

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2007 — 2485

[C — 2007/22962]

3 JUIN 2007. — Arrêté royal modifiant les articles 12, § 1^{er}, a), et 21, § 1^{er}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005, et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment les articles 12, § 1^{er}, a), modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 janvier 1991, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 27 février 2002 et 26 mars 2003, et 21, § 1^{er}, remplacé par l'arrêté royal du 29 avril 1999 et modifié par l'arrêté royal du 9 décembre 2003;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de ses réunions des 19 septembre 2006 et 28 novembre 2006;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donnés les 19 septembre 2006 et 28 novembre 2006;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 11 décembre 2006;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 10 janvier 2007;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 12 février 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 13 mars 2007;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 22 mars 2007;

Vu l'avis 42.661/1 du Conseil d'Etat, donné le 17 avril 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 12, § 1^{er}, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 22 janvier 1991, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 27 février 2002 et 26 mars 2003, sont apportées les modifications suivantes :

1^o L'intitulé qui précède la prestation 201073-201084 est remplacé par l'intitulé suivant :

« Anesthésie générale, rachidienne, épidurale ou du plexus brachial pratiquée au cours d'une prestation : »;

2^o La prestation suivante est insérée après la prestation 201294-201305 :

« 201095-201106

Anesthésie générale lors des prestations 532733-532744 ou 532755-532766 K 45"

Art. 2. L'article 21, § 1^{er}, de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 29 avril 1999 et modifié par l'arrêté royal du 9 décembre 2003, est complété comme suit :

« Traitement au laser pour "naevus flammeus"

532733 – 532744

Traitement d'essai y compris le rapport, accompagné de photos en couleurs, pour le Collège des médecins-directeurs K 50

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2007 — 2485

[C — 2007/22962]

3 JUNI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 12, § 1, a), en 21, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op de artikelen 12, § 1, a), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 januari 1991, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 27 februari 2002 en 26 maart 2003, en 21, § 1, vervangen bij het koninklijk besluit van 29 april 1999 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 december 2003;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergaderingen van 19 september 2006 en 28 november 2006;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 19 september 2006 en 28 november 2006;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 11 december 2006;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 10 januari 2007;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 12 februari 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 13 maart 2007;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 22 maart 2007;

Gelet op advies 42.661/1 van de Raad van State, gegeven op 17 april 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In het artikel 12, § 1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 22 januari 1991, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 27 februari 2002 en 26 maart 2003, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o Het opschrift die de verstrekking 201073-201084 voorafgaat wordt door het volgende opschrift vervangen :

« Algemene, rachi-, epidurale of plexus brachialisanesthesie verricht tijdens een verstrekking : »;

2^o De volgende verstrekking wordt na de verstrekking 201294-201305 ingevoegd :

« 201095-201106

Algemene anesthesie bij de verstrekkingen 532733-532744 of 532755-532766 K 45"

Art. 2. Artikel 21, § 1, van dezelfde bijlage, vervangen bij het koninklijk besluit van 29 april 1999 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 december 2003, wordt aangevuld als volgt :

« Laserbehandeling voor "naevus flammeus"

532733 – 532744

Proefbehandeling inclusief verslag met kleurenfoto's voor het College van geneesheren-directeurs K 50

532755 – 532766

Traitement : maximum K 3000

1° Les prestations 532733-532744 et 532755-532766 ne peuvent être remboursées que pour le naevus flammeus congénital d'au moins 4 cm², qui ne tend pas à disparaître spontanément et localisé sur les parties visibles de la tête, du cou ou des mains :

a) Tête : à l'exception du cuir chevelu;

b) Cou : au-dessus de l'horizontale qui relie les deux acromions;

c) Mains : jusqu'à 1 cm proximal de la ligne qui relie les styloïdes cubitale et radiale.

Les surfaces de différentes lésions plus petites peuvent être additionnées pour le calcul de la surface totale.

2° Les honoraires des prestations 532733-532744 et 532755-532766 couvrent l'intervention et l'utilisation de l'appareillage.

3° La prestation 532733-532744 ne peut être remboursée au maximum que deux fois par bénéficiaire. Un traitement d'essai doit toujours au moins être effectué avec un *Pulsed Dye Laser (PDL)*.

4° Les traitements effectués avec d'autres types de laser que *PDL* ne peuvent entrer en ligne de compte pour le remboursement que si le traitement d'essai présente un meilleur résultat par rapport à la surface traitée avec le *PDL*. Un changement de type de laser nécessite également l'accord préalable du Collège des médecins-directeurs.

5° La prestation 532755-532766 ne peut être honorée que si le Collège des médecins-directeurs a donné son approbation préalablement au traitement.

6° Toutes les demandes de remboursement ou de modification du remboursement de la prestation 532755-532766 sont envoyées par l'intermédiaire de l'organisme assureur au Collège des médecins-directeurs avec un formulaire et des pièces justificatives tels que prescrits par le Collège et le rapport mentionné dans le libellé de la prestation 532733-532744. Ce rapport contient au minimum la nature, la localisation et les dimensions des lésions, documentées au moyen de photos en couleurs, récentes et datées, des lésions conjointement avec une règle graduée de référence, avant et après le traitement d'essai. Le rapport doit démontrer clairement le résultat positif du traitement d'essai.

7° Au maximum 8 phases de traitement peuvent être remboursées. Par phase de traitement, on entend l'irradiation complète par rayons laser de toutes les taches de vin du bénéficiaire pour lesquelles une autorisation d'intervention a été accordée. En cas de taches plus importantes, une phase de traitement peut éventuellement être scindée en deux ou plusieurs séances.

8° Le Collège des médecins-directeurs précise dans son accord le type de laser, la surface, le nombre de phases de traitement et le montant du remboursement. Le remboursement par phase de traitement comprend un forfait d'une valeur de K 40 et un remboursement de K 1 par cm² traité. Les honoraires de la prestation 532755-532766 constituent un maximum par bénéficiaire. L'accord n'est valable que pour le type de laser pour lequel le traitement d'essai a donné le meilleur résultat. »

Art. 3. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} avril 2007.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

532755 – 532766

Behandeling : maximum K 3000

1° De verstrekkingen 532733-532744 en 532755-532766 komen alleen voor tegemoetkoming in aanmerking voor de congenitale naevus flammeus met een oppervlakte van minstens 4 cm² die geen neiging vertoont spontaan te verdwijnen, en die gelokaliseerd is op de zichtbare gedeelten van hoofd, hals of handen :

a) Hoofd : met uitzondering van de behaarde hoofdhuid;

b) Hals : boven de horizontale die de beide acromions verbindt;

c) Handen : tot 1 cm proximaal van de lijn die de processus styloideus ulnaris en radialis verbindt.

De oppervlakte van meerdere kleinere letsels mag samengevoegd worden voor de berekening van het totaal.

2° Het honorarium van de verstrekkingen 532733-532744 en 532755-532766 dekt de ingreep en het gebruik van de apparatuur.

3° De verstrekking 532733-532744 kan maximum tweemaal per rechthebbende aangerekend worden. Een proefbehandeling moet steeds minstens met een *Pulsed Dye Laser (PDL)* worden uitgevoerd.

4° Behandelingen met andere lasertypes dan *PDL* komen alleen voor tegemoetkoming in aanmerking als de proefbehandeling hiervoor een beter resultaat aantoonst in vergelijking met de *PDL* behandelde oppervlakte. Ook een wijziging van lasertype is onderworpen aan de voorafgaande toelating van het College van geneesheren-directeurs.

5° De verstrekking 532755-532766 mag enkel worden gehonoreerd na toestemming van het College van geneesheren-directeurs voorafgaand aan het opstarten van de behandeling.

6° Alle aanvragen voor vergoeding of wijziging van vergoeding voor de verstrekking 532755-532766 worden via de verzekeringsinstelling aan het College van geneesheren-directeurs gezonden met een formulier en bewijsstukken zoals voorgeschreven door dit College en het in de omschrijving van de verstrekking 532733-532744 vermelde verslag. Dit verslag bevat minstens de aard, de lokaliteit en afmetingen van de letsels, gedocumenteerd aan de hand van recente, gedateerde kleurenfoto's van de letsels samen met een meetlat ter referentie, voor en na proefbehandeling. Uit het verslag moet duidelijk een positief resultaat van de proefbehandeling blijken.

7° Maximaal 8 behandelingsfasen zijn vergoedbaar. Onder één behandelingsfase wordt verstaan : één volledige laserbestraling van alle wijnvlekken van de rechthebbende waarvoor toestemming voor tegemoetkoming werd verleend. Eén behandelingsfase kan bij grotere vlekken eventueel worden gespreid over twee of meer behandelingszittingen.

8° Het College van geneesheren-directeurs preciseert in zijn toestemming het lasertype, de oppervlakte, het aantal behandelingsfasen en het bedrag van tegemoetkoming. De tegemoetkoming per behandelingsfase bestaat uit een forfait ter waarde van K 40 plus een vergoeding van K 1 per behandelde cm². Het honorarium voor de verstrekking 532755-532766 is een maximum per rechthebbende. Het akkoord geldt alleen voor de behandeling met het lasertype waarvoor de proefbehandeling het beste resultaat heeft gegeven. »

Art. 3. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 2007.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 3 juni 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE