

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2007 — 2599

[C — 2007/23001]

7 JUIN 2007. — Arrêté royal modifiant les articles 1^{er}, 3, 11, 12, 14, b), 15 et 17^{ter}, 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, 27 décembre 2005, 13 décembre 2006 et 27 décembre 2006, 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 1^{er}, § 4^{bis}, II., A, d), modifié par l'arrêté royal du 13 novembre 1989, et § 5, 3, § 1^{er}, A., I., modifié par les arrêtés royaux des 22 mars 1988, 10 juillet 1996, 1^{er} juin 2001, 27 février 2002 et 6 mars 2007, 11, § 1^{er}, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999, 25 novembre 2002, 26 mars 2003 et 22 avril 2003, 12, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 30 juin 1986, 22 janvier 1991, 7 août 1995, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 29 avril 1999, 27 février 2002, 26 mars 2003, 27 mars 2003, 22 avril 2003, 15 mai 2003, 2 juin 2003 et 7 décembre 2005, 14, b), modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 31 janvier 1986, 22 juillet 1988, 31 août 1998, 26 mars 2003, 27 mars 2003 et 22 avril 2003, 15, § 8, modifié par l'arrêté royal du 9 décembre 2003 et 17^{ter}, A., 9°, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 26 mars 2003 et 22 avril 2003;

Vu les propositions du Conseil technique médical formulées au cours de ses réunions des 18 janvier 2005, 6 décembre 2005 et 13 février 2007;

Vu les avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donnés les 18 janvier 2005, 6 décembre 2005 et 13 février 2007;

Vu les décisions de la Commission nationale médico-mutualiste des 12 décembre 2005 et 11 décembre 2006;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 18 janvier 2006;

Vu les décisions du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité des 9 et 23 janvier 2006 et 16 avril 2007;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 avril 2006;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 29 mai 2006;

Vu l'avis 40.699/1 du Conseil d'Etat, donné le 9 novembre 2006;

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 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, les § 4 *bis*, II, A, modifié par l'arrêté royal du 13 novembre 1989, et § 5 sont apportées les adaptations suivantes :

1° Au § 4^{bis}, II, A, d), les mots « d'anesthésie » sont supprimés;

2° Au § 5, les mots « L'anesthésie » sont remplacés par les mots « L'anesthésie mentionnée à l'article 12, § 1^{er}, a), b) et c) ».

Art. 2. A l'article 3, § 1^{er}, A., I., de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 22 mars 1988, 10 juillet 1996, 1^{er} juin 2001, 27 février 2002 et 6 mars 2007, les prestations 144012 – 144023, 144255 – 144266, 144270 – 144281 et 144292 – 144303 sont supprimées.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2007 — 2599

[C — 2007/23001]

7 JUNI 2007. — Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 1, 3, 11, 12, 14, b), 15 en 17^{ter}, 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, 27 december 2005, 13 december 2006 en 27 december 2006, 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 1, § 4^{bis}, II., A, d), gewijzigd bij het koninklijk besluit van 13 november 1989, en § 5, 3, § 1, A., I., gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 maart 1988, 10 juli 1996, 1 juni 2001, 27 februari 2002 en 6 maart 2007, 11, § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999, 25 november 2002, 26 maart 2003 en 22 april 2003, 12, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 30 juni 1986, 22 januari 1991, 7 augustus 1995, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 29 april 1999, 27 februari 2002, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003, 15 mei 2003, 2 juni 2003 en 7 december 2005, 14, b), gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 31 januari 1986, 22 juli 1988, 31 augustus 1998, 26 maart 2003, 27 maart 2003 en 22 april 2003, 15, § 8, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 december 2003 en 17^{ter}, A., 9°, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994, 26 maart 2003 en 22 april 2003;

Gelet op de voorstellen van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergaderingen van 18 januari 2005, 6 december 2005 en 13 februari 2007;

Gelet op de adviezen van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 18 januari 2005, 6 december 2005 en 13 februari 2007;

Gelet op de beslissingen van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 12 december 2005 en 11 december 2006;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 18 januari 2006;

Gelet op de beslissingen van het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 9 en 23 januari 2006 en 16 april 2007;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 11 april 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 29 mei 2006;

Gelet op het advies 40.699/1 van de Raad van State, gegeven op 9 november 2006;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 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, § 4^{bis}, II, A, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 13 november 1989, en § 5 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 4^{bis}, II, A, d), wordt het woord « anesthesieverstrekkingen » vervangen door het woord « verstrekkingen »;

2° In § 5, worden de woorden « De anesthesie » vervangen door de woorden « De anesthesie vermeld in artikel 12, § 1, a), b) en c) ».

Art. 2. In artikel 3, § 1, A., I., van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 22 maart 1988, 10 juli 1996, 1 juni 2001, 27 februari 2002 en 6 maart 2007 worden de verstrekkingen 144012 – 144023, 144255 – 144266, 144270 – 144281 en 144292 – 144303 geschrapt.

Art. 3. A l'article 11, § 1^{er}, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 22 juillet 1988, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 31 août 1998, 9 octobre 1998, 29 avril 1999, 25 novembre 2002, 26 mars 2003 et 22 avril 2003, les prestations 350615 – 350626, 350630 – 350641, 350652 – 350663, 354012 – 354023, 354034 – 354045, 354071 – 354082, 354093 – 354104, 354211 – 354222 et 354233 – 354244 sont supprimées.

Art. 4. A l'article 12 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 30 juin 1986, 22 janvier 1991, 7 août 1995, 10 juillet 1996, 18 février 1997, 29 avril 1999, 27 février 2002, 26 mars 2003, 27 mars 2003, 22 avril 2003, 15 mai 2003, 2 juin 2003 et 7 décembre 2005, sont apportées les modifications suivantes :

1° Le § 1^{er} est complété comme suit :

« e) Traitement de la douleur chronique

202355 – 202366

Cordotomie cervicale au moyen d'une technique percutanée par radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance. K225

202370 – 202381

Traitement percutané du ganglion de Gasser à l'aide de courants de radiofréquence, de glycérol ou de compression à ballonnet, avec utilisation de l'amplificateur de brillance K180

202392 – 202403

Traitement percutané du ganglion sphéno-palatin à l'aide de courants de radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance K180

202414 – 202425

Sympathectomie intraveineuse, attestable au maximum quatre fois par an, par séance..... K30

202436 – 202440

Blocage diagnostique sélectif de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an K30

Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an

202451 – 202462

au niveau cervical..... K150

202473 – 202484

au niveau thoracique..... K120

202495 – 202506

au niveau lombaire/sacré K120

202510 – 202521

Blocage diagnostique sélectif du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an K30

202532 – 202543

Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance,

1^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an . K90

202554 – 202565

2^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an K45

202576 – 202580

Blocage diagnostique sélectif du ganglion cervico-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an K30

202591 – 202602

Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an K120

Art. 3. In artikel 11, § 1, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 22 juli 1988, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 31 augustus 1998, 9 oktober 1998, 29 april 1999, 25 november 2002, 26 maart 2003 en 22 april 2003 worden de verstrekkingen 350615 – 350626, 350630 – 350641, 350652 – 350663, 354012 – 354023, 354034 – 354045, 354071 – 354082, 354093 – 354104, 354211 – 354222 en 354233 – 354244 geschrapt.

Art. 4. In artikel 12 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 30 juni 1986, 22 januari 1991, 7 augustus 1995, 10 juli 1996, 18 februari 1997, 29 april 1999, 27 februari 2002, 26 maart 2003, 27 maart 2003, 22 april 2003, 15 mei 2003, 2 juni 2003 en 7 december 2005 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° § 1 wordt aangevuld als volgt:

« e) Chronische pijnbehandeling

202355 – 202366

Cervicale cordotomie door middel van percutane radiofrequente techniek, met gebruik van beeldversterker..... K225

202370 – 202381

Percutane behandeling van het ganglion van Gasser door middel van radiofrequente stromen, glycerol of balloncompressie, met gebruik van beeldversterker K180

202392 – 202403

Percutane behandeling van het ganglion, sphenopalatinum door middel van radiofrequente stromen, met gebruik van beeldversterker..... K180

202414 – 202425

Intraveneuze sympatectomie, aanrekenbaar maximaal viermaal per jaar, per zitting K30

202436 – 202440

Selectieve diagnostische blokkade van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar K30

Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar

202451 – 202462

op cervicaal niveau..... K150

202473 – 202484

op thoracaal niveau..... K120

202495 – 202506

op lumbaal/sacraal niveau K120

202510 – 202521

Selectieve diagnostische blokkade van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar..... K30

202532 – 202543

Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker,

1^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar. K90

202554 – 202565

2^{de} en volgende zenuwniveau (s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K45

202576 – 202580

Selectieve diagnostische blokkade van het cervicaal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar K30

202591 – 202602

Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker, 1^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K120

202613 – 202624
2^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an . K60
202635 – 202646

Blocage diagnostique sélectif du ganglion thoraco-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an K30

202650 – 202661

Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an K90

202672 – 202683

2^{ème} niveau nerveux et suivant(s), au cours de la même séance, attestable au maximum deux fois par an..... K45

202694 – 202705

Cryothérapie d'un nerf ou d'un ganglion, attestable au maximum six fois par an..... K30

202716 – 202720

Placement par tunnellation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'amplificateur de brillance K90

202731 – 202742

Blocage diagnostique sélectif du sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an..... K45

202753 – 202764

Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du système sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an K120

202775 – 202786

Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du ganglion coeliaque bilatéral, avec utilisation de l'amplificateur de brillance K180

202790 – 202801

Infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an..... K45

202812 – 202823

Infiltration épidurale à visée thérapeutique au niveau lombaire, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an..... K30

202834 – 202845

Infiltration épidurale à visée thérapeutique, au niveau thoracique ou cervical, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an..... K45

2^o le § 1^{er} bis, alinéa 1^{er}, est remplacé par la disposition suivante :

« Les prestations d'anesthésie mentionnées dans les rubriques a), b) et c) qui sont pratiquées au cours de prestations chirurgicales ou d'obstétrique visées aux articles 9, c), 11, § 1^{er}, et 14, ou au cours de prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale visées à l'article 34, d'une valeur relative égale ou supérieure à K 120, N 200 ou I 200, et les prestations d'anesthésie mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 120, donnent lieu, pour le médecin accrédité spécialiste en anesthésie – réanimation au supplément d'honoraires de l'accréditation Q 105, attestable au maximum une fois par séance »;

3^o le § 3 est modifié comme suit :

a) au 1^o, les mots « Les honoraires pour anesthésie » sont remplacés par les mots « Les honoraires pour anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) »;

b) au 2^o, les mots « Les honoraires pour les prestations d'anesthésie » sont remplacés par les mots « Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnés dans les rubriques a), b) et c) »;

c) au 6^o, au deuxième alinéa, les mots « Les anesthésies » sont remplacés par les mots « Les anesthésies mentionnées dans les rubriques a), b) et c) »;

202613 – 202624

2^{de} en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar K60

202635 – 202646

Selectieve diagnostische blokkade van het thoracaal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar K30

202650 – 202661

Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker, 1^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K90

202672 – 202683

2^{de} en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar K45

202694 – 202705

Cryotherapie van zenuw of ganglion, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar..... K30

202716 – 202720

Plaatsen, subcutaan tunnels en fixeren van een epidurale, intratheciale of plexuscatheter met het oog op een langdurige infusie van analgetica, al dan niet met gebruik van beeldversterker..... K90

202731 – 202742

Selectieve diagnostische blokkade van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lombo-sacraal niveau, met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar..... K45

202753 – 202764

Radiofrequente of chemische behandeling van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lombo-sacraal niveau, met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar..... K120

202775 – 202786

Radiofrequente of chemische behandeling van het ganglion coeliacum bilateraal, met gebruik van beeldversterker K180

202790 – 202801

Radiculaire of transforaminale infiltratie, met gebruik van beeldversterker, maximum een zenuwwortel per zitting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar K45

202812 – 202823

Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op ... lumbaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar K30

202834 – 202845

Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op thoracaal of cervicaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar..... K45

2^o § 1 bis, eerste lid, wordt vervangen als volgt:

« De verstrekingen inzake anesthesie vermeld in de rubrieken a), b) en c) die worden verricht tijdens heelkundige of verloskundige verstrekingen, bedoeld in de artikelen 9, c), 11, § 1, en 14, of tijdens percutane interventionele verstrekingen onder medische beeldvormingscontrole, bedoeld in artikel 34, met een betrekkelijke waarde gelijk aan of hoger dan K 120, N 200 of I 200 en de verstrekingen inzake anesthesie vermeld in de rubriek e) met een waarde gelijk aan of hoger dan K 120, geven voor de geaccrediteerde geneesheer specialist voor anesthesie - reanimatie, aanleiding tot een bijkomend honorarium voor accreditering Q 105, aanrekenbaar maximaal eenmaal per zitting »;

3^o § 3 wordt gewijzigd als volgt:

a) in 1^o, worden de woorden « De honoraria voor anesthesie » door de woorden « De honoraria voor anesthesie vermeld in de rubrieken a), b) en c) » vervangen;

b) in 2^o, worden de woorden « De honoraria voor anesthesieverstrekingen » door de woorden « De honoraria voor anesthesieverstrekingen vermeld in de rubrieken a), b) en c) » vervangen;

c) in 6^o, in het tweede lid, worden de woorden « De anesthesieën » door de woorden « De anesthesieën vermeld in de rubrieken a), b) en c) » vervangen;

4° il est ajouté les §§ 4, 5 et 6, rédigés comme suit :

« § 4. a) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin à l'exception des prestations 202414 – 202425, 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646, 202694 – 202705, 202731 – 202742, 202790 – 202801, 202812 – 202823 et 202834 – 202845.

Les prestations mentionnées à la rubrique e) ne peuvent pas être cumulées au cours de la même séance.

L'intervention de l'assurance pour les prestations 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 et 202753 – 202764 n'intervient que si le patient a subi au moins une fois, au cours du mois précédent, un blocage diagnostique sélectif figurant sous les numéros de prestations respectifs 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 et 202753 – 202764.

b) Les prestations mentionnées dans la rubrique e) d'une valeur égale ou supérieure à K 90 ne sont cumulables avec les prestations de la rubrique a) que si elles sont effectuées par un autre médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.

c) Le médecin spécialiste qui porte en compte des prestations mentionnées dans la rubrique e) doit tenir, outre un dossier médical documenté, un registre annuel faisant mention des caractéristiques du patient et de l'indication médicale par prestation, à des fins de peer-review et dans le but de rendre possible la réalisation d'une évaluation efficace du traitement de la douleur chronique.

d) Les honoraires pour les prestations d'anesthésie 202355 – 202366, 202370 – 202381, 202392 – 202403, 202436 – 202440, 202451 – 202462, 202495 – 202506, 202473 – 202484, 202510 – 202521, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202576 – 202580, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202635 – 202646, 202650 – 202661, 202672 – 202683, 202716 – 202720, 202731 – 202742, 202753 – 202764, 202775 – 202786 et 202790 – 202801 mentionnés dans la rubrique e) sont cumulables au cours de la même séance avec les honoraires d'imagerie médicale effectuée pour contrôle prévus sous les numéros de code 469114 – 469125.

e) Les honoraires pour les prestations mentionnées dans la rubrique e) ne peuvent être remboursés que si ces prestations sont effectuées dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé.

§ 5. Les prestations 202214 – 202425, 202694 – 202705, 202790 – 202801 et 202812 – 202823 sont aussi honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé comme médecin spécialiste en chirurgie générale, en neurochirurgie, en neurologie, en chirurgie orthopédique, en rhumatologie ou en médecine physique et en réadaptation.

§ 6. Les prestations 202355 – 202366, 202370 – 202381, 202392 – 202403, 202436 – 202440, 202451 – 202462, 202495 – 202506, 202473 – 202484, 202510 – 202521, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202576 – 202580, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202635 – 202646, 202650 – 202661, 202672 – 202683, 202716 – 202720, 202731 – 202742, 202753 – 202764, 202775 – 202786 et 202834 – 202845 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en neurochirurgie. »

Art. 5. A l'article 14, b), de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 31 janvier 1986, 22 juillet 1988, 31 août 1998, 26 mars 2003, 27 mars 2003 et 22 avril 2003, dans le libellé de la prestation 232831 – 232842, le mot « cérébral » est inséré après le mot « neurostimulateur ».

Art. 6. L'article 15, § 8, de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 9 décembre 2003, est complété par l'alinéa suivant :

« Les prestations 232492 – 232503 et 232875 – 232886 de l'article 14 b) neurochirurgie sont aussi honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation. »

4° de §§ 4, 5 et 6 worden toegevoegd, luidende:

« § 4. a) De honoraria voor anesthesieverstrekkingen vermeld in de rubriek e) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer behoudens voor de verstrekkingen 202414 – 202425, 202436 – 202440, 202510 – 202521, 202576 – 202580, 202635 – 202646, 202694 – 202705, 202731 – 202742, 202790 – 202801, 202812 – 202823 en 202834 – 202845.

De verstrekkingen vermeld in de rubriek e) zijn tijdens dezelfde zitting niet cumuleerbaar.

De verzekeringstegemoetkoming voor de verstrekkingen 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 en 202753 – 202764 is slechts verschuldigd indien de patiënt in de voorafgaande maand minstens éénmaal een selectieve diagnostische blokkade gehad heeft vermeld onder de respectievelijke prestatienummers 202451 – 202462, 202473 – 202484, 202495 – 202506, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202650 – 202661, 202672 – 202683 en 202753 – 202764.

b) De verstrekkingen vermeld in rubriek e) met een waarde gelijk aan of hoger dan K 90 zijn cumuleerbaar met verstrekkingen uit rubriek a) indien uitgevoerd door een ander geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie.

c) De geneesheer-specialist, die verstrekkingen vermeld in rubriek e) aanreken, is er toe gehouden om naast een gedocumenteerd medisch dossier, een jaarregister met vermelding van patiëntkarakteristieken en de medische indicatie per verstrekking bij te houden voor peer review-doeleinden en teneinde een efficiënte evaluatie van de chronische pijnbehandeling mogelijk te maken.

d) De honoraria voor de verstrekkingen betreffende anesthesie 202355 – 202366, 202370 – 202381, 202392 – 202403, 202436 – 202440, 202451 – 202462, 202495 – 202506, 202473 – 202484, 202510 – 202521, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202576 – 202580, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202635 – 202646, 202650 – 202661, 202672 – 202683, 202716 – 202720, 202731 – 202742, 202753 – 202764, 202775 – 202786 en 202790 – 202801 vermeld in de rubriek e) mogen tijdens dezelfde zitting worden gecumuleerd met het honorarium voor de medische beeldvorming verricht ter controle voorzien onder codenummer 469114 – 469125.

e) De honoraria voor de verstrekkingen vermeld in rubriek e) mogen enkel worden vergoed wanneer zij worden uitgevoerd in een daartoe technische uitgeruste ruimte binnen een erkende verpleeginrichting.

§ 5. De verstrekkingen 202214 – 202425, 202694 – 202705, 202790 – 202801 en 202812 – 202823 worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een geneesheer die is erkend als geneesheer-specialist voor algemene heelkunde, voor neurochirurgie, voor neurologie, voor orthopedische heelkunde, voor reumatologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie.

§ 6. De verstrekkingen 202355 – 202366, 202370 – 202381, 202392 – 202403, 202436 – 202440, 202451 – 202462, 202495 – 202506, 202473 – 202484, 202510 – 202521, 202532 – 202543, 202554 – 202565, 202576 – 202580, 202591 – 202602, 202613 – 202624, 202635 – 202646, 202650 – 202661, 202672 – 202683, 202716 – 202720, 202731 – 202742, 202753 – 202764, 202775 – 202786 en 202834 – 202845 worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een geneesheer-specialist voor neurochirurgie. »

Art. 5. In artikel 14, b), van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 31 januari 1986, 22 juli 1988, 31 augustus 1998, 26 maart 2003, 27 maart 2003 en 22 april 2003, wordt in de omschrijving van de verstrekking 232831 – 232842, het woord « cerebrale » vóór het woord « neurostimulator » ingevoegd.

Art. 6. Artikel 15, § 8, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 december 2003 wordt aangevuld met het volgende lid:

« De verstrekkingen 232492 – 232503 en 232875 – 232886 uit artikel 14 b) neurochirurgie worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie. »

Art. 7. A l'article 17^{ter}, A., 9°, de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 25 juillet 1994, 26 mars 2003 et 22 avril 2003 sont apportées les adaptations suivantes:

1° le libellé de la prestation 469114 – 469125 est remplacé par le libellé suivant:

« Radioscopie avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision, en salle d'opération au cours d'une intervention chirurgicale ou orthopédique ou à l'occasion d'une prestation de l'article 12 e), traitement de la douleur chronique, avec utilisation de l'amplificateur de brillance. »;

2° dans la deuxième règle d'application qui suit la prestation 469114 – 469125, les mots « séance opératoire » sont remplacés chaque fois par le mot « séance ».

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 7 juin 2007.

ALBERT

Par le Roi :

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

Art. 7. In artikel 17^{ter}, A., 9°, van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 25 juli 1994, 26 maart 2003 en 22 april 2003 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de omschrijving van de verstrekking 469114 – 469125 wordt vervangen als volgt:

« Radioscopie met beeldversterker en televisie in gesloten keten in de operatiekamer in de loop van een heelkundige of orthopedische bewerking of naar aanleiding van een verstrekking met gebruik van beeldversterker uit artikel 12 e) chronische pijnbehandeling. »;

2° in de tweede toepassingsregel die volgt op de verstrekking 469114 – 469125, wordt het woord « operatiezitting » telkens vervangen door het woord « zitting ».

Art. 8. Dit besluit treedt in werking op 1 juli 2007.

Art. 9. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 7 juni 2007.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

F. 2007 — 2600

[C – 2007/22874]

21 AVRIL 2007. — Arrêté royal déterminant le contenu et le mode de transmission des informations visées à l'article 17^{novies} de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987

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

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 17^{novies}, modifié par la loi du 13 décembre 2006;

Vu l'avis de la Commission fédérale 'Droits du patient', donné le 15 décembre 2006;

Vu l'avis n° 42.337/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 mars 2007, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. § 1. Chaque patient dispose du droit, à l'égard de l'hôpital, de recevoir des informations générales et individualisées sur les liens juridiques entre l'hôpital et les praticiens professionnels qui y travaillent.

§ 2. Les informations générales visées au § 1^{er} ont trait aux catégories suivantes de praticiens professionnels, tel que visé à l'article 2, 3°, de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient :

- 1° les médecins;
- 2° les infirmiers, les accoucheurs et les aide-soignants;
- 3° les kinésithérapeutes;
- 4° les pharmaciens;
- 5° autres.

Dans le cadre des informations générales visées, il est communiqué pour chacune des catégories visées à l'alinéa 1^{er} :

1° si les praticiens professionnels concernés ont un rapport juridique contractuel avec l'hôpital et sont, de cette manière, des employés;

2° si les praticiens professionnels concernés sont liés à l'hôpital sur une base statutaire et sont, de cette manière, des fonctionnaires statutaires;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

N. 2007 — 2600

[C – 2007/22874]

21 APRIL 2007. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de inhoud en de wijze van verstrekking van de informatie bedoeld in artikel 17^{novies} van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987

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

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 17^{novies}, gewijzigd door de wet van 13 december 2006;

Gelet op het advies van de Federale Commissie 'Rechten van de patiënt', gegeven op 15 december 2006;

Gelet op het advies nr. 42.337/3 van de Raad van State, gegeven op 13 maart 2007, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. § 1. Elke patiënt heeft ten opzichte van het ziekenhuis recht op algemene en geïndividualiseerde informatie over de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de er werkzame beroepsbeoefenaars.

§ 2. De in § 1 bedoelde algemene informatie heeft betrekking op volgende categorieën van beroepsbeoefenaars zoals bedoeld in artikel 2, 3°, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt :

- 1° geneesheren;
- 2° verpleegkundigen, vroedkundigen en zorgkundigen;
- 3° kinesitherapeuten;
- 4° apothekers;
- 5° overigen.

In het kader van bedoelde algemene informatie wordt voor elk van de in het eerste lid bedoelde categorieën meegedeeld :

1° of de betreffende beroepsbeoefenaars een contractuele rechtsverhouding hebben met het ziekenhuis en zodoende werknemers zijn;

2° of de betreffende beroepsbeoefenaars statutair verbonden zijn met het ziekenhuis en zodoende statutaire ambtenaren zijn;