

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14 j) - Urologie - van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

Interpretatieregel 6 wordt vervangen door de volgende bepaling :

INTERPRETATIETREGEL 6

VRAAG

Sommige gevallen van zeer hoog gelegen en niet-ingedaalde testes vergen, voor het neerhalen ervan, de dissectie van de vasculaire pediculus tot aan de onderste pool van de nier en van de ductus deferens tot aan de uitmonding ervan in de vesiculae seminales achter de blaas.

Dat ganse gedeelte van de operatie vergt een uitgebreide dissectie van het retroperitoneale weefsel. Voorts gaat daarmee vaak een liesbreuk gepaard, die op het einde van de ingreep moet worden behandeld.

Hoe mag, in die veronderstelling, de ingreep op het retroperitoneale weefsel worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Deze verstrekking moet worden geattesteerd onder nummer 241872-241883 Heelkundige behandeling van een éézijdige inguinale, femorale of obturatorhernia N 200.

Deze wijziging treedt in werking op 1 januari 2012.

De Leidend ambtenaar,  
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,  
G. PERL.

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

La règle interprétative 6 est remplacée par la disposition suivante :

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Certains cas de testicules non descendus, très haut situés, nécessitent pour leur abaissement la dissection du pédicule vasculaire, jusqu'au pôle inférieur du rein et celle du canal déférent jusqu'à son aboutissement dans les vésicules séminales derrière la vessie.

Toute cette partie de l'opération demande une dissection étendue en tissu rétro-péritonéal. Par ailleurs, il existe fréquemment une hernie inguinale associée dont il faut faire la cure en fin d'intervention.

Dans cette hypothèse, comment peut-on tarifer l'intervention en tissu rétro-péritonéal ?

REPPONSE

Cette prestation doit être attestée sous le numéro 241872-241883 Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice unilatérale N 200.

Cette modification entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER.

Le Président,  
G. PERL.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C – 2012/22124]

**Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering  
Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur  
van de geneeskundige verstrekkingen**

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 13 december 2011 en in uitvoering van artikel 22, 4<sup>o</sup>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 13 februari 2012 de hiernagende interpretatieregels vastgesteld :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 11 (Algemene speciale verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIETREGEL 25

VRAAG

De nomenclatuur bepaalt in een toepassingsregel bij het multidisciplinair oncologisch consult (verstrekking 350372 - 350383 en volgende) : Ieder multidisciplinair oncologisch consult geeft aanleiding tot een schriftelijk verslag, opgesteld door de geneesheer-coördinator. Het verslag vermeldt de namen van de deelnemende geneesheren en van de aanvragende geneesheer.

Kan de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaard-formulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bestemd voor het Kankerregister worden beschouwd als een minimale vorm van verslag ?

ANTWOORD

De toepassingsregel luidt: Het honorarium voor de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 dekt het verslag en de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaard-formulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bestemd voor het Kankerregister.

De vermelding « het verslag en de uniforme registratie » geeft duidelijk weer dat het twee verschillende documenten zijn. Het registratieformulier kan niet aanvaard worden als het verslag. De inhoud van het verslag en de personen die het moeten ontvangen worden duidelijk in de nomenclatuur omschreven.

INTERPRETATIETREGEL 26

VRAAG

Hoeveel artsen mogen een deelname aan het multidisciplinair consult attesteren ?

ANTWOORD

Maximum zes artsen kunnen « deelname aan een multidisciplinair consult » attesteren, met name :

De coördinator die een verstrekking 350372-350383 of 350276-350280 of 350291-350302 attesteert;

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C – 2012/22124]

**Institut national d'assurance maladie-invalidité  
Règles interprétatives de la nomenclature  
des prestations de santé**

Sur proposition du Conseil technique médical du 13 décembre 2011 et en application de l'article 22, 4<sup>o</sup>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 13 février 2012 les règles interprétatives suivantes :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 11 (Prestations spéciales générales) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 25

QUESTION

La nomenclature définit dans une règle d'application la consultation oncologique multidisciplinaire (prestation 350372 - 350383 et suivantes) : chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en fait la demande.

L'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer, peut-il être considéré comme une forme minimale de rapport ?

REPPONSE

La règle d'application stipule: Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

La mention « le rapport et l'enregistrement uniforme » indique clairement qu'il s'agit de deux documents différents. Le formulaire d'enregistrement du cancer ne peut être accepté comme un rapport. Le contenu du rapport et les personnes qui doivent le recevoir sont clairement définis dans la nomenclature.

REGLE INTERPRETATIVE 26

QUESTION

Combien de médecins peuvent attester une participation à la consultation multidisciplinaire ?

REPPONSE

Au maximum six médecins peuvent attester une participation à une consultation multidisciplinaire, à savoir :

Le coordinateur qui atteste une prestation 350372-350383 ou 350276-350280 ou 350291-350302;

Maximum vier artsen die een verstrekking 350394-350405 attesteren : deze verstrekking kan aangerekend worden zowel door artsen van het eigen ziekenhuis als door externe consultants (bijvoorbeeld oncoloog of radiotherapeut van een ander ziekenhuis);

Maximum één arts die de verstrekking 350416-350420 attesteert. Deze verstrekking omvat de verplaatsingsvergoeding en is in het bijzonder bedoeld voor de behandelende huisarts of specialist die de patiënt verwezen heeft en speciaal voor die patiënt de verplaatsing moet maken.

#### INTERPRETATIETREGEL 27

##### VRAAG

In welke omstandigheden kan een opvolgings - multidisciplinair oncologisch consult aangerekend worden ?

##### ANTWOORD

De nomenclatuur bepaalt :

De verstrekking 350276-350280 (opvolgings-MOC) is uitsluitend aanrekenbaar bij :

a) de opvolging van een behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen

en/of

b) de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks.

De eerste indicatie « waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen » moet restrictief geïnterpreteerd en spaarzaam gebruikt worden. Een hoog aantal opvolgings-MOC is omgekeerd evenredig met de pertinentie van de bevindingen van het eerste MOC.

De aanpassing van de therapeutische planning moet van die aard zijn dat zij best niet door één van de behandelende artsen alleen wordt genomen; ze is zo ingrijpend dat een multidisciplinair overleg met minstens vier artsen van verschillende specialismen noodzakelijk is.

Een aanpassing van de chemotherapie, van de radiotherapie, van de adjuvante behandeling of van het palliatief regime zijn de verantwoordelijkheid van de arts in kwestie; de overgang naar een volgende therapeutische fase moet in het eerste MOC duidelijk afgesproken zijn. In al deze gevallen is een opvolgings-MOC niet verantwoord.

De overgang van een therapeutisch naar een palliatief regime kan in bepaalde moeilijke gevallen, maar niet systematisch, een opvolgings-MOC noodzaken.

#### INTERPRETATIETREGEL 28

##### VRAAG

In welke omstandigheden kan de verstrekking 350291-350302, Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de geneesheer-coördinator K 80 aangerekend worden ?

##### ANTWOORD

De nomenclatuur bepaalt hierover : de verstrekking 350291-350302 (bijkomende MOC) is slechts aanrekenbaar indien een eerste MOC geen aanleiding gaf tot een definitieve diagnose of concreet behandelingsplan maar wel in functie hiervan tot een doorverwijzing naar een ander ziekenhuis met erkend oncologisch zorgprogramma. In geval van doorverwijzing voor een bijkomend multidisciplinair consult, staat de naam van het tweede ziekenhuis vermeld in het verslag.

Dit betekent dat uit het verslag van het MOC 350372-350383 - eerste MOC - of 350276-350280 - opvolgings-MOC - van het verwijzende ziekenhuis duidelijk blijkt dat men geen beslissing heeft kunnen nemen, en men de patiënt verwijst naar een ziekenhuis waar meer expertise aanwezig is dan in het eigen ziekenhuis. Bij een transfer van de patiënt naar een ander ziekenhuis om sociale redenen, bij voorbeeld omdat dit ziekenhuis dicht bij huis is, kan er in het ontvangende ziekenhuis geen bijkomende, « second opinion »-MOC aangerekend worden.

Alhoewel het verslag de naam van het tweede ziekenhuis vermeldt, blijft het de patiënt vrij om hier niet op in te gaan en in een ander dan het vermoede ziekenhuis zijn behandeling aan te vatten of verder te zetten. Voor zover uit het verslag blijkt dat het eerste MOC geen « definitieve diagnose of concreet behandelingsplan » heeft opgeleverd kan de bijkomende MOC 350291-350302 er aangerekend worden.

De hiervoren vermelde interpretatieregels treden in werking op de dag van hun publicatie in het *Belgisch Staatsblad*.

De Leidend ambtenaar,  
H. DE RIDDER.

De Voorzitter,  
G. PERL.

Au maximum quatre médecins qui attestent une prestation 350394-350405 : cette prestation peut être attestée aussi bien par les mêmes médecins de l'hôpital en question que par des conseillers externes (p.ex. l'oncologue ou le radiothérapeute d'un autre hôpital);

Au maximum un médecin qui atteste la prestation 350416-350420. Cette prestation comprend l'indemnité de déplacement et est destinée en particulier au médecin traitant ou spécialiste qui a renvoyé le patient et qui doit spécialement faire le déplacement pour ce patient.

#### REGLE INTERPRETATIVE 27

##### QUESTION

Dans quelles circonstances une consultation oncologique multidisciplinaire de suivi peut-elle être attestée ?

##### REPPONSE

La nomenclature prévoit ce qui suit :

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique

et/ou

b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

La première indication « présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique » doit être interprétée de manière restrictive et utilisée avec parcimonie. Un nombre élevé de COM de suivi est inversement proportionnel à la pertinence des résultats de la première COM.

L'adaptation du planning thérapeutique doit être d'une nature telle qu'il est préférable qu'elle ne soit pas décidée par un seul des médecins traitants mais qu'elle fasse l'objet d'une concertation multidisciplinaire entre au moins quatre médecins de spécialités différentes.

L'adaptation de la chimiothérapie, de la radiothérapie, du traitement adjuvant ou du régime palliatif relève de la responsabilité du médecin en question; le passage à la phase thérapeutique suivante doit d'abord avoir été clairement convenu lors de la première COM. Dans tous ces cas, une COM de suivi n'est pas justifiée.

Le passage d'un régime thérapeutique à un régime palliatif peut nécessiter une COM de suivi dans certains cas difficiles mais pas systématiquement.

#### REGLE INTERPRETATIVE 28

##### QUESTION

Dans quelles circonstances la prestation 350291-350302, Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur K 80 peut elle être attestée ?

##### REPPONSE

La nomenclature prévoit à ce sujet ce qui suit : la prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé. En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.

Cela signifie que le rapport de la COM 350372-350383, soit la première COM, ou de la COM de suivi 350276-350280 établi par l'hôpital qui renvoie montre clairement qu'il n'a pas pu prendre de décision et qu'il renvoie le patient vers un hôpital ayant plus d'expertise. En cas de transfert d'un patient vers un autre hôpital pour des raisons sociales, par exemple parce que ce dernier est plus proche du domicile du patient, l'hôpital qui accueille le patient ne peut pas attester une COM supplémentaire "seconde opinion".

Bien que le rapport mentionne le nom du deuxième hôpital, le patient reste libre de ne pas s'y conformer et d'entamer ou de poursuivre son traitement dans un hôpital autre que celui mentionné. La COM supplémentaire 350291-350302 peut être attestée pour autant que le rapport montre que la première COM n'a pas donné lieu à un "diagnostic définitif ou un plan de traitement concret".

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au *Moniteur belge*.

Le Fonctionnaire dirigeant,  
H. DE RIDDER.

Le Président,  
G. PERL.