été inscrite le 30 octobre 2023 au rôle de la section de législation du Conseil d'État sous le numéro 74.792/2 ;

Vu la décision de la section de législation du 30 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 ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2023/47932]

17 DECEMBER 2023. — Koninklijk besluit tot wijziging van het artikel 2, B, 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, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 2°, 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 Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 16 mei 2023 ;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 16 mei 2023 ;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziektenfondsen van 24 mei 2023;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 31 mei 2023;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 5 juni 2023;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 augustus en 5 september 2023;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, van 10 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°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat de adviesaanvraag is ingeschreven op 30 oktober 2023 op de rol van de afdeling Wetgeving van de Raad van State onder het nummer 74.792/2;

Gelet op de beslissing van de afdeling Wetgeving van 30 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;