

Koninklijk Besluit van 03 februari 2019 gepubliceerd op 10 juli 2019

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

Bron: Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

Numac: 2019010894

Pub.: 10/07/2019

Prom.: 03/02/2019

Staatsblad: [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&c\(...\)](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&c(...))

Numac: 2019010894

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

3 FEBRUARI 2019. - Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2007 en § 2, 2°, 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 de voorstellen van de Technische raad voor kinesitherapie, gedaan op 18 maart en 20 april 2018;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 18 maart en 20 april 2018;

Gelet op de adviezen van de Overeenkomstencommissie kinesitherapeuten - verzekeringsinstellingen gegeven op 10 en 24 april 2018;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole van 23 mei 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 28 mei 2018;

Gelet op het advies van de inspecteur van financiën, gegeven op 27 augustus 2018;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 13 december 2018;

De aanvraag van advies ingediend op 18 december 2018 werd op 17 januari 2019 van de rol afgevoerd overeenkomstig artikel 84, § 4, tweede lid van de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Artikel 1. In artikel 7 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, vervangen bij het koninklijk besluit van 18 december 2002 en gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 april 2004, 17 februari 2005, 23 november 2005, 24 mei 2006, 1 juli 2006, 26 november 2006, 7 juni 2007, 20 oktober 2008, 26 april 2009, 29 april 2009, 29 augustus 2009, 22 juli 2010, 5 april 2011, 22 maart 2012, 19 september 2013, 21 februari 2014, 3 september 2015, 17 oktober 2016 en 19 september 2017 wordt de volgende wijziging aangebracht:

1° In het geheel van artikel 7 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden, in de Nederlandse versie, de woorden "geneesheer" en "geneesheren" vervangen door de woorden "arts" en "artsen".

2° § 6, wordt vervangen als volgt: " § 6.

De in § 4 bedoelde technieken verantwoorden een verzekeringstegemoetkoming binnen de volgende perken: 1° als mobilisatie of fysieke therapieën, alleen uitgevoerd of samen met een andere techniek, zijn met name uitgesloten : oog- of orthoptische gymnastiek, magnotherapie, sonotherapie (die moet worden onderscheiden van de ultrasone therapie, die hier niet bedoeld is), plantaire reflexologie, auriculotherapie, hippotherapie, invasieve technieken (**bijvoorbeeld: dry-needling, acupunctuur, ...**), vertebrale tracties op een mechanische tafel of een tafel met elektromotor of door suspensie;

2° mogen niet worden vergoed, de verstrekkingen van louter esthetische aard of inzake persoonlijke hygiëne (inzonderheid onderhoudsgymnastiek, fitness, sauna en zonnebank), de verstrekkingen betreffende de voorbereiding en begeleiding in het kader van de uitoefening van elke sportieve activiteit;

3° massage (behoudens in de omstandigheden omschreven in het volgende lid), fysieke technieken in het kader van elektrotherapie, ultrasone therapie, lasertherapie en diverse andere technieken voor warmte en/of koude applicatie, mogen uitsluitend worden vergoed als ze aanvullend en dus niet exclusief worden toegepast.

Deze restricties gelden niet voor massage toegepast bij het behandelen van patiënten met verworven of congenitaal lymfoedeem of van patiënten wier gezondheidstoestand geen actieve deelname toelaat.

3° § 11, vierde lid wordt vervangen als volgt: "De verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 mogen alleen worden geattesteerd voor **patiënten die lijden aan een hersenverlamming** die voor hun 7de verjaardag is opgetreden;

het bewijs dat aan die voorwaarde is voldaan, moet worden geleverd aan de hand van een medisch verslag. Dat verslag moet ter beschikking worden gehouden van de adviserend arts en moet worden opgenomen in het dossier van de rechthebbende, zoals beschreven is in § 8 van dit artikel. De 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.

Voor patiënten die hun 3de verjaardag nog niet hebben bereikt, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 eenmaal per dag worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een Gross Motor Function Classification System (GMFCS)-score 5 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 150 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 2, 3 of 4 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 100 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor patiënten vanaf hun 3de verjaardag die een GMFCS-score 1 hebben, mogen de verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 maximaal 50 keer per kalenderjaar worden geattesteerd.

Voor alle patiënten vanaf hun 3de verjaardag kunnen, per kalenderjaar, 30 bijkomende verstrekkingen 560755, 560873, 560991, 561116, 561212, 564476 en 561304 worden aangerekend op basis van een verslag van een CP-referentiecentrum voor patiënten met hersenverlamming. Dit verslag moet ter beschikking van de adviserend arts worden gehouden en in het dossier van de rechthebbende worden vermeld."

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, 3 februari 2019.

FILIP Van Koningswege: De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, M. DE BLOCK

Publicatie: 2019-07-