

[C - 2002/22147]

[C - 2002/22147]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering**Institut national d'assurance maladie-invalidité****Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen****Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé**

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 2 oktober 2001 en in uitvoering van artikel 22, 4^{bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 3 december 2001 de hiernagaaande interpretatieregels vastgesteld :

Sur proposition du Conseil technique médical du 2 octobre 2001 et en application de l'article 22, 4^{bis}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 3 décembre 2001 les règles interprétatives suivantes :

Interpretatieregels betreffende artikel 10, § 4 (Verwante verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

Règles interprétatives relatives à l'article 10, § 4 (Prestations connexes) de la nomenclature des prestations de santé :

INTERPRETATIEREGEL 11**REGLE INTERPRETATIVE 11****VRAAG****QUESTION**

Mag de verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling die ten minste twee van de hierna vermelde technieken omvat, per zitting (revalidatie door beweging, hydrotherapie in zwembad, ergotherapie, psychomotoriek, elektrotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen) K 15 worden geattesteerd door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde?

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance (rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

ANTWOORD**REPONSE**

De therapeutische fysiotherapieverstrekkingen mogen door bepaalde zorgverleners (b.v. chirurg-orthopedist) voor hun eigen patiënten als verwante verstrekkingen worden geattesteerd, met uitzondering van de verstrekkingen inzake multidisciplinaire revalidatie (558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die door de nomenclatuur worden voorbehouden voor de fysiotherapeut of de geneesheer, specialist voor revalidatie.

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle.

Wanneer de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat : "de verstrekking nr 558633 - 558644 eveneens mag worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene heekunde, door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, of door een geneesheer, specialist voor reumatologie", wil ze de toegang tot de andere verstrekkingen van de nomenclatuur inzake fysiotherapie niet verbieden aan de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, maar wil ze verduidelijken dat de verstrekking 558633 - 558644 Aantonen en meten van atypische functionele dorsolumbale orthopedische rug- en gewrichtsklachten... K 50 beschouwd wordt als deel uitmakend van de nomenclatuur van de chirurg-orthopedist. Het probleem van de "connexiteit" rijst derhalve niet ten aanzien van de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde voor die verstrekking.

Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que : "La prestation n° 558633 - 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 - 558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la "connexité" ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Dat belet niet dat de connexiteitsregels (al dan niet) worden toegepast voor de andere fysiotherapie-verstrekkingen (met uitzondering van de verstrekkingen 558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die verricht worden door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde of een andere zorgverlener die geen fysiotherapeut is.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

De geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, mag voor zijn eigen zieken die hij in het kader van zijn specialisme verzorgt, de verstrekkingen van artikel 22, II a) Therapeutische verstrekkingen, aanrekenen, voorzover de voorwaarden betreffende de fysieke aanwezigheid die opgenomen zijn in artikel 1, § 4bis, II, B, 2, van de nomenclatuur vervuld zijn.

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1^{er}, § 4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

De verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling... K 15 mag bijgevolg door de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde als een verwante verstrekking worden geattesteerd, voor zijn eigen patiënten die hij in behandeling heeft in het kader van zijn specialisme.

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 12 (anesthesiologie) van de nomenclatuur :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 12 (anesthésiologie) de la nomenclature des prestations de santé :

INTERPRETATIEREGEL 2**REGLE INTERPRETATIVE 2****VRAAG****QUESTION**

Een dienst voor anesthesiologie en reanimatie vraagt wat het codenummer is voor het meten van het ademhalings-CO₂ door capnografie.

Un service d'anesthésiologie et de réanimation demande quel est le numéro de code pour la mesure du CO₂ respiratoire par capnographie.

ANTWOORD**REPONSE**

Het honorarium voor anesthesie omvat het honorarium voor de metingen die tijdens de anesthesie worden verricht door de geneesheer, specialist voor anesthesiologie. De verstrekking 214211 - 214222 Studie van de eliminatie van de alveolaire CO₂ N 7 is opgenomen in het raam van de reanimatie.

Les honoraires pour l'anesthésie comprennent les honoraires pour les mesures effectuées par le médecin spécialiste en anesthésiologie pendant l'anesthésie. La prestation 214211 - 214222 Etude de l'élimination du CO₂ alvéolaire N 7 est prévue dans le cadre de la réanimation.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe moet een peridurale anesthesie (infiltratie van een wortel van een laterale zenuw van de wervelzuil) worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De verstrekking wordt getarifeerd onder nr. 201272 - 201283 K 30 wanneer ze door een geneesheer-specialist voor anesthesiologie, is verricht met het oog op een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of nog met een therapeutisch doel; geen enkele vergoeding mag worden toegekend wanneer die verstrekking wordt verricht door een geneesheer die geen specialist voor anesthesie is. Er moet worden opgemerkt dat die verstrekking noch de epidurale inspuiting noch de paravertebrale infiltratie beoogt, die als dusdanig zijn opgenomen in het hoofdstuk gewone geneeskundige hulp.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Wat is de vergoeding voor de anesthesie die wordt verricht voor het aanbrengen of wegnemen van radiumnaalden ?

ANTWOORD

Als het aanbrengen of het wegnemen van radium een als dusdanig vergoede heilkundige bewerking vergt, wordt de anesthesie getarifeerd op grond van de categorie waarin de ingreep is gerangschikt.

Is er geen heilkundige bewerking, dan is het honorarium voor anesthesie dat waarin is voorzien hetzij onder nr. 201191 - 201202 K 72 hetzij onder nr. 201213 - 201224 K 36, naar gelang van de lokalisatie en voor zover het om een algemene anesthesie gaat.

Voor die verstrekkingen is de bekwaming van geneesheer, specialist voor anesthesie, vereist.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Er wordt een osteosynthese verricht, daarna immobilisatie door gipsverband. De heilkundige vraagt het totale honorarium voor de osteosynthese en de helft van het honorarium voor het gipsverband.

Hoe wordt het honorarium van de geneesheer, specialist voor anesthesie, berekend ?

ANTWOORD

Voorbeeld : Osteosynthese van een diafysebreuk van been met aanleggen van een gipsverband.

Honorarium voor de ingreep : 290555 - 290566 Bloedige behandeling van fractuur van tibiadiafyse N 300 + 299154 - 299165 ° Gipstoestel van dij tot voeten, van dij tot enkel N75/2.

Het honorarium voor de anesthesie wordt berekend op grond van de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen en rekening houdende met de bepalingen van artikel 12, § 3, 6°, van de nomenclatuur, waarin is bepaald : 'Ingeval verscheidene verstrekkingen in een zelfde zitting worden verricht wordt de anesthesie die overeenstemt met de verstrekking met het hoogste coëfficiëntgetal, gehonoreerd tegen 100 % en de anesthesieën die overeenstemmen met de bijkomende verstrekkingen, tegen 50 % van hun waarde. »

De anesthesieën voor de bijkomende verstrekkingen mogen evenwel niet worden gehonoreerd :

— ingeval verscheidene heilkundige bewerkingen in een zelfde streek worden verricht tijdens een zelfde operatiezitting;

— wanneer de bijkomende (heilkundige en/of andere) verstrekkingen een lager coëfficiëntgetal hebben dan K 120 of N 200 of I 200.

In het aangehaalde voorbeeld is het honorarium voor de anesthesie derhalve vastgesteld op 200211 - 200222 K 72.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Anesthesie die is verricht door een ander geneesheer-specialist dan een anesthesist voor een verstrekking die is gerangschikt onder de gewone geneeskundige hulp.

ANTWOORD

Deze anesthesie wordt getarifeerd op grond van de bepalingen van artikel 12, § 2, of van artikel 16, § 2, naar gelang van het geval.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Quelle est la tarification à appliquer pour une anesthésie péridurale (infiltration d'une racine d'un nerf latéral de la colonne vertébrale) ?

REPOSE

La prestation est à tarifer sous le n° 201272 - 201283 K 30 lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie en vue d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature ou encore dans un but thérapeutique; aucun remboursement ne peut être accordé lorsqu'elle est effectuée par un médecin non spécialiste en anesthésiologie. A noter que cette prestation ne vise pas l'injection épidurale ni l'infiltration paravertébrale qui sont prévues comme telles au chapitre des soins courants.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quel est le remboursement prévu pour l'anesthésie effectuée lors du placement ou de l'enlèvement d'aiguilles radifères ?

REPOSE

Si le placement ou l'enlèvement du radium implique une intervention chirurgicale remboursée comme telle, l'anesthésie est tarifée par référence à la catégorie dans laquelle est classée l'intervention.

S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, les honoraires d'anesthésie sont ceux prévus soit sous le numéro 201191 - 201202 K 72 soit sous le numéro 201213 - 201224 K 36 suivant la localisation et pour autant qu'il s'agisse d'une anesthésie générale.

Ces prestations requièrent la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

On pratique une ostéosynthèse puis on immobilise par un plâtre. Le chirurgien demande l'entièreté des honoraires pour l'ostéosynthèse et la moitié des honoraires pour le plâtre.

Comment se calculent les honoraires du médecin spécialiste en anesthésiologie ?

REPOSE

Exemple : Ostéosynthèse d'une fracture de la diaphyse de la jambe avec mise en place d'un plâtre.

Honoraires pour l'intervention : 290555 - 290566 Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia N 300 + 299154 - 299165 ° Appareil plâtré cruro-pédieux, cruro-malléolaire N75/2.

Les honoraires pour l'anesthésie se calculent sur la valeur relative des prestations et compte tenu des dispositions de l'article 12, § 3, 6°, de la nomenclature qui stipulent qu'en cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 %, les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 % de la valeur.

Cependant, les anesthésies pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées notamment :

— dans le cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;

— lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200.

Dès lors, dans l'exemple proposé, les honoraires pour l'anesthésie sont fixés à 200211 - 200222 K 72.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Anesthésie effectuée par un médecin spécialiste autre que l'anesthésiste, pour une prestation classée parmi les soins courants.

REPOSE

Cette anesthésie est à tarifer sur base des dispositions de l'article 12, § 2, ou de l'article 16, § 2 selon le cas.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Heelkundigen opereren sommigen van hun patiënten onder plaatselijke anesthesie. Het komt echter wel eens voor dat zij aan de anesthesist vragen om, in het kader van zijn specialisme, een advies over die patiënten te verstrekken.

De anesthesist bezoekt die patiënten na hun opneming, ondervraagt en onderzoekt hen, maakt een protocol van onderzoek op en geeft zijn conclusies. Daarbij voegt hij een voorschrift voor premedicatie om de kwaliteit van de plaatselijke anesthesie die gedurende de ingreep zal worden verricht, te verbeteren.

Onder welk nummer mag die verstrekking worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Indien de anesthesist geen technische handelingen verricht, mag hij nr. 599082 in rekening brengen, als de in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vermelde voorwaarden zijn vervuld.

De eventuele technische handelingen mogen worden aangerekend, maar mogen niet worden gecumuleerd met nr. 599082.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Amygdalectomie door dissectie (257390 - 257401 K 100) en hechten van de pilaren wegens amandelbloeding (257434 - 257445 K 50).

Mag in dat geval de anesthesie voor hechten van de pilaren worden getarifeerd, en zo ja, hoe moet ze dan worden aangerekend :

1. als het hechten onmiddellijk volgt op de amygdalectomie ?
2. als het hechten geschiedt tijdens een tweede behandelingszitting ten gevolge van een late bloeding ?

ANTWOORD

Wat de anesthesie voor de amygdalectomie betreft : de verrichte anesthesie dekt volledig die een- of tweezijdige operatie die als zodanig onder één enkel nummer is opgenomen.

Wat het hechten van de pilaren betreft :

— als dit onmiddellijk volgt op de ingreep op de amandelen, mag geen bijkomende vergoeding worden verleend voor de anesthesie. Het hechten moet worden beschouwd als een integrerend deel van de ingreep op de amandelen, net als de onderbinding van een bloedvat of het hechten van de huidincisie, verricht tijdens of naar aanleiding van een laparotomie;

— als het tijdens een andere behandelingszitting naar aanleiding van een late bloeding geschiedt, mogen het honorarium voor de anesthesie en dat voor de ingreep tegen 100 % worden getarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Wat is de tarifiering voor de anesthesie door een anesthesist wanneer een geneesheer-gynecoloog tijdens een zelfde zitting een ingewikkelde verlossing (nr. 424012 - 424023 K 155) plus een perineorrhafie en herstel van aarsfincier wegens volledige scheur verricht, voor welke verstrekkingen hij overeenkomstig de regelen van de nomenclatuur enkel verstrekking nr. 424012 - 424023 aanrekent ?

ANTWOORD

De anesthesie wordt aangerekend onder nr. 202016 - 202020 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij een ingewikkelde verlossing met forcpale extractie of met inwendige kering gevolgd door grote extractie K 72.

In de anesthesie voor de perineorrhafie en het herstel van de aarsfincier is voorzien onder nr. 202075 - 202086 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij perineorrhafie en reffectie van de sfincier ani wegens volledige scheur K 72.

Die twee verstrekkingen mogen worden gecumuleerd binnen de grenzen van de in artikel 12, § 3, 6°, vastgestelde voorwaarden, d.w.z. 100 % voor de eerste, 50 % voor de tweede.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Bij het begin en op het einde van een anesthesie worden zittingen van geassisteerde ademhaling toegepast met een Engströmapparaat.

Mogen deze bij de anesthesie worden bijvergoed indien ze verricht zijn :

- a) door de anesthesist zelf ?
- b) door de kinesitherapeut ?

ANTWOORD

De zittingen van geassisteerde ademhaling met een Engströmapparaat bij het begin en op het einde van de anesthesie zijn een tijd van de anesthesie en mogen niet worden bijvergoed.

Derhalve is het van weinig belang te weten of de anesthesist alleen heeft gewerkt of met een helper.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Des chirurgiens opèrent certains de leurs patients sous anesthésie locale. Il arrive cependant occasionnellement qu'ils demandent à l'anesthésiste de donner un avis, dans le cadre de sa spécialité, au sujet de ces patients.

L'anesthésiste rend visite à ces patients après leur admission, les interroge, les examine, rédige un protocole d'examen et dépose des conclusions. Il y ajoute une prescription pour une prémédication destinée à améliorer la qualité de l'anesthésie locale qui sera administrée pendant l'intervention.

Sous quel numéro cette prestation peut-elle être tarifée ?

REPONSE

Si l'anesthésiste n'effectue pas d'actes techniques, il peut porter en compte le n° 599082 si les conditions prévues à la nomenclature des prestations de santé sont remplies.

Les actes techniques éventuels peuvent être portés en compte mais ne sont pas cumulables avec le n° 599082.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Amygdalectomie à la dissection (257390 - 257401 K 100) et suture des piliers pour hémorragie amygdalienne (257434 - 257445 K 50).

Dans ce cas, peut-on tarifer l'anesthésie pour suture des piliers et dans l'affirmative, comment y a-t-il lieu de la porter en compte :

1. si la suture suit immédiatement l'amygdalectomie;
2. si la suture est exécutée dans une deuxième séance de traitement, suite à une hémorragie tardive ?

REPONSE

En ce qui concerne l'anesthésie pour l'amygdalectomie : l'anesthésie qui est pratiquée couvre globalement cette opération uni- ou bilatérale qui est prévue comme telle sous un seul numéro.

Quant à la suture des piliers :

— lorsque celle-ci suit immédiatement l'intervention sur amygdales, aucun remboursement supplémentaire ne peut être accordé pour l'anesthésie. L'on doit considérer que la suture fait partie intégrante de l'intervention sur les amygdales au même titre qu'une ligature de vaisseau ou la suture de l'incision de la peau faite au cours ou à l'occasion d'une laparotomie;

— si elle est faite au cours d'une autre séance de traitement, à l'occasion d'une hémorragie tardive, les honoraires pour l'anesthésie et les honoraires pour l'intervention peuvent être tarifés à 100 %.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Quelle est la tarification pour l'anesthésie pratiquée par un anesthésiste lorsqu'un médecin gynécologue pratique, au cours d'une même séance, un accouchement dystocique (n° 424012 - 424023 K 155) plus une périnéorrhafie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète, interventions pour lesquelles, conformément aux règles de la nomenclature, il ne porte en compte que la prestation n° 424012 - 424023 ?

REPONSE

L'anesthésie est portée en compte sous le n° 202016 - 202020 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcipale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction K 72.

L'anesthésie pour la périnéorrhafie et la réfection du sphincter anal est prévue sous le n° 202075 - 202086 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorrhafie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète K 72.

Ces deux prestations sont cumulables dans les limites des conditions prévues à l'article 12, § 3, 6°, c'est-à-dire 100 % pour la première, 50 % pour la seconde.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Au début et à la fin d'une anesthesie, on effectue des séances de respiration assistée par appareil d'Engström.

Peuvent-elles être remboursées en supplément à l'anesthesie si elles sont faites :

- a) par l'anesthésiste lui-même ?
- b) par un kinésithérapeute ?

REPONSE

Les séances de respiration assistée par appareil d'Engström au début et à la fin d'une anesthesie constituent un temps de l'anesthesie et ne peuvent être remboursées en supplément.

Par conséquent, il importe peu de savoir si l'anesthésiste a travaillé seul ou avec un auxiliaire.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Mag een anesthesie van de sphenopalatinus worden geattesteerd onder nr. 144270 - 144281 * Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6 ?

ANTWOORD

a) Gaat het om een anesthesie van de oppervlakkige tak van de sphenopalatinus door toediening van een anestheticum op het sphenopalatinusslijmvlies, dan is er geen vergoeding voorzien.

b) Gaat het om een anesthesie van het ganglion sphenopalatinum door inspuiting in het ganglion :

1. als afzonderlijke behandeling : nr. 144270 - 144281 *K 6;

2. met het oog op een ingreep : naar gelang van de waarde van de ingreep en de bekwaming van de geneesheer die de anesthesie verricht, attesteren op basis van het tarief en onder de voorwaarden van artikel 12 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst. Hoe moet in dat geval het honorarium van de heelkundige en dat van de anesthesist worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst, wordt niet bij het voor de ingreep vastgestelde honorarium bijvergoed. Het gaat om postoperatieve verzorging die begrepen is in het voor de cholecystectomie vastgestelde honorarium.

De algemene anesthesie verricht door een geneesheer-specialist voor anesthesie, moet worden geattesteerd onder het codenummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

De geneesheren, specialisten voor anesthesiologie, worden vaak erom verzocht een algemene anesthesie voor conserverende tandverzorging te verrichten, bijv. bij karakter- of geestesgestoorde rechthebenden.

Wat mag voor de anesthesie worden vergoed ?

ANTWOORD

Het bijkomend honorarium voor conserverende verzorging onder algemene anesthesie, waarin is voorzien onder nr. 317273 - 317284 K 42 van de nomenclatuur, mag bij het honorarium voor gewone geneeskundige hulp worden bijvergoed voor zover alle in artikel 15, § 10, van de nomenclatuur opgesomde voorwaarden zijn vervuld.

De algemene anesthesie mag worden geattesteerd onder nummer 201250 - 201261 K 45 voor zover ze is verricht in een verplegingsinstelling door een geneesheer-specialist voor anesthesiologie; zoniet mag geen tegemoetkoming worden toegekend.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Aangezien verstreking nr. 477050 - 477061 Convulsivotherapie... K 25 niet is voorafgegaan van een asterisk, mag het honorarium voor eventuele anesthesie worden bijvergoed.

Onder welk nummer mag dit honorarium worden aangerekend en hoe dient te worden gehandeld wanneer de anesthesie verricht is, hetzij door een algemeen geneeskundige, hetzij door de neuropsychiater zelf ?

ANTWOORD

Verstreking nr. 477050 - 477061 is niet voorafgegaan van een asterisk. Dat betekent dat het honorarium voor eventuele anesthesie bovenop mag worden vergoed.

De algemene anesthesie mag slechts worden vergoed als ze door een geneesheer, specialist voor anesthesie wordt verricht; ze moet worden geattesteerd onder het codenummer 201110 - 201121 K 36.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Mag worden beschouwd dat de kleine heelkunde onder intraveneuze injectie van een anxioliticum zoals diazepam, midazolam..., wordt verricht onder algemene anesthesie ?

ANTWOORD

Er mag niet worden beschouwd dat de kleine heelkunde die wordt verricht onder intraveneuze injectie van een spierslappend anxioliticum zoals diazepam, midazolam..., wordt verricht onder algemene anesthesie.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une anesthésie du sphéno-palatin peut-elle être attestée sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6 ?

REPONSE

a) s'il s'agit d'une anesthésie du rameau superficiel du sphéno-palatin par application d'un anesthésique sur la muqueuse sphéno-palatine, aucun remboursement n'est prévu;

b) s'il s'agit d'une anesthésie du ganglion sphéno-palatin par injection dans le ganglion :

1. comme traitement isolé : 144270 - 144281 *K 6;

2. en vue d'une intervention : selon la valeur de l'intervention et la qualification du médecin qui pratique l'anesthésie, attester sur base des tarifs et conditions de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Enlèvement de mèche placée lors d'une cholécystectomie. Dans ce cas, comment tarifer les honoraires du chirurgien et ceux de l'anesthésiste ?

REPONSE

L'enlèvement d'une mèche placée lors d'une cholécystectomie n'est pas remboursé en supplément des honoraires prévus pour l'intervention. Il s'agit de soins post-opératoires qui sont compris dans les honoraires fixés pour la cholécystectomie.

L'anesthésie générale effectuée par le médecin spécialiste en anesthésiologie doit être attestée sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose, ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Les médecins spécialistes en anesthésiologie sont souvent appelés à effectuer des anesthésies générales pour soins dentaires conservateurs, par exemple chez des bénéficiaires atteints de troubles du caractère ou de troubles mentaux.

Que peut-on tarifer pour l'anesthésie ?

REPONSE

Le supplément pour soins conservateurs sous anesthésie générale, prévu sous le n° 317273 - 317284 K 42 de la nomenclature est remboursable en plus des honoraires pour soins courants pour autant que toutes les conditions énoncées à l'article 15, § 10, de la nomenclature soient réalisées.

L'anesthésie générale peut être attestée sous le numéro 201250 - 201261 K 45 pour autant qu'elle soit effectuée en milieu hospitalier par un médecin spécialiste en anesthésiologie; sinon, aucune intervention ne peut être accordée.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

La prestation n° 477050 - 477061 Convulsivotherapie... K 25 n'étant pas précédée d'un astérisque, les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

Sous quel numéro peut-on porter ceux-ci en compte et qu'en est-il lorsque l'anesthésie est effectuée soit par un médecin de médecine générale, soit par le neuro-psychiatre lui-même ?

REPONSE

La prestation n° 477050 - 477061 n'est pas précédée d'un astérisque. Cela signifie que les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

L'anesthésie générale n'est remboursable que lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie et doit être attestée sous le numéro de code 201110 - 201121 K 36.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La petite chirurgie sous injection intraveineuse d'un anxiolytique, tels le diazépam, le midazolam..., peut-elle être considérée comme étant effectuée sous anesthésie générale ?

REPONSE

La petite chirurgie effectuée sous injection intraveineuse d'un anxiolytique myorelaxant tels le diazépam, le midazolam..., ne peut être considérée comme étant faite sous anesthésie générale.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

Mag verstrekking nr. 475075 - 475086 worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor anesthesie, wanneer ze wordt verricht :

A. tijdens het pre-operatief onderzoek dat wordt verricht, ofwel de dag zelf van de heelkundige bewerking ofwel in de loop van de voorafgaande dagen;

B. tijdens de heelkundige bewerking zelf;

C. tijdens het postoperatief toezicht ?

ANTWOORD

A. Het E.C.G. dat door een anesthesist wordt genomen tijdens het pre-operatief onderzoek, ofwel de dag zelf van de heelkundige bewerking, ofwel in de loop van de voorgaande dagen, mag worden geattesteerd.

B. Het E.C.G. dat wordt genomen tijdens de heelkundige bewerking, mag niet worden geattesteerd : het desbetreffende honorarium is begrepen in het honorarium voor de anesthesie.

C. Het E.C.G. dat wordt genomen tijdens het postoperatief toezicht, mag worden geattesteerd indien het de dag na de ingreep wordt verricht; indien het dezelfde dag wordt genomen, is het desbetreffende honorarium begrepen in het honorarium voor de anesthesie dat het postoperatief toezicht op de gevolgen van die anesthesie dekt.

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder "voorafgaand onderzoek" waarvan sprake is onder punt a) van artikel 12, § 3, 2° van de nomenclatuur, waarin het volgende is bepaald : "De honoraria voor anesthesieverstrekkingen omvatten :

a) het voorafgaand onderzoek van de zieke door de geneesheer die de anesthesie verricht;" ?

Mogen de volgende technische verstrekkingen bovenop het honorarium voor anesthesie worden geattesteerd :

- maagcatheterisatie;
- blaascatheterisme;
- compatibiliteitskruisproef;
- bloedings- en stollingstijd;
- bepaling van de bloedgroep ?

ANTWOORD

Onder de bewoordingen "voorafgaand onderzoek", moet worden verstaan, het onderzoek van de zieke dat de geneesheer-anesthesist normaal moet verrichten vooraleer de anesthesie uit te voeren. De diagnostische technische onderzoeken zoals de bloedings- en stollingstijd en het bepalen van de bloedgroep die daarbij worden verricht, mogen worden aangerekend.

Het honorarium voor de anesthesie dekt ook nog het peroperatief toezicht op de algemene toestand van de zieke en het aanwenden van alle technische verstrekkingen die nodig zijn om dat doel te verwezenlijken : het gaat én om het geneeskundig toezicht én om alle technische handelingen die het mogelijk moeten maken de anesthesie tot een goed einde te brengen.

De maagcatheterisatie, de compatibiliteitskruisproeven en het blaascatheterisme die worden verricht in het raam van een anesthesie, worden niet bijvergoed bij het honorarium voor anesthesie.

De compatibiliteitskruisproeven maken steeds deel uit van de bloedtransfusie en mogen bij een ingreep nooit worden aangerekend.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Ent van Sparks : de ent wordt door twee of drie incisies in haar bedding geplaatst, bij voorbeeld tussen de driehoek van Scarpa en de knieholte, of tussen de aorta abdominalis en de knieholte.

Vijf à zeven weken na het plaatsen heeft het organisme de ent opgenomen en kunnen de vasculaire verbindingen tot stand worden gebracht.

— Hoe moet de anesthesie die wordt verricht bij de eerste bewerking, het plaatsen van de ent, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Wat het honorarium van de heelkundige betreft, dekt de verstrekking nr. 235093 - 235104 Revascularisatie van een slagader van de ledematen door endarteriectomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose N 500, de hele ingreep, ongeacht of deze in een of meer tijden wordt verricht.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

La prestation n° 475075 - 475086 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lorsqu'elle est effectuée :

A. pendant l'examen pré-opératoire effectué soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents;

B. pendant l'intervention chirurgicale elle-même;

C. pendant la surveillance post-opératoire ?

REPOSE

A. L'E.C.G. effectué pendant l'examen pré-opératoire par un anesthésiste soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents, peut être attesté.

B. L'E.C.G. effectué pendant l'intervention chirurgicale ne peut être attesté : les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

C. L'E.C.G. effectué pendant la surveillance post-opératoire peut être attesté s'il est pratiqué le lendemain de l'intervention; s'il est le jour même, les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie qui couvrent la surveillance post-opératoire des suites de cette anesthésie.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Que faut-il entendre par « examen préalable » dont il est question au point a) de l'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature, qui précise que : « Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :

a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie; » ?

Les prestations techniques suivantes peuvent-elles être attestées en supplément des honoraires d'anesthésie :

- tubage gastrique
- cathétérisme vésical
- épreuves de compatibilité croisées
- temps de saignement et de coagulation
- détermination du groupe sanguin ?

REPOSE

Par les termes « examen préalable », il faut entendre l'examen du malade que le médecin anesthésiste doit normalement effectuer avant de procéder à l'anesthésie. Les examens techniques de diagnostic tels que le temps de saignement et de coagulation et la détermination du groupe sanguin effectués à cette occasion peuvent être portés en compte.

Les honoraires pour l'anesthésie couvrent encore la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif : il s'agit de la surveillance médicale et de tous les actes techniques qui doivent permettre de mener l'anesthésie à bonne fin.

Le tubage gastrique, les épreuves de compatibilité croisées et le cathétérisme vésical effectués dans le cadre d'une anesthésie ne sont pas remboursés en supplément des honoraires d'anesthésie.

Les épreuves de compatibilité croisées font toujours partie de la transfusion de sang et ne peuvent jamais être portées en compte lors d'une intervention.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Greffe de Sparks : la greffe est disposée, par deux ou trois incisives, dans son lit, par exemple entre le triangle de Scarpa et le creux poplité, ou entre l'aorte abdominale et le creux poplité.

Cinq à sept semaines après ce placement, l'organisme a colonisé la greffe et les connexions vasculaires peuvent être établies.

— Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée lors du premier temps opératoire (placement de la greffe) ?

REPOSE

En ce qui concerne les honoraires du chirurgien, la prestation 235093 - 235104 Revascularisation d'une artère des membres par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose N 500 couvre toute l'intervention, que celle-ci soit faite en un ou plusieurs temps.

De anesthesie die wordt verricht bij het plaatsen van de ent, moet worden geattesteerd onder nr. 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

De anesthesie die wordt verricht bij de revascularisatie, moet worden geattesteerd onder het nummer 200130 - 200141 Anesthesie, verricht tijdens een verstrekking, gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 500 en hoger dan K 270 of N 450 of I 450, K 129.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

Behandeling van hardnekkige pijn door :

- infiltratie van een zenuw met lokaal anestheticum;
- intercostaal blok;
- infiltratie van de weke delen met een lokaal anestheticum;
- infiltratie van het ganglion stellatum;
- barbotage : herhaaldelijk opzuigen en terug inspuiten van ± 10 cc cerebrospinaal vocht langs lumbale weg;
- intraspinaal inspuiten van een afgekoelde of hypertonische zoutoplossing.

ANTWOORD

Voor de eerste drie genoemde verstrekkingen is er geen vergoeding; ze zijn gedekt door het eventuele honorarium voor raadpleging of door het eventuele honorarium voor toezicht, behalve als het gaat om een paravertebrale infiltratie (144292 - 144303 * K 6).

Infiltraties van het ganglion stellatum moeten worden aangerekend onder nr. 144270 - 144281 * Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6.

Barbotage, zoals ze is beschreven, mag worden getarifeerd onder nr. 355493 - 355504 * Lumbale punctie, exploratief of therapeutisch, met of zonder manometrie K 10,5.

Het intraspinaal inspuiten van een afgekoelde of hypertonische zoutoplossing is voorzien onder nr. 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 20

VRAAG

Komt bij de reposities van breuken van de kaakbeenderen verstrekking nr. 317295 - 317306 + Vervaardigen en plaatsen van radiumhoudende prothesen, obturators, prothesen voor breuk en ankylose, maxillofaciale prothesen, dilatators, mobilisators : maximum K 500, in aanmerking om het niveau van het honorarium voor anesthesie vast te stellen ?

ANTWOORD

Neen, het honorarium voor anesthesie wordt enkel vastgesteld op grond van de betrekkelijke waarden die in de rubriek stomatologie zijn vermeld voor de behandeling van breuken.

INTERPRETATIEREGEL 21

VRAAG

Mag de verstrekking 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis)... K 30 dagelijks worden aangerekend, zelfs als de lumbale catheter ter plaatse blijft en niet opnieuw wordt geplaatst ?

Mag die verstrekking eenmaal per 24 uur worden aangerekend ?

ANTWOORD

De verstrekking 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis)... K 30 mag slechts eenmaal worden vergoed voor de toediening van een continue epidurale anesthesie gedurende verscheidene opeenvolgende dagen door middel van een blijvend epiduraal catheterisme.

L'anesthésie effectuée lors de la mise en place de la greffe doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

L'anesthésie réalisée lors de la revascularisation doit être attestée sous le numéro 200130 - 200141 Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 450, K 129.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Traitement des douleurs rebelles par :

- infiltration d'un nerf au moyen d'un anesthésique local;
- blocage intercostal;
- infiltration des parties molles au moyen d'un anesthésique local;
- infiltration du ganglion stellaire;
- barbotage : aspirations et réinjections répétées de ± 10 cc de liquide céphalo-rachidien par voie lombaire;
- injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique.

REPONSE

Les trois premières prestations citées ne font pas l'objet d'un remboursement : elles sont couvertes par les honoraires éventuels de consultation ou par les honoraires éventuels de surveillance, sauf s'il s'agit d'une infiltration paravertébrale (144292 - 144303 * K 6).

Les infiltrations du ganglion stellaire doivent être tarifées sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6.

Le barbotage, tel qu'il est décrit, peut être tarifé sous le n° 355493 - 355504 * Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, avec ou sans manométrie K 10,5.

L'injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique est prévue sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

Lors des réductions de fractures des maxillaires, la prestation 317295 - 317306 + Confection et pose de prothèses radifères, prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs : maximum K 500, entre-t-elle en ligne de compte pour fixer le niveau des honoraires d'anesthésie ?

REPONSE

Non, les honoraires d'anesthésie sont fixés uniquement sur base des valeurs relatives prévues en stomatologie pour le traitement des fractures.

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré)... K 30 peut-elle être attestée journalièrement, même lorsque le cathéter lombaire reste en place et n'est pas remplacé ?

Cette prestation peut-elle être portée en compte une fois par 24 heures ?

REPONSE

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) ... K 30 n'est remboursable qu'une seule fois pour l'administration d'une anesthésie épidurale continue pendant plusieurs jours consécutifs au moyen d'un cathétérisme épidural permanent.

INTERPRETATIEREGEL 22

VRAAG

In de verstreking 261391 - 261402 K 180 is voorzien in een jaarlijks forfaitair honorarium voor de endoscopische resectie of resecties van een blaasgezwel.

Op welke basis mag het honorarium voor anesthesie worden berekend ?

ANTWOORD

De anesthesie die bij elke bijkomende zitting door de geneesheer, specialist voor anesthesie, wordt verricht, moet worden geattesteerd onder het nummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie, ... verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 23

VRAAG

Hoe moet de anesthesie verricht door een geneesheer specialist voor anesthesie worden getarifeerd bij de verstrekingen nrs. 251311 - 251322 Dermo-epidermale ent : over een oppervlakte van 50 cm² tot 200 cm² K 120 en X x 251333 - 251344 Dermo-epidermale ent : over een oppervlakte van meer dan 200 cm², bijkomend honorarium bij K 120, per veelvoud van 200 cm² meer K 45 ?

ANTWOORD

Voor de verstrekingen nrs. 251274 tot en met 251381 werd een specifiek systeem uitgewerkt inzake het honorarium voor de heilkundige. Het systeem is opgemaakt in functie van de hoegrootheid van de te behandelen oppervlakte en niet in functie van de te behandelen streken.

De regel inzake de opereerstreken (artikel 15, §§ 3 en 4 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen) mag voor het bepalen van het honorarium voor de heilkundige niet worden toegepast.

Bijgevolg moet voor het bepalen van het honorarium van de anesthesist worden verwezen naar de relatieve waarde van de verleende heilkundige verstrekingen.

Deze interpretatieregels beoogt de verstrekingen betreffende dermo-epidermale enten van artikel 14, c) van de nomenclatuur en analoge verstrekingen.

INTERPRETATIEREGEL 24

VRAAG

Onder welk codenummer moet de epidurale inspuiting van een anti-inflammatoire oplossing (doorgaans een corticoïd) en van een lokaal anestheticum in het kader van de pijnkliniek worden geattesteerd?

ANTWOORD

Gelijk welke therapeutische epidurale inspuiting mag worden geattesteerd onder het codenummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 12 (anesthesiologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 503 van de interpretatieregels van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekingen van artikel 14, f) (Bloedvatenheilkunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen :

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Onder welk codenummer moet een overbrugging tussen de hoge aorta en beide arteriae femorales zonder endarteriëctomie, zonder resectie van de aortabifurcatie en zonder intra-abdominale overbrugging, worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Die ingreep moet worden geattesteerd onder het codenummer 237016 - 237020 Resectie of plastiek van de suprarenale aorta N 1000.

REGLE INTERPRETATIVE 22

QUESTION

La prestation n° 261391 - 261402 K 180 prévoit des honoraires forfaitaires annuels pour la ou les résections endoscopiques d'une tumeur vésicale.

Sur quelle base les honoraires d'anesthésie peuvent-ils être calculés ?

REPONSE

L'anesthésie effectuée par le médecin spécialiste en anesthésie lors de chaque séance supplémentaire doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale ... pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 23

QUESTION

Comment faut-il tarifer l'anesthésie effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lors des prestations n°s 251311 - 251322 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface de 50 cm² à 200 cm² K 120 et X x 251333 - 251344 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface supérieure à 200 cm², en supplément de K 120 par multiple de 200 cm² en plus K 45 ?

REPONSE

Pour les prestations n°s 251274 à 251381 inclus, un système spécifique a été mis au point en matière d'honoraires pour le chirurgien. Le système est établi en fonction de l'étendue de la surface à traiter et non pas en fonction des champs à traiter.

La règle en matière de champs opératoires (article 15, §§ 3 et 4, de la nomenclature des prestations de santé) ne peut pas être appliquée pour déterminer les honoraires du chirurgien.

Par conséquent, il faut se référer à la valeur relative des prestations chirurgicales effectuées pour déterminer les honoraires de l'anesthésiste.

Cette règle interprétative vise les prestations en matière de greffes dermo-épidermiques de l'article 14 c) de la nomenclature et les prestations analogues

REGLE INTERPRETATIVE 24

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'injection épidurale d'une solution anti-inflammatoire (en général un corticoïde) et d'un produit anesthésique local, dans le cadre de la clinique de la douleur?

REPONSE

Les injections épidurales thérapeutiques, quelles qu'elles soient, peuvent être attestées sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 12 (anesthésiologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 503 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester un pontage entre l'aorte haute et les deux artères fémorales sans endartérectomie, sans résection de la bifurcation aortique et sans pontage intra-abdominal?

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro de code 237016 - 237020 Résection ou plastie de l'aorte suprarenale N 1000.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, g) (Gynecologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Hoe moet de behandeling van urine-incontinentie door aanbrengen van een Prolène-tape (TVT : Tension Free Vaginal Tape) worden geattesteerd? De ingreep vereist twee toegangswegen : twee suprapubische insnijdingen en een vaginale insnijding.

ANTWOORD

Die ingreep moet worden geattesteerd onder het nummer 432095 - 432106 Heelkundige bewerking wegens urine-incontinentie, langs abdominale en vaginale weg (Steckel en afgeleide) K225.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, h) (Oftalmologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Hoe moet de curettage van een wonde aan het hoornvlies worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De verstrekking is niet vergoedbaar.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mogen de verstrekkingen nrs. 248846 Refractometrie door de objectieve methode N 8, 248861 Eenzijdige of tweezijdige exploratie van de traanwegen door inspuiten in de traanpunten (mag niet worden gecumuleerd met de nrs. 245011 - 245022 en 245033 - 245044) N 10 en 248640 Dynamometrie en/of tonometrie (Schiötz en/of aplanatietonometre) N 10 worden gecumuleerd tijdens een opname in een ziekenhuis, wanneer geen enkele raadpleging wordt aangerekend ?

ANTWOORD

Het honorarium voor de verstrekkingen nrs. 248846, 248861 en 248640 mag niet worden gecumuleerd met het honorarium voor de verstrekking 599082 C 12 gedurende een zelfde tijdvak van opname in een ziekenhuis zoals dat is gedefinieerd in artikel 25, § 2, b), 5°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen; anderzijds mag het, voor de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden, worden gecumuleerd met het honorarium voor toezicht en in het algemeen mogen die honoraria onderling worden gecumuleerd wanneer de verstrekking 599082 niet wordt aangerekend gedurende een zelfde tijdvak van opname in een ziekenhuis als bedoeld hiervoren.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Lacrimale intubatie.

In een eerste bewerking worden de huid en de onderhuidse weefsels ingesneden tussen de interne pees van de musculus orbicularis oculi en de onderste rand van de oogkas in de interne extremiteit ervan.

In een tweede bewerking wordt de traanzak blootgelegd en ingesneden.

In de derde bewerking wordt een curettage van het traankanaal verricht.

Dan wordt een klein buisje in silastic geplaatst.

ANTWOORD

Zoals hij is beschreven, mag de ingreep worden geattesteerd onder het nummer 255592 - 255603 Trepanatie van kaakbeensinus langs meatus inferior, operatie van Claoué K 120.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Hoe dienen de volgende verstrekkingen te worden aangerekend :

- 1° cryotherapie van een hernia iridis;
- 2° cryotherapie van herpes cornea;
- 3° cryotherapie van een glaucoma ?

ANTWOORD

Er dient als volgt te worden getarifeerd :

- 1° 246050 - 246061 Exeresis van een tumor van hoornvlies of van bulbaire bindvlies N 100, ongeacht het aantal zittingen;
- 2° 246190 - 246201 Cauteriseren met vuur van hoornvliesletsel N 40;
- 3° 246875 - 246886 Cryotherapie van degeneratieve chorioretinale letsels N 200.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, g) (Gynécologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Comment faut-il attester le traitement de l'incontinence urinaire par placement d'une bandelette de Prolène (TVT : Tension free vaginal tape)? L'intervention nécessite deux abordages : deux incisions suspubiennes et une incision vaginale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 432095 - 432106 Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, par voies abdominale et vaginale (Steckel et dérivés) K 225.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, h) (Ophtalmologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment faut-il tarifer le curetage d'une plaie cornéenne ?

REPONSE

La prestation n'est pas remboursable.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Les prestations n^{os} 248846 Réfractométrie par la méthode objective N 8, 248861 Exploration par seringage des voies lacrymales uni- ou bilatéral (non cumulable avec les n^{os} 245011 - 245022 et 245033 - 245044) N 10 et 248640 Dynamométrie et/ou tonométrie (Schiötz et/ou tonomètre à aplanation) N 10 peuvent-elles être cumulées pendant une hospitalisation, aucune consultation n'étant portée en compte ?

REPONSE

Les honoraires pour les prestations n^{os} 248846, 248861 et 248640 ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour la prestation 599082 C 12 pendant une même période d'hospitalisation telle que définie à l'article 25, § 2, b), 5°, de la nomenclature des prestations de santé; ils peuvent, par ailleurs, pour les bénéficiaires hospitalisés, être cumulés avec les honoraires de surveillance et d'une façon générale, être cumulés entre eux lorsque la prestation 599082 n'est pas portée en compte pendant une même période d'hospitalisation telle que visée ci-dessus.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Intubation lacrymale.

Dans un premier temps, on incise la peau et les tissus sous-cutanés entre le tendon interne de l'orbiculaire et le rebord inférieur de l'orbite, dans son extrémité interne.

Dans un deuxième temps, on découvre et incise le sac lacrymal.

Dans le troisième temps, il est pratiqué un curetage du canal lacrymo-nasal.

Un petit tube en silastic est alors mis en place.

REPONSE

Telle qu'elle est décrite, l'intervention peut être attestée sous le numéro 255592 - 255603 Trepanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, opération de Claoué K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Comment faut-il tarifer les prestations suivantes :

- 1° cryothérapie d'une hernie de l'iris;
- 2° cryothérapie d'un herpès cornéen;
- 3° cryothérapie d'un glaucome ?

REPONSE

Il y a lieu de tarifer comme suit :

- 1° 246050 - 246061 Exérèse d'une tumeur de la cornée ou de la conjonctive bulbaire N 100, quel que soit le nombre de séances;
- 2° 246190 - 246201 Cautérisation ignée de lésion cornéenne N 40;
- 3° 246875 - 246886 Cryothérapie de lésions dégénératives chori-rétiniennes N 200.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Hoe moet het opnieuw doordringbaar maken van de traanwegen bij een kind ouder dan 4 jaar volgens de techniek van Lavergne en Lepage worden aangerekend ?

ANTWOORD

Die verstrekking mag worden getarifeerd onder nr. 255592 - 255603 Trepanatie van kaakbeensinus langs meatus inferior, operatie van Claoué K 120.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

De studie van het door een lichtbron verwekte potentieel van het netvlies bij werking, met grafiek, wordt getarifeerd onder nr. 248533 - 248544 Elektoretinografie + grafiek N 75.

Mag de studie van het potentieel van het netvlies, bij rust, met grafiek, worden gelijkgesteld met hetzelfde nr. 248533 - 248544 N 75 ?

Zo ja, mag dat nummer tweemaal worden aangerekend indien beide verstrekkingen tijdens een zelfde zitting worden verricht ?

ANTWOORD

De studie van het potentieel van het netvlies bij werking en bij rust, moet eenmaal worden getarifeerd onder nr. 248533 - 248544 Elektoretinografie + grafiek N 75.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Cerclage van de oogleden met een siliconedraad die wordt verricht als behandeling van een verlamming van de oogleden voortkomend uit een verlamming van de nervus facialis.

ANTWOORD

De verrichte ingreep, die niet wordt beoogd door verstrekking nr. 245814 - 245825 Ptosis (techniek van Blaskovicz of soortgelijke) N 325, moet worden getarifeerd onder nr. 245792 - 245803 Blefarorrhafie of tarsorrhafie N 125.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Elektronische dynamografie : grafisch registreren van de sterkte van de pulsaties van de arteria centralis retinae.

ANTWOORD

Die verstrekking moet worden getarifeerd onder nr. 248555 - 248566 Tonografie met elektronische tonometer + grafiek N 50. Voor de vergoeding ervan moet rekening worden gehouden met de bepalingen van artikel 14, h), § 2, 1° en 3°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Adapto- elektoretinografie of dynamische elektoretinografie, d.w.z. het registreren van de werkingspotentialen van de retina, opgewekt door lichtstimulatie gedurende een periode van aanpassing aan de duisternis na verblinding.

ANTWOORD

Bedoeld onderzoek moet worden getarifeerd onder nr. 248511 - 248522 Curve van retinale adaptatie met adaptometer van Goldmann-Weekers of gelijkaardig toestel + grafiek N 45.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Mogen de door een orthoptist verrichte orthoptie-oefeningen door de geneesheer-oftalmoloog die toezicht uitoefent op de behandeling bij de verzekering in rekening worden gebracht onder nr. 102012 Raadpleging, in zijn spreekkamer, van een geneesheer-specialist... N 8 ?

ANTWOORD

Nee, de door de orthoptist verrichte orthoptie-oefeningen mogen door de geneesheer niet worden getarifeerd onder nr. 102012 N 8.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment faut-il porter en compte la reperméabilisation des voies lacrymales chez l'enfant âgé de plus de 4 ans, par la technique de Lavergne et Lepage ?

REPONSE

Cette prestation peut être tarifée sous le n° 255592 - 255603 Trépanation du sinus maxillaire par le méat inférieur, opération de Claoué K 120.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

L'étude du potentiel d'action de la rétine provoqué par une stimulation lumineuse, avec graphique, est tarifée sous le n° 248533 - 248544 Electro-rétinographie + graphique N 75.

L'étude du potentiel de repos de la rétine avec graphique peut-elle être assimilée à ce n° 248533 - 248544 N 75 ?

Dans l'affirmative, peut-on porter ce numéro en compte deux fois si les deux prestations sont effectuées au cours de la même séance ?

REPONSE

L'étude du potentiel d'action et de repos de la rétine est à tarifier une fois sous le n° 248533 - 248544 Electro-rétinographie + graphique N 75.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Cerclage des paupières au moyen d'un fil en silicone effectué comme traitement d'une paralysie des paupières consécutive à une paralysie du nerf facial.

REPONSE

L'intervention pratiquée qui n'est pas visée par la prestation 245814 - 245825 Ptosis (technique de Blaskovicz ou similaire) N 325, doit être tarifée sous le n° 245792 - 245803 Blépharorrhafie ou tarsorrhafie N 125.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Dynamographie électronique : enregistrement graphique de l'amplitude pulsatile des artères centrales de la rétine.

REPONSE

Cette prestation doit être tarifée sous le numéro 248555 - 248566 Tonographie au tonomètre électronique + graphique N 50. Pour son remboursement, il y a lieu de tenir compte des dispositions de l'article 14 h) § 2, 1° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Adapto-électrorétinographie ou électrorétinographie dynamique, c'est-à-dire l'enregistrement des potentiels d'action de la rétine provoqués par stimulation lumineuse, pendant une période d'adaptation à l'obscurité après éblouissement.

REPONSE

L'examen en question doit être tarifé sous le n° 248511 - 248522 Courbe d'adaptation rétinienne à l'adaptomètre de Goldmann-Weekers ou similaire + graphique N 45.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Des exercices d'orthoptie effectués par un orthoptiste peuvent-ils être portés en compte à l'assurance sous le n° 102012 Consultation, à son cabinet, d'un médecin spécialiste... N 8 par le médecin ophtalmologue qui surveille le traitement ?

REPONSE

Non. Les exercices d'orthoptie effectués par l'orthoptiste ne peuvent pas être tarifés par le médecin sous le n° 102012 N 8.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Mag het onderzoek van het gezichtsveld met het toestel van Friedmann, worden geattesteerd onder het nummer 248813 - 248824 Kwantitatieve perimetrie met de perimetre van Goldmann of soortgelijke met grafiek en conclusie N 20 ?

ANTWOORD

Het onderzoek van het gezichtsveld met het toestel van Friedmann mag niet worden geattesteerd onder het nummer 248813 - 248824 Kwantitatieve perimetrie met de perimetre van Goldmann of soortgelijke met grafiek en conclusie N 20. Dat toestel is niet « gelijkaardig » aan het toestel van Goldmann.

Dat onderzoek is gedekt door het eventuele honorarium voor raadpleging van de geneesheer-specialist voor oftalmologie.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 14, *h*) (Oftalmologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 505(08) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, *j*) (Urologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Hoe moet de behandeling van urine-incontinentie door aanbrengen van een Prolène-tape (TVT : Tension Free Vaginal Tape) worden geattesteerd? De ingreep vereist twee toegangswegen : twee suprapubische insnijdingen en een vaginale insnijding.

ANTWOORD

Die ingreep moet worden geattesteerd onder het nummer 432095 - 432106 Heelkundige bewerking wegens urine-incontinentie, langs abdominale en vaginale weg (Steckel en afgeleide) K 225.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1^{er}, *b*) (Pneumologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Hoe dient de tekst van verstrekking nr. 471332 - 471343 ** Bepalen van ventilatieongelijkheid, met uitsluiting van elk ander onderzoek K 40 te worden geïnterpreteerd ?

ANTWOORD

Onder de woorden "met uitsluiting van elk ander onderzoek" moet worden verstaan dat geen ander functioneel ademhalingsonderzoek mag worden bij geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag verstrekking nr. 471295 - 471306 ** K 35 verscheidene keren per zitting worden aangerekend omdat het onderzoek verscheidene proeven bij inspanning omvat ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 471295 - 471306 ** Spirografie met farmacodynamische provocatieproef, al dan niet gevolgd van bronchodilatatie K 35 mag éénmaal per zitting worden geattesteerd. De verstrekking beoogt de volledige proef en mag niet worden toegepast per geïmproviseerde inspanning.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Bepalen van de kennelijke longcompliantie door slokdarmcatheterisme, plus, dezelfde dag, een studie van de dynamische weerstand en van de functionele residuair capaciteit door plethysmografie van het lichaam.

Mag men 2 x nr. 471376 - 471380 ** Studie van de ventilatiemechaniek K 40 tarifieren (die onderzoeken worden afzonderlijk verricht met een aparte apparatuur) ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 471376 - 471380 ** K 40 mag geen tweemaal worden geattesteerd voor het bepalen van de longcompliantie en weerstand aangezien die verstrekkingen tot doel hebben de ventilatiemechaniek te waarderen en dat hun tarifiering niet wijzigt, ongeacht de aard en het aantal aangewende technieken.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

L'examen du champ visuel au moyen de l'appareil de Friedmann peut-il être attesté sous le numéro 248813 - 248824 Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion N 20 ?

REPONSE

L'examen du champ visuel au moyen de l'appareil de Friedmann ne peut pas être attesté sous le numéro 248813 - 248824 Périmétrie quantitative au périmètre de Goldmann ou similaire avec graphique et conclusion N 20. Cet appareil n'est pas « similaire » à l'appareil de Goldmann.

L'examen en cause est couvert par les honoraires éventuels de consultation du médecin spécialiste en ophtalmologie.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 14, *h*) (Ophtalmologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 505(08) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, *j*) (Urologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

Comment faut-il attester le traitement de l'incontinence urinaire par placement d'une bandelette de Prolène (TVT : Tension free vaginal tape)? L'intervention nécessite deux abordages : deux incisions sus-pubiennes et une incision vaginale.

REPONSE

Cette intervention doit être attestée sous le numéro 432095 - 432106 Intervention chirurgicale pour incontinence urinaire, par voies abdominale et vaginale (Steckel et dérivés) K 225.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, *b*) (Pneumologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Comment faut-il interpréter le libellé de la prestation n° 471332 - 471343 ** Détermination de l'inégalité de la ventilation à l'exclusion de tout autre examen K 40 ?

REPONSE

Par les termes « à l'exclusion de tout autre examen », il faut comprendre qu'aucun autre examen fonctionnel respiratoire ne peut être attesté en supplément.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on porter en compte plusieurs fois par séance la prestation n° 471295 - 471306 ** K 35 parce que l'examen comporte plusieurs épreuves d'effort ?

REPONSE

La prestation n° 471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmacodynamique de provocation, suivie ou non de bronchodilatation K 35 peut être attestée une fois par séance. La prestation vise l'ensemble de l'épreuve et ne peut s'appliquer par effort provoqué.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Détermination de la compliance apparente pulmonaire par cathétérisme oesophagien, plus, le même jour, une étude des résistances dynamiques et de la capacité résiduelle fonctionnelle par plethysmographie corporelle.

Peut-on tarifier 2 x 471376 - 471380 ** Etude de la mécanique ventilatoire K 40 (ces examens se pratiquent séparément avec un appareillage distinct) ?

REPONSE

La prestation n° 471376 - 471380 ** K 40 ne peut être attestée deux fois pour la détermination de la compliance et des résistances pulmonaires vu qu'elles ont pour but d'apprécier la mécanique ventilatoire et que leur tarification ne change pas quels que soient la nature et le nombre des techniques mises en oeuvre.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Hoe moeten de volgende onderzoeken inzake pneumologie worden getarifeerd :

- 1) Meten van de volumes + M.A.M.V.
- 2) Meten van de volumes + M.A.M.V. + R.V.
- 3) Meten van de volumes + M.A.M.V. + R.V. + farmacodynamische proeven ?

ANTWOORD

1. Meten van de volumes + M.A.M.V. : 471251 - 471262 ** Volledige spirografie met bepalen van maximum adem minuten volume K 10.

2. Meten van de volumes + M.A.M.V. + residuair volume : 471251 - 471262 ** K 10 + 471310 - 471321 ** Bepalen van het residuair volume K 40.

3. Meten van de volumes + M.A.M.V. + R.V. + farmacodynamische proeven : (471273 - 471284 ** Spirografie met bronchodilatatieproef K 20)

of (471295 - 471306 ** Spirografie met farmacodynamische provocatieproef, al dan niet gevolgd van bronchodilatatie K 35) + 471310 - 471321 ** K 40.

Te noteren is dat het eigenlijk gaat om "dynamische volumes", gemeten tijdens de spirografie.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Broncho-pulmonale provocatietest in het raam van het opzoeken van de extrinsieke allergische pneumopathie, die een klassieke studie van de ademhalingsfunctie door spirografie impliceert en die na + 1 uur, + 3 uur, + 5 uur en + 7 uren wordt herhaald.

ANTWOORD

Zoals het is beschreven moet het onderzoek worden geattesteerd onder het nr. 471295 - 471306 ** Spirografie met farmacodynamische provocatieproef, al dan niet gevolgd van bronchodilatatie K 35, ongeacht het aantal spirografieën die in de loop van de proef worden verricht.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Mag verstrekking nr. 471251 - 471262 ** Volledige spirografie met bepalen van maximum adem minuten volume K 10 worden geattesteerd wanneer men met een elektronische spirometer met thermistor en digitale afleesschaal de volgende verstrekkingen verricht :

- vitale capaciteit;
- het M.A.M.V.;
- het maximum uitademingsdebiet (peak flow);
- de maximum vrijwillige ventilatie ?

ANTWOORD

De opgesomde spirometrische onderzoeken komen niet voor in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en daarvoor wordt geen verzekeringstegemoetkoming toegekend. Wanneer een volledige spirometrie met bepaling van FEV1 met een dergelijke elektronische spirometer wordt gemeten kan wel nr. 471251 - 471262 ** K 10 worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Bepalen van de resistentie van de luchtwegen en van het residuair volume door plethysmografie.

ANTWOORD

Deze onderzoeken mogen aangerekend worden onder respectievelijk de nrs. 471376 - 471380 ** Studie van de ventilatiemechaniek K 40 en 471310 - 471321 ** Bepalen van het residuair volume K 40.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Gedurende een functionele ademhalingstest wordt de diffusiecapaciteit bij rust bepaald door de techniek van de inspiratoire apnoea. De diffusiecapaciteit wordt ook bepaald door de methode, in stabiele toestand, bij rust en bij inspanning.

Mag verstrekking nr. 471354 - 471365 ** K 40 meermaals worden geattesteerd als die studies dezelfde dag worden uitgevoerd ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 471354 - 471365 ** Meten van diffusiecapaciteit K 40 mag slechts eenmaal worden geattesteerd ongeacht de aangewende technieken of methoden.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

En matière de pneumologie comment faut-il tarifer les examens suivants :

- 1) Mesure des volumes + V.E.M.S.
- 2) Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R.
- 3) Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R. + épreuves pharmacodynamiques ?

REPONSE

1. Mesure des volumes + V.E.M.S. : 471251 - 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10.

2. Mesure des volumes + V.E.M.S. + volume résiduel : 471251 - 471262 ** K 10 + 471310 - 471321 ** Détermination du volume résiduel K 40.

3. Mesure des volumes + V.E.M.S. + V.R. + épreuves pharmacodynamiques : (471273 - 471284 ** Spirographie avec épreuve de bronchodilatation K 20)

ou (471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmacodynamique de provocation, suivie ou non de bronchodilatation K 35) + 471310 - 471321 ** K 40.

A noter qu'il s'agit en réalité de "volumes dynamiques", mesurés pendant la spirographie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Test de provocation broncho-pulmonaire dans le cadre de la recherche de pneumopathie extrinsèque allergique, ce qui implique une étude classique de la fonction respiratoire par spirographie répétée après + 1 heure, + 3 heures, + 5 heures et + 7 heures.

REPONSE

L'examen tel qu'il est décrit doit être attesté sous le n° 471295 - 471306 ** Spirographie avec épreuve pharmacodynamique de provocation, suivie ou non de broncho-dilatation K 35, quel que soit le nombre de spirographies effectuées au cours de l'épreuve.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

La prestation n° 471251 - 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10 peut-elle être attestée lorsqu'on effectue, à l'aide d'un spiromètre électronique avec thermistor et cadran à lecture digitale, les prestations suivantes :

- la capacité vitale;
- le V.E.M.S.;
- le débit expiratoire maximum (Peak Flow);
- la ventilation volontaire maximum ?

REPONSE

Les examens spirométriques cités ne sont pas prévus à la nomenclature des prestations de santé et ne donnent pas lieu à intervention de l'assurance. Quand une spirométrie complète avec détermination du FEV1 est effectuée avec un tel spiromètre électronique, le n° 471251 - 471262 ** K 10 peut toutefois être attesté.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Détermination de la résistance des voies aériennes et du volume résiduel par pléthysmographie corporelle.

REPONSE

Ces examens peuvent être attestés respectivement sous les numéros 471376 - 471380 ** Etude de la mécanique ventilatoire K 40 et 471310 - 471321 ** Détermination du volume résiduel K 40.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Au cours d'un bilan fonctionnel respiratoire, la capacité de diffusion est déterminée au repos par la technique de l'apnée inspiratoire. La capacité de diffusion est également déterminée par la méthode en état stable, au repos et à l'effort.

La prestation n° 471354 - 471365 ** K 40 peut-elle être attestée plusieurs fois si ces études sont réalisées le même jour ?

REPONSE

La prestation n° 471354 - 471365 ** Mesure de la capacité de diffusion K 40 ne peut être attestée qu'une fois quelles que soient les techniques ou les méthodes mises en oeuvre.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Meten van het closing-volume of sluitingsvolume met een toestel of volgens sterk verschillende methodes : meten van het uitgeademde gas Xenon 133, methode met stikstof, met helium en volgens de methode van Professor Petit, door herhaald onderbreken van het luchtdebiet.

ANTWOORD

Deze techniek is niet voorzien en wordt niet vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Bepalen van de ventilatieongelijkheid door de diluatiemethode met stikstof.

ANTWOORD

Die verstrekking moet worden geattesteerd onder nr. 471332 - 471343 ** Bepalen van de ventilatieongelijkheid, met uitsluiting van elk ander onderzoek K 40. Op grond van diezelfde omschrijving mag de verstrekking niet worden samengevoegd met enig ander onderzoek van de longfunctie.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Bepalen van de "debiet-volume"-curve bij maximaal inademen of uitademen.

ANTWOORD

De techniek mag aangerekend worden onder nr. 471251 - 471262 ** Volledige spirografie met bepalen van maximum adem minuten volume K 10.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, b) (Pneumologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in rubriek 508(02) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, c) (Gastro-enterologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Plaatsen van een sonde van Miller-Abbot tot aan het jejunum, onder scopie met televisie.

ANTWOORD

Het plaatsen van een sonde van Miller-Abbot tot aan het jejunum, moet worden geattesteerd onder nr. 472135 - 472146 ** Darmcatheterisatie, inclusief scopie K 10.

De scopie met televisie die daarbij wordt verricht, mag niet worden geattesteerd krachtens de omschrijving van verstrekking nr. 459115 - 459126 Radioscopie met beeldversterker en televisie in gesloten keten in de operatiekamer in de loop van een heekkundige of orthopedische bewerking N 40.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Hoe moeten :

- 1) de resectie van een invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie van het rectum langs het lumen van de aars en
- 2) de elektrocoagulaties voor de plaatselijke recidieven van de invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie geattesteerd worden ?

ANTWOORD

1) De resectie van een invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie langs het lumen van de aars moet, per volledige behandeling worden geattesteerd onder nr. 353231 - 353242 ° Wegnemen of uitroeien door om het even welk procédé (heekkundige behandeling, elektrocoagulatie) van allerhande oppervlakkige tumoren van huid of slijmvliezen of van alle andere rechtstreekse bereikbare niet traumatische letsels, volledige behandeling K 40.

2) De elektrocoagulaties voor de plaatselijke recidieven van die invasieve of potentieel invasieve hypermitotische celproliferatie moeten eveneens worden geattesteerd onder nr. 353231 - 353242 ° K 40.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, c) (Gastro-enterologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 508(03) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Mesure du closing volume ou volume de fermeture au moyen d'appareillage ou de méthodes fort diverses : mesure du gaz xénon 133 expiré, méthode à l'azote, à l'hélium et suivant la méthode du Professeur Petit au moyen de l'interruption itérative du débit aérien.

REPONSE

Cette technique n'est pas prévue et ne peut être remboursée.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Détermination de l'inégalité de la ventilation par la méthode de dilution à l'azote.

REPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le n° 471332 - 471343 ** Détermination de l'inégalité de la ventilation, à l'exclusion de tout autre examen K 40. Sur base de ce même libellé, la prestation ne peut être cumulée avec tout autre examen de la fonction pulmonaire.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Détermination de la courbe « débit-volume » à l'inspiration ou expiration maximale.

REPONSE

La technique peut être portée en compte sous le n° 471251 - 471262 ** Spirographie globale avec détermination du volume expiratoire maximum seconde K 10.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, b) (Pneumologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 508(02) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, c) (Gastro-entérologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Placement d'une sonde de Miller-Abbot jusqu'au jejunum sous scopie télévisée.

REPONSE

Le placement d'une sonde de Miller-Abbot jusqu'au jejunum doit être attesté sous le n° 472135 - 472146 ** Tubage intestinal, y compris la scopie K 10.

La scopie télévisée faite à cette occasion ne peut être attestée en vertu du libellé de la prestation n° 459115 - 459126 Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique N 40.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Comment faut-il attester :

- 1) la résection, par la lumière anale, d'une prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive;
- 2) les électrocoagulations réalisées pour les récurrences locales de cette prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive ?

REPONSE

1) La résection, par la lumière anale, d'une prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive doit être attestée par cure sous le n° 353231 - 353242 ° Ablation ou destruction, quel que soit le procédé (cure chirurgicale, électrocoagulation), de tumeurs superficielles de toute nature de la peau ou des muqueuses ou de toutes autres lésions non traumatiques directement accessibles, par cure K 40.

2) Les électrocoagulations réalisées pour les récurrences locales de cette prolifération cellulaire hypermitotique invasive ou potentiellement invasive doivent également être attestées sous le n° 353231 - 353242 ° K 40.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, c) (Gastro-entérologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(03) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, e) (Cardiologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Op een raadpleging voor cardiologie worden de volgende onderzoeken verricht :

— verstrekking 475075 - 475086 * * Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties K 25

— verstrekking 475812 - 475823 Inspannings- of hypoxieproef, met continue monitoring van minstens één afleiding vóór elke belastingsverandering, op het einde van de proef en gedurende minstens drie minuten na het beëindigen van de proef, meerdere elektrocardiografische registraties op verschillende afleidingen en boeddrukmetingen, met uittreksel en gestandaardiseerd protocol K 35.

Aangezien deze standaardelektrocardiogrammen werden verricht, nuchter, in rusttoestand, bij matige inspanning en bij zeer grote inspanning alsmede bij hypoxie, tarifeert de geneesheer 4 maal het nr. 475075 - 475086 * * K 25 plus 3 maal het nr. 475812 - 475823 K 35.

Wat mag de verzekering vergoeden ?

ANTWOORD

Rekening houdende met het meervoud in de tekst van de verstrekkingen nrs. 475075 - 475086 en 475812 - 475823 mogen die prestaties slechts éénmaal worden geattesteerd.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Behandeling van een aanval van tachycardia paroxysmalis, type Bouveret.

Na elektrocardiografische diagnose is die supraventriculaire tachycardie gereduceerd tot sinusritme door een trage intraveneuze inspuiting onder bestendige E.C.G.-controle. Na de reductie is een controle-elektrocardiogram genomen.

Hoe dienen die verschillende verstrekkingen te worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Voor het geheel mag enkel de verstrekking 475075 - 475086 * * Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties K 25 worden geattesteerd

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Plaatsverandering van een endocavitair sonde voor hartstimulator met openen van de wonde in de hals.

ANTWOORD

De behandeling moet worden getarifeerd onder nr. 212214 - 212225 Hartcatheterismen met het oog op het plaatsen van één of meerdere catheters langs veneuze weg voor tijdelijke atriale en/of ventriculaire stimulatie en/of voor monitoring van de drukken of van de hartdebieten, inclusief de eventuele radioscopische controles met televisie, denudatie, elektrocardiografische controles N 128.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Veneuze druk en circulatiesnelheid.

ANTWOORD

Die verstrekking is niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Gelet op het banaal karakter ervan moet worden aangenomen dat ze deel uitmaakt van de gewone handelingen die zijn gedekt door het honorarium voor raadpleging of, in verplegingsinrichtingen, door het dagelijks forfaitair honorarium voor toezicht.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Een erkende huisarts of een algemeen geneeskundige met verworven rechten, die de in artikel 20, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalde voorwaarden vervult, verricht tijdens dezelfde zitting, een elektrocardiogram bij rust en twee controles na inspanning; hij rekent 3 maal verstrekking 475075 - 475086 * * Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties K 25 aan.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, e) (Cardiologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

A la consultation cardiologique, les examens suivants sont effectués :

— prestation n° 475075 - 475086 * * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25

— prestation n° 475812 - 475823 Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé K 35.

Etant donné que ces électrocardiogrammes standard sont pratiqués à jeun, au repos, à l'effort modéré et très poussé ainsi qu'à l'hypoxie, le médecin tarife 4 fois le n° 475075 - 475086 * * K 25 plus 3 fois le n° 475812 - 475823 K 35.

Que peut rembourser l'assurance ?

REPONSE

Compte tenu du pluriel intervenant dans la rédaction des prestations n° 475075 - 475086 et 475812 - 475823, ces prestations ne peuvent être attestées qu'une seule fois.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Traitement d'une crise de tachycardie paroxystique, type Bouveret.

Après diagnostic électrocardiographique, la tachycardie supraventriculaire a été réduite au rythme sinusal par une injection intraveineuse lente sous contrôle E.C.G. permanent. Après la réduction, un électrocardiogramme de contrôle a été effectué.

Comment faut-il tarifer ces diverses prestations ?

REPONSE

Pour l'ensemble, seule la prestation 475075 - 475086 * * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25 peut être attestée.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Changement de mise en place d'une sonde endocavitair pour stimulateur cardiaque avec ouverture de la plaie dans le cou.

REPONSE

L'acte doit être attesté sous le n° 212214 - 212225 Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôles électrocardiographiques N 128.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Pression veineuse et vitesse circulatoire.

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas cette prestation. Etant donné son caractère banal, il faut considérer qu'elle fait partie des actes courants couverts par les honoraires de consultation ou, en milieu hospitalier, par les honoraires journaliers forfaitaires de surveillance.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un médecin généraliste agréé ou un médecin généraliste avec droits acquis, qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, effectuée, au cours de la même séance, un électrocardiogramme au repos et 2 contrôles après effort, et porte en compte 3 fois la prestation n° 475075 - 475086 * * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25.

ANTWOORD

Rekening houdende met de meervoudsvorm in de omschrijving van de verstrekking nr. 475075 - 475086 ** Elektrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties K 25, mag deze slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd.

Pro memorie, de verstrekking 475812 - 475823 Inspannings- of hypoxieproef, met continue monitoring van minstens één afleiding vóór elke belastingsverandering, op het einde van de proef en gedurende minstens drie minuten na het beëindigen van de proef, meerdere elektrocardiografische registraties op verschillende afleidingen en bloeddrukmetingen, met uittreksel en gestandaardiseerd protocol K 35 is niet toegankelijk voor de algemeen geneeskundige, noch voor de algemeen geneeskundige met verworven rechten, noch voor de erkende huisarts.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Metten van het hartdebiet volgens de methode van Fick.

ANTWOORD

Het meten van het hartdebiet volgens de methode van Fick mag worden vergoed onder nr. 476011 - 476022 Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus... langs de aders K 80.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Metten van het hartdebiet door thermodilutie dat terzelfdertijd wordt verricht als verstrekking nr. 476011 - 476022 Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurve op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de elektrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadpleging) : langs de aders K 80.

ANTWOORD

Verstrekking nr. 476114 - 476125 Metten van het hartdebiet door de curven van thermodilutie of door de curven van kleurstofdilutie en berekenen van de circulatietijden : bij rust, minimum twee afzonderlijke metingen K 60 mag worden samengevoegd met nr. 476011 - 476022 K 80, voor zover de componenten waarin is voorzien in de omschrijving van laatstgenoemde verstrekking, afzonderlijk zijn verricht.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Elektrocardiogram thuis door een algemeen geneeskundige met verworven rechten of een erkende huisarts, die de in artikel 20 § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalde voorwaarden vervult.

ANTWOORD

Het elektrocardiogram dat bij een rechthebbende thuis wordt verricht door een algemeen geneeskundige die de in artikel 20, § 3, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalde voorwaarden vervult, moet worden geattesteerd onder nr. 475075 ** Electrocardiografische onderzoeken, met protocol, ten minste 12 verschillende derivaties K 25. Die verstrekking en het bezoek thuis mogen worden gecumuleerd.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Mag verstrekking nr. 475016 - 475020 ** Elektrische defibrillatie van het hart, inclusief elektrocardiografische controle tijdens bewerking K 50 worden geattesteerd in geval van een ingreep met open thorax ?

ANTWOORD

Naar analogie van verstrekking nr. 212111 - 212122 Elektrische defibrillatie van het hart in geval van circulatiestilstand en/of elektrostimulatie van het hart door uitwendige hartprikelaar, inclusief de elektrocardiografische controle, buiten de ingrepen met open thorax en de verstrekkingen 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180 N 96, mag verstrekking 475016 - 475020 niet worden geattesteerd in geval van ventriculaire defibrillatie tijdens een ingreep met open thorax.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Hoe moeten de manipulaties die worden verricht voor een onderzoek, dat bestaat uit een selectieve coronarografie van de rechter- en van de linkerkransslagader, beide verricht onder verscheidene invalshoeken en aangevuld met een ventriculografie links, worden getarifeerd ?

REPONSE

Compte tenu du pluriel intervenant dans le libellé de la prestation n° 475075 - 475086 * Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25, celle-ci ne peut être attestée qu'une seule fois par séance.

Pour mémoire, la prestation 475812 - 475823 Epreuve d'effort ou d'hypoxie avec monitoring continu d'au moins une dérivation avant chaque changement de charge, à la fin de l'épreuve et pendant au moins trois minutes après la fin de l'épreuve, plusieurs enregistrements électrocardiographiques de différentes dérivations et mesures de tension artérielle, avec extraits et protocole standardisé K 35 n'est accessible ni au médecin de médecine générale, ni au médecin généraliste avec droits acquis, ni au médecin généraliste agrégé.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Mesure du débit cardiaque par la méthode de Fick.

REPONSE

La mesure du débit cardiaque par la méthode de Fick peut être remboursée sous le n° 476011 - 476022 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux... par voie veineuse K 80.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Mesure du débit cardiaque par thermo-dilution, effectuée en même temps que la prestation n° 476011 - 476022 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation) : par voie veineuse K 80.

REPONSE

La prestation 476114 - 476125 Mesure du débit cardiaque par les courbes de thermo-dilution ou par les courbes de dilution de colorant et calcul des temps circulatoires : au repos, deux déterminations séparées au minimum K 60 est cumulable avec le n° 476011 - 476022 K 80 pour autant que les composantes prévues dans le libellé de cette dernière soient réalisées séparément.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

E.C.G. à domicile par un médecin généraliste avec droits acquis ou un médecin généraliste agrégé, qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé.

REPONSE

L'E.C.G. effectué au domicile du bénéficiaire par le médecin de médecine générale qui remplit les conditions prévues à l'article 20, § 3, de la nomenclature des prestations de santé, doit être attesté sous le n° 475075 ** Examens électrocardiographiques avec protocole, 12 dérivations différentes au minimum K 25. Cette prestation est cumulable avec la visite à domicile.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

La prestation 475016 - 475020 ** Défibrillation électrique du coeur, y compris le contrôle électrocardiographique pendant l'intervention K 50 peut-elle être attestée en cas d'intervention à thorax ouvert ?

REPONSE

Par analogie à la prestation 212111 - 212122 Défibrillation électrique du coeur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du coeur par pace-maker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180 N 96, la prestation 475016 - 475020 ne peut pas être attestée en cas de défibrillation ventriculaire au cours d'une intervention à thorax ouvert.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Comment faut-il tarifier les manipulations effectuées pour un examen comprenant une coronarographie sélective de la coronaire droite ainsi que de la coronaire gauche, effectuées chacune sous plusieurs incidences et complétées par une ventriculographie gauche ?

ANTWOORD

De verstrekking 468355 – 468366 Manipulaties met het oog op een selectieve coronarografie K 118 is op 1 juni 2001 geschrapt.

Indien de manipulatie is beperkt tot het inspuiten van het contrastmiddel in het linkerventrikel, beantwoordt de verstrekking niet aan het nummer 476055 - 476066 Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de elektrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : langs arteriële weg K 134 en moet ze worden geattesteerd onder het nummer 476195 - 476206 Hartcatheterismen met het oog op angiocardiografieën en/of angiopneumografieën, inclusief de eventuele denudatie, radioscopische controles met televisie, elektrocardiografische controles (mogen niet worden gecumuleerd met de raadpleging) K 60.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, e) (Cardiologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 508(05) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, met uitzondering van de interpretatieregels goedgekeurd door het Verzekeringscomité op 7 mei 2001.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, g) (Reumatologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Wordt verstrekking nr. 291012 - 291023 Trepanatie van tibia N 200 vergoed, wanneer ze als verwante handeling wordt uitgevoerd door een geneesheer die erkend is als specialist voor fysische geneeskunde en voor revalidatie of voor fysiotherapie of voor reumatologie ?

ANTWOORD

Er bestaat geen officiële lijst van verwante handelingen omdat die verstrekkingen te talrijk zijn en de voorwaarden waaronder ze mogen worden verricht, te verscheiden zijn. Het doel van die verwante handelingen is de geneesheer-specialist in staat te stellen zelf de onderzoeken uit te voeren welke bijdragen tot de diagnose van een aandoening die tot zijn discipline behoort en hem de gelegenheid geven de behandelingen die specifiek tot zijn specialisme behoren, te vervolmaken door aanvullende of bijkomende therapieën.

Een bloedige heelkundige bewerking (in dit geval een ingreep op de beenderen) kan niet worden beschouwd als een met het specialisme fysische geneeskunde of revalidatie of fysiotherapie noch met reumatologie verwante verstrekking.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangt de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, g) (Reumatologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 508(07) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 21 (Dermato-venereologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

a) Een patiënt heeft aan de onderste ledematen plekken van varicositas en venulae. Ter hoogte van verscheidene plekken verricht men een elektrische of chemische coagulatie. Wat moet worden geattesteerd?

b) Wat ingeval van behandeling van een geïsoleerde plek?

c) Moet er een onderscheid worden gemaakt tussen een chemische en een elektrische coagulatie (scleroserende inspuiting : chemische of elektrische microsclerose of microcoagulatie)?

ANTWOORD

De elektrocoagulatie van varicositas wordt per zitting getarifeerd onder nr. 531215 – 531226 Electrocoagulieren of electrolyse van haartjes of van varicositas per zitting K 6.

De chemische sclerose door inspuiting in aders komt voor onder nr. 144071 - 144082 * Scleroserende inspuiting in aders, wegens aderspaten, per verrichting K 4. Ze mag niet worden geattesteerd onder het nummer dat is vastgesteld voor de elektrocoagulatie.

REPONSE

La prestation 468355 – 468366 Manipulations en vue d'une coronarographie sélective K 118 a été supprimée le 1^{er} juin 2001.

Si la manipulation pour la ventriculographie s'est limitée à l'injection du produit opacifiant dans le ventricule gauche : la prestation ne répond pas au numéro 476055 - 476066 Cathétérismes cardiaques avec enregistrement graphique des courbes de pressions à différents niveaux, y compris éventuellement les prises d'échantillons de sang pour dosage, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques, la dénudation et l'injection de produits opacifiants avec ou sans épreuve d'effort ou épreuve pharmacodynamique, avec protocole et tracés (non cumulables avec la consultation) : par voie artérielle K 134; elle doit être attestée 476195 - 476206 Cathétérismes cardiaques en vue d'angiocardiographies et/ou angiopneumographies y compris la dénudation, les contrôles radioscopiques télévisés, les contrôles électrocardiographiques éventuels (non cumulable avec la consultation) K 60.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, e) (Cardiologie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(05) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé, à l'exception de la règle interprétative approuvée par le Comité de l'assurance le 7 mai 2001.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, g) (Rhumatologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation n° 291012 - 291023 Trépanation du tibia N 200 est-elle remboursée lorsqu'elle a été effectuée, au titre d'acte connexe, par un médecin spécialiste agréé en médecine physique et en réadaptation ou en physiothérapie ou en rhumatologie ?

REPONSE

La liste des actes connexes n'est pas codifiée en raison même de la multiplicité de ces prestations et de la diversité des conditions dans lesquelles elles peuvent s'effectuer. Ils doivent répondre au souci de permettre à un médecin spécialiste de procéder lui-même aux examens qui contribuent au diagnostic d'une affection relevant de sa discipline et de parfaire par des thérapeutiques complémentaires ou accessoires les traitements relevant spécifiquement de sa spécialité.

Une intervention chirurgicale sanglante (en l'occurrence une intervention sur les os) ne peut être considérée comme prestation connexe à la spécialité de médecine physique ou de réadaptation ou physiothérapie ni à la rhumatologie.

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au *Moniteur belge* et remplace la règle interprétative publiée à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, g) (Rhumatologie), notamment la règle publiée sous la rubrique 508(07) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 21 (Dermato-venereologie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

a) Un patient est porteur aux membres inférieurs de plaques de varicosités et de veinules. On effectue au niveau de plusieurs de celles-ci une coagulation électrique ou chimique. Que faut-il attester?

b) Qu'en est-il en cas de traitement d'une plaque isolée?

c) Y a-t-il une distinction à faire entre coagulation chimique et électrique (injection sclérosante : micro-sclérose ou micro-coagulation chimique ou électrique)?

REPONSE

L'électrocoagulation de varicosité(s) est tarifée par séance sous le numéro 531215 – 531226 Electrocoagulation ou électrolyse des poils ou des varicosités, par séance K 6.

La sclérose chimique par injection des veines est prévue sous le numéro 144071 – 144082 *Injection sclérosante des veines, pour varices, par séance K 4. Elle ne peut pas être attestée sous le numéro prévu pour l'électrocoagulation.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag tijdens een zelfde zitting meer dan één verstrekking worden geattesteerd wanneer het gaat om de verstrekkingen :

112313 - 112324 * Scleroserende inspuiting wegens aambeien, per verrichting K 10;

531016 - 531020 Scleroserende inspuiting wegens angiomen K 6 ?

ANTWOORD

Verstrekking 112313 - 112324 * Scleroserende inspuiting wegens aambeien, per verrichting K 10 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal inspuitingen en behandelde letsels.

Verstrekking 531016 - 531020 Scleroserende inspuiting wegens angiomen K 6 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal inspuitingen en behandelde angiomen.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 21 (Dermatovenerologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 509 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 22 (Fysiotherapie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Mag de verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling die ten minste twee van de hierna vermelde technieken omvat, per zitting (revalidatie door beweging, hydrotherapie in zwembad, ergotherapie, psychomotoriek, elektrotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen) K 15 worden geattesteerd door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde?

ANTWOORD

De therapeutische fysiotherapieverstrekkingen mogen door bepaalde zorgverleners (b.v. chirurg-orthopedist) voor hun eigen patiënten als verwante verstrekkingen worden geattesteerd, met uitzondering van de verstrekkingen inzake multidisciplinaire revalidatie (558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die door de nomenclatuur worden voorbehouden voor de fysiotherapeut of de geneesheer, specialist voor revalidatie.

Wanneer de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat : "de verstrekking nr 558633 - 558644 eveneens mag worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene geneeskunde, door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, of door een geneesheer, specialist voor reumatologie", wil ze de toegang tot de andere verstrekkingen van de nomenclatuur inzake fysiotherapie niet verbieden aan de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, maar wil ze verduidelijken dat de verstrekking 558633 - 558644 Aantonen en meten van atypische functionele dorsolumbale orthopedische rug- en gewrichtsklachten... K 50 beschouwd wordt als deel uitmakend van de nomenclatuur van de chirurg-orthopedist. Het probleem van de "connexiteit" rijst derhalve niet ten aanzien van de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde voor die verstrekking.

Dat belet niet dat de connexiteitsregels (al dan niet) worden toegepast voor de andere fysiotherapie-verstrekkingen (met uitzondering van de verstrekkingen 558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die verricht worden door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde of een andere zorgverlener die geen fysiotherapeut is.

De geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, mag voor zijn eigen zieken die hij in het kader van zijn specialisme verzorgt, de verstrekkingen van artikel 22, II a) Therapeutische verstrekkingen, aanrekenen, voorzover de voorwaarden betreffende de fysieke aanwezigheid die opgenomen zijn in artikel 1, § 4bis, II, B, 2, van de nomenclatuur vervuld zijn.

De verstrekking 558795 - 558806 Revalidatie-behandeling...K 15 mag bijgevolg door de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde als een verwante verstrekking worden geattesteerd, voor zijn eigen patiënten die hij in behandeling heeft in het kader van zijn specialisme.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 24 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (klinische biologie) :

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on attester plus d'une prestation au cours de la même séance en ce qui concerne les prestations :

112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10;

531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ?

REPONSE

La prestation 112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre d'injections et de lésions traitées.

La prestation 531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ne peut être attestée qu'une fois par séance quel que soit le nombre d'injections et d'angiomes traités.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 21 (Dermato-vénérologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 509 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 22, (Physiothérapie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance (rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

REPONSE

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle.

Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que : "La prestation n° 558633 - 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 - 558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la "connexité" ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

Le médecin spécialiste en orthopédie peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1^{er}, § 4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 24 de la nomenclature des prestations de santé (biologie clinique) :

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Onder welk codenummer moet het meten van de zuurstofsaturatie van hemoglobine worden geattesteerd?

ANTWOORD

De verstrekking 540536 – 540540 Meten van de O_2 -saturatie van hemoglobine (met uitsluiting van iedere berekening) (Maximum 1) Klasse 8 ... B 100 mag worden geattesteerd op voorwaarde dat het gaat om een directe analyse van de bloedgassen in vitro.

Deze verstrekking mag meerdere malen per dag worden geattesteerd.

Het meten van de zuurstofsaturatie van hemoglobine door transcutane oxymetrie is niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en mag niet worden geattesteerd.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 25 (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Een geneesheer-specialist wordt door een ander geneesheer aan het bed van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende geroepen. Mogen de reiskosten worden vergoed?

ANTWOORD

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorziet niet in de vergoeding van de eventuele reiskosten.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Artikel 25, § 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen preciseert dat :

« Als de medische permanentie volgens een beurtrol verdeeld is over verscheidene ziekenhuizen, moeten de honoraria pro rata temporis worden betaald. Het volledig forfaitair bedrag wordt aangerekend voor al de opnemingen die hebben plaatsgehad gedurende de periode dat het betrokken ziekenhuis instond voor de permanentie, en gedurende dewelke de arts continu in het ziekenhuis aanwezig was, terwijl niets aangerekend wordt voor de opnemingen tijdens die periode in de andere ziekenhuizen. » .

Wat mag een algemeen ziekenhuis aanrekenen dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een erkende functie voor intensieve zorg, in de periode waarin het niet de permanentiedienst 100 uitoefent ?

ANTWOORD

In de periode waarin het niet de permanentie-dienst 100 uitoefent mag het betrokken ziekenhuis de verstrekking 590225 Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, (i), K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een erkende functie voor intensieve zorg A 40 niet aanrekenen.

Het kan wel de verstrekking 590203 Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, (i), K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor intensieve zorg A 28 aanrekenen voor de functie voor intensieve zorg, voor zover deze erkend is en dat de wachtdienst verzekerd is volgens de geldende functiecriteria.

Te noteren is dat het ziekenhuis dat tijdens de periode waarin het de permanentiedienst 100 organiseert de verstrekking 590225 attesteert moet beantwoorden aan de voorwaarde vermeld onder de omschrijving, namelijk :

« Minstens één van de artsen met intramurale permanentie is, of houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, of houder van de bijzondere beroepstitel intensieve zorgen, of een erkend specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, reumatologie, neurologie, pediatrie, anesthesie-reanimatie, heekunde, neurochirurgie, orthopedie, plastische heekunde, urologie. ».

De voornoemde interpretatieregel is van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangt de tot op heden gepubliceerde interpretatieregel betreffende de rubriek 201 (Reiskosten) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 26 van de nomenclatuur (Bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen) :

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester la mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine ?

REPONSE

La prestation 540536 – 540540 Mesure de la saturation en O_2 de l'Hb (à l'exclusion de tout calcul) (Maximum 1) Classe 8, ... B 100 peut être attestée à condition qu'il s'agisse d'une analyse directe des gaz sanguins in vitro.

Cette prestation peut être attestée plusieurs fois par jour.

La mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine par l'oxymétrie transcutanée n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et ne peut pas être attestée.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Un médecin spécialiste est appelé par un autre médecin au chevet d'un bénéficiaire hospitalisé. Peut-on rembourser les frais de déplacement ?

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas le remboursement des frais de déplacement éventuels.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

L'article 25, § 3, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Lorsque la fonction de permanence médicale est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager pro rata temporis. Le forfait total est porté en compte pour toutes les admissions ayant eu lieu au cours de la période durant laquelle la permanence était assurée par l'hôpital en question, et au cours de laquelle le médecin était présent dans l'hôpital de façon ininterrompue, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour les admissions effectuées au cours de cette période. » .

Que peut attester un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs, pendant la période au cours de laquelle il n'exerce pas la permanence "100" ?

REPONSE

Pendant la période où il n'exerce pas la permanence "100", l'hôpital en question ne peut pas attester la prestation 590225 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs A 40.

Il peut attester la prestation 590203 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins intensifs A 28 pour la fonction de soins intensifs, pour autant que cette dernière soit agréée et que la garde soit assurée selon les critères de fonctionnement en vigueur.

A noter que pendant la période où il organise la permanence "100", l'hôpital qui atteste la prestation 590225 A 40 doit répondre à la condition mentionnée sous le libellé, à savoir :

« Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie. ».

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au *Moniteur belge* et remplace la règle interprétative publiée à ce jour sous la rubrique 201 (Frais de déplacement) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 26 de la nomenclature des prestations de santé (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié) :

INTERPRETATIEREGEL 1

VRAAG

Mag het bijkomend honorarium voor dringende technische verstrekkingen worden vergoed voor verstrekkingen inzake tandverzorging ?

ANTWOORD

Het bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen komt voor onder hoofdstuk V, afdeling 13 - Speciale technische geneeskundige verstrekkingen. Er moet evenwel worden vastgesteld dat in de daarop volgende opmerkingen nader wordt gezegd dat voor sommige verstrekkingen van een ander hoofdstuk, ten deze hoofdstuk IV Verlosingen, geen bijkomend honorarium wordt vergoed. Hieruit kan worden afgeleid dat die vergoeding mag worden verleend voor de technische verstrekkingen van andere hoofdstukken die niet met name zijn uitgesloten. Derhalve kan de tandverzorging gerangschikt onder hoofdstuk III gewone geneeskundige hulp, hoewel daaraan sleutelletter L is toegewezen, ook aanleiding geven tot het vergoeden van het bijkomend honorarium wanneer aan de maatstaven inzake spoed en onvoorziene karakter is voldaan.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Tijdens een bezoek aangevraagd overdag maar door een geneesheer, om persoonlijke redenen, verricht 's avonds of 's nachts, dienen bovendien bepaalde dringende technische verstrekkingen te worden verricht.

Geven deze technische verstrekkingen aanleiding tot de betaling van het bijkomend honorarium dat voorzien is in artikel 26 van de nomenclatuur ?

ANTWOORD

Aangezien het bezoek als een bezoek overdag moet worden beschouwd, moeten de te dier gelegenheid verleende technische verstrekkingen normaal op dezelfde manier worden beschouwd als het bezoek in de loop waarvan ze zijn verricht.

Ze mogen des te minder als dringende verstrekkingen worden beschouwd, daar het precies de late aankomst van de geneesheer is - en niet de late oproep van de zieke - welke de late uitvoering ervan tot gevolg heeft gehad.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Bijkomend honorarium voor dringende spoed voor een technische verstrekking verricht door een in artikel 10, § 2 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bedoelde stagedoende geneesheer, onder de in artikel 1, § 4ter, 1, laatste lid van evengenoemde nomenclatuur vastgestelde voorwaarden. De technische verstrekking wordt tegen 75 pct. van haar waarde aangerekend.

ANTWOORD

De berekening van het bijkomend honorarium moet geschieden op basis van de betrekkelijke waarde van de verstrekking, verminderd tot 75 pct.

Voorbeeld :

75 pct. van de betrekkelijke waarde K 25 = K 18,75

Bijkomend honorarium : 599631 - 599642 K 20.

Indien verscheidene verstrekkingen worden verricht, wordt het bijkomend honorarium berekend op de som van de aan elke van die verstrekkingen toegekende betrekkelijke waarde, verminderd tot 75 pct.

Voorbeeld :

75 pct. van (K 120 + K 18) = K 103,5

Bijkomend honorarium : 599572 - 599583 K 80.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen wanneer sommige verstrekkingen een betrekkelijke waarde K hebben en andere N.

ANTWOORD

In artikel 26, § 1, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden tegelijkertijd betrekkelijke waarden met de sleutelletters K en N opgesomd, en in datzelfde artikel, § 7, wordt bepaald dat in geval van menigvuldige, dringend verrichte verstrekkingen bij een zelfde zieke, de som van de voor elke verstrekking bepaalde honoraria de basis is voor het berekenen van het bijkomend honorarium.

Wanneer derhalve verstrekkingen in K en N samen in rekening worden gebracht, is het voor het bepalen van het bijkomend honorarium, aangewezen de betrekkelijke waarde van N om te zetten in K, door de betrekkelijke waarde van N met 0,6 te vermenigvuldigen.

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Le supplément pour prestations techniques urgentes peut-il être remboursé pour des prestations dentaires ?

REPONSE

Le supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié figure à la section 13 du chapitre V Prestations techniques médicales spéciales. Il faut cependant constater que dans les remarques qui y font suite, il est précisé que certaines prestations d'un autre chapitre, en l'occurrence le chapitre IV Accouchements, ne donnent pas lieu au remboursement du supplément. L'on peut en conclure que les prestations techniques d'autres chapitres qui ne sont pas nommément exclus peuvent donner lieu à ce remboursement. Dès lors, les soins dentaires classés au chapitre III Soins courants peuvent également donner lieu au remboursement du supplément - bien qu'ils soient affectés de la lettre-clé L - lorsque les critères d'urgence et d'imprévisibilité sont réalisés.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Au cours d'une visite demandée le jour mais effectuée le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin, certaines prestations techniques réputées urgentes doivent être pratiquées.

Ces prestations techniques donnent-elles droit aux honoraires supplémentaires visés à l'article 26 de la nomenclature ?

REPONSE

Etant donné que la visite est considérée comme une visite de jour, les prestations techniques effectuées à cette occasion doivent normalement être considérées au même titre que la visite au cours de laquelle elles ont été pratiquées.

Elles peuvent d'autant moins être considérées comme prestations urgentes que c'est l'arrivée tardive du médecin - et non l'appel tardif du malade - qui a entraîné le retard de leur exécution.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Supplément d'urgence pour une prestation technique effectuée par un médecin stagiaire visé à l'article 10, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, dans les conditions prévues à l'article 1, § 4ter, 1, dernier alinéa, de ladite nomenclature. La prestation technique est attestée à 75 % de sa valeur.

REPONSE

Le calcul du supplément doit se faire sur base de la valeur relative de la prestation ramenée à 75 %.

Exemple :

75 % de la valeur relative K 25 = K 18,75.

Supplément : 599631 - 599642 K 20.

Si plusieurs prestations sont effectuées, le supplément se calcule sur la somme des valeurs relatives attribuées à chacune d'elles, réduite à 75 %.

Exemple :

75 % de (K 120 + K 18) = K 103,5

Supplément : 599572 - 599583 K 80.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Supplément pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié, lorsque certaines prestations ont une valeur relative en K et d'autres en N.

REPONSE

L'article 26 de la nomenclature des prestations de santé mentionne, en son § 1^{er}, des valeurs relatives à la fois sous des lettres-clés K et N et dispose, en son § 7, qu'en cas de prestations multiples effectuées d'urgence chez un même malade, la somme des honoraires pour chacune d'entre elles constitue la base sur laquelle est déterminé le supplément.

Dès lors, lorsque des prestations en K et en N entrent en ligne de compte conjointement pour permettre le bénéfice du supplément, il est indiqué de convertir la valeur relative de N en K, en multipliant la valeur relative de N par 0,6.

Voorbeeld :

Verstrekkingen

K 40 + K 20 + N 25 + N 15

$(K 40 + K 20) + (N 25 + N 15) \times 0,6$.

Wanneer verstrekkingen met een betrekkelijke waarde in K worden verricht en andere met een betrekkelijke waarde in I, moet dezelfde berekeningswijze worden gebruikt omdat I en N als gelijkwaardig worden beschouwd.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Hoe dienen de beschikkingen van artikel 26, §§ 6 en 7, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen te worden toegepast, wanneer 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag dringend verstrekkingen met remgeld en zonder remgeld worden verricht ?

ANTWOORD

Het persoonlijk aandeel van de rechthebbende moet worden berekend op de som van de verstrekkingen gerangschikt onder de gewone geneeskundige hulp en van het desbetreffend bijkomend honorarium.

Het bedrag van de te verlenen vergoeding wordt verkregen door van het totaal bedrag van de honoraria het bedrag van het aandeel van de rechthebbende af te trekken.

Voorbeelden :

Een verzekerde die geen recht heeft op de verhoogde verzekerings- tegemoetkoming, ondergaat de volgende verstrekkingen :

a) drie niet-heelkundige verstrekkingen gerangschikt in artikel 3, § 1, van de nomenclatuur :

K 15

K 6

K 6.

Honorarium van de geneesheer :

Voor de verstrekkingen : $K 15 + K 6 + K 6 = K 27$

Bijkomend honorarium : K 40.

Totaal : $K 27 + K 40 = K 67$.

Persoonlijk aandeel van de rechthebbende :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4} = \frac{K67}{4}$$

Vergoeding van de verzekering :

$$K67 - \frac{K67}{4}$$

b) drie niet-heelkundige verstrekkingen van artikel 3, § 1, + 2 verstrekkingen gerangschikt in artikel 14 van de nomenclatuur :

K 15

K 6

K 6

K 225

K 180

Honorarium van de geneesheer :

Voor de verstrekkingen :

$$K225 + \frac{K180}{2} + K15 + K6 + K6 = K342$$

Bijkomend honorarium : K 150.

Totaal : $K 342 + K 150 = K 492$.

Persoonlijk aandeel van de rechthebbende :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4}$$

(d.w.z. het bijkomend honorarium dat overeenstemt met de som van

de gewone geneeskundige hulp) = $\frac{K67}{4}$

Vergoeding van de verzekering :

$$K492 - \frac{K67}{4}$$

Er dient in herinnering te worden gebracht dat het bijkomend honorarium waarin is voorzien onder hoofdstuk V, afdeling 13, van de nomenclatuur, alleen maar wordt vergoed voor de verstrekkingen die 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag dringend moeten worden verricht.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 26 (Bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 513 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

Exemple :

Prestations :

K 40 + K 20 + N 25 + N 15

$(K 40 + K 20) + (N 25 + N 15) \times 0,6$.

Lorsque des prestations sont affectées d'une valeur relative en K et d'autres en I, la même façon de calculer doit s'appliquer, I étant considéré comme équivalent à N.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Comment y a-t-il lieu d'appliquer les dispositions de l'article 26, §§ 6 et 7 de la nomenclature des prestations de santé lorsque des prestations avec ticket modérateur et sans ticket modérateur sont effectuées en urgence pendant la nuit, le week-end ou un jour férié ?

REPONSE

L'intervention personnelle du bénéficiaire doit être calculée sur la somme des prestations classées parmi les soins courants et du supplément y afférent.

Le montant du remboursement à accorder est obtenu par la différence entre le montant total des honoraires et le montant de la quote-part du bénéficiaire.

Exemples :

Un assuré, qui ne bénéficie pas de l'intervention majorée, subit les prestations suivantes :

a) 3 prestations non chirurgicales classées à l'article 3, § 1^{er}, de la nomenclature :

K 15

K 6

K 6

Honoraires du médecin :

Pour les prestations : $K 15 + K 6 + K 6 = K 27$.

Supplément : K 40

Total : $K 27 + K 40 = K 67$.

Intervention personnelle du bénéficiaire :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4} = \frac{K67}{4}$$

Remboursement de l'assurance :

$$K67 - \frac{K67}{4}$$

b) 3 prestations non chirurgicales de l'article 3, § 1^{er} + 2 prestations classées à l'article 14 de la nomenclature :

K 15

K 6

K 6

K 225

K 180

Honoraires du médecin :

Pour les prestations :

$$K225 + \frac{K180}{2} + K15 + K6 + K6 = K342$$

Supplément : K 150.

Total : $K 342 + K 150 = K 492$.

Intervention personnelle du bénéficiaire :

$$\frac{K15 + K6 + K6}{4} + \frac{K40}{4}$$

(c'est-à-dire le supplément correspondant à la somme des soins

courants) = $\frac{K67}{4}$

Remboursement de l'assurance :

$$K492 - \frac{K67}{4}$$

Il convient de rappeler que le supplément prévu au chapitre V, section 13, de la nomenclature n'est remboursé que pour les prestations qui doivent être faites d'urgence pendant la nuit, le week-end ou un jour férié.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 26 (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié), notamment les règles publiées sous la rubrique 513 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.