

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2011 — 627

[C — 2010/22523]

23 DECEMBRE 2010. — Arrêté royal modifiant l'annexe de 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, 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 la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

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;

Vu la proposition du Conseil technique des implants du 27 octobre 2009;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux donné le 27 octobre 2009;

Vu la décision de la Commission de convention fournisseurs d'implants-organismes assureurs du 3 décembre 2009;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 27 janvier 2010;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 8 février 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 16 avril 2010;

Vu l'accord de Notre Secrétaire d'Etat au Budget donné le 3 mai 2010;

Vu l'avis 48.236/2 du Conseil d'Etat, donné le 2 juin 2010, 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, chargé de l'Intégration sociale,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 35 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, inséré par l'arrêté royal du 24 août 1994 et modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 9 décembre 2009, les modifications suivantes sont apportées :

1^o Au § 1^{er}, intitulé « H. CHIRURGIE VASCULAIRE », intitulé « Catégorie 2 », sont apportées les modifications suivantes :

a) la valeur relative « U 1787 » de la prestation 687875-687886 est remplacée par la valeur relative « U 1608 »;

b) après la prestation « 687875-687886 », les prestations et les règles de non-cumul suivantes sont insérées :

« 680315-680326

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement d'un ou plusieurs drug eluting stent(s) à l'occasion de la prestation 589013-589024 pour les indications prévues au § 11ter U 2047

La prestation 680315-680326 n'est pas cumulable avec la prestation 687890-687901 de l'article 35bis.

680352-680363

Ensemble du matériel nécessaire à l'exécution d'une intervention coronaire percutanée avec placement de deux ou plusieurs stents à l'occasion des prestations 589013-589024 et 589035-589046 U 3224

**FEDERALE OVERHEIDS DIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2011 — 627

[C — 2010/22523]

23 DECEMBER 2010. — Koninklijk besluit tot wijziging van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

ALBERT II, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995, bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, betrachtigd bij de wet van 12 december 1997, en bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische Raad voor Implantaten van 27 oktober 2009;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 27 oktober 2009;

Gelet op de beslissing van de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten-verzekeringsinstellingen van 3 december 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 27 januari 2010;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 8 februari 2010;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 16 april 2010;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Staatssecretaris voor Begroting van 3 mei 2010;

Gelet op het advies 48.236/2 van de Raad van State, gegeven op 2 juni 2010, 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, belast met Maatschappelijke Integratie,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 35 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, ingevoegd bij het koninklijk besluit van 24 augustus 1994 en laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 9 december 2009 worden volgende wijzigingen aangebracht :

1^o In § 1, opschrift « H. BLOEDVATENHEELKUNDE », opschrift « Categorie 2 », worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) de betrekkelijke waarde « U 1787 » van de verstrekking 687875-687886 wordt door de betrekkelijke waarde « U 1608 » vervangen;

b) na de verstrekking « 687875-687886 » worden de volgende verstrekkingen en non-cumulregels ingevoegd :

« 680315-680326

Geheel van materiaal voor het verrichten van een percutane coronaire interventie met plaatsing van één of meerdere drug eluting stent(s) naar aanleiding van de verstrekking 589013-589024 binnen de indicaties voorzien in § 11ter U 2047

De verstrekking 680315-680326 is niet cumuleerbaar met de verstrekking 687890-687901 van artikel 35bis.

680352-680363

Geheel van materiaal voor het verrichten van een percutane coronaire interventie met plaatsing van twee of meerdere stents naar aanleiding van de verstrekkingen 589013-589024 en 589035-589046 . U 3224

La prestation 680352-680363 n'est pas cumulable avec la prestation 687890-687901 de l'article 35bis. »;

2° Le paragraphe 11ter est remplacé par ce qui suit :

« § 11ter. Pour les prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363, l'intervention doit être considérée comme un montant forfaitaire. Par hospitalisation, seule une des prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363 peut être remboursée.

La prestation 680315-680326 est remboursable qu'en cas de :

- patients diabétiques ou
- instent-resténose ou
- lésion d'une longueur supérieure à 25 mm ou
- vaisseau sanguin d'un diamètre inférieur à 2,75 mm.

La prestation 680352-680363 n'est remboursable que si au minimum 2 vaisseaux sanguins sont traités durant une seule et même hospitalisation; à savoir : l'artère coronaire droite (segments d'artère coronaire n° 1 à 4 inclus) et/ou le tronc principal (segment d'artère coronaire n° 5) et/ou l'artère coronaire gauche (segments d'artère coronaires n° 6 à 10 inclus) et/ou l'artère circonflexe (segments d'artère coronaire n° 11 à 15 inclus) et/ou greffe de la veine saphène ou greffes artérielles (mamaria).

Les prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363 ne sont remboursées que dans une institution de soins qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes B2 et B3 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, le centre doit se faire connaître auprès du Service des Soins de Santé au moyen d'un formulaire standard. Le Comité de l'Assurance Soins de Santé établit ce formulaire sur base d'une proposition du Conseil technique des implants.

Le formulaire d'enregistrement standardisé (clinical data report), dûment complété, du matériel de dilatation et des tuteurs coronaires est transmis par le médecin-spécialiste implanteur pour notification au médecin conseil de l'organisme assureur et est transmis au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology ». Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont établies par le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », le Conseil Technique des Implants et le Service des soins de santé.

Le modèle de ce formulaire est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique des implants.

Une évaluation annuelle via « peer review » en collaboration avec le Belgian Working Group on Interventional Cardiology est prévue, avec rapport au Conseil Technique des Implants et à la Commission de convention fournisseurs d'implants - organismes assureurs.

Le Service des soins de santé suit rigoureusement les nombres d'interventions, en particulier le nombre de cas de « réintervention » et l'enregistrement des données follow-up.

Une réintervention planifiée est justifiée en cas d'intervention primaire en cas d'infarctus aigu, insuffisance rénale (créatinine > 2 mg %), utilisation de contraste > 400 ml.

En ce qui concerne le pourcentage de « réintervention » admissible, les critères suivants sont tenus en compte (le suivi se fait par centre) :

- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 5 % 1 mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 7 % 2 mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 8 % 3 mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 9 % 4 mois après l'intervention originale est admissible
- un pourcentage de « réintervention » jusqu'à 10 % 6 mois après l'intervention originale est admissible

De verstreking 680352-680363 is niet cumuleerbaar met de verstreking 687890-687901 van artikel 35bis. »;

2° Paragraaf 11ter wordt vervangen als volgt :

« § 11ter. Voor de verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 en 680352-680363 moet de tegemoetkoming als een forfaitair bedrag worden beschouwd. Slechts één van de verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 en 680352-680363 kan vergoed worden per opname.

De verstreking 680315-680326 is enkel vergoedbaar :

- bij diabetes patiënten of
- bij instent-restenose of
- bij een letsel langer dan 25 mm of
- bij een bloedvat met een diameter kleiner dan 2,75 mm.

De verstreking 680352-680363 is enkel vergoedbaar indien er minimum 2 coronaire vaten tijdens eenzelfde hospitalisatie behandeld worden; met name : de rechter coronair (vaatcode 1 tem 4) en/of de hoofdstam (vaatcode 5) en/of de linker coronair (vaatcode 6 tem 10) en/of de circumflexa (vaatcode 11 tem 15) en/of saphena of arteriële (mammaria) enten.

De verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 en 680352-680363 worden enkel vergoed in een verpleeginrichting die beschikt over de door de bevoegde overheid verleende erkenning voor de deelprogramma's B2 en B3 van het zorgprogramma « cardiale pathologie ».

Om in aanmerking te komen voor de terugbetaling van deze verstrekkingen, moet het centrum zich kenbaar maken bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging aan de hand van een standaardformulier. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging stelt dit formulier op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten op.

Het volledig ingevuld gestandaardiseerd registratieformulier (clinical data report) van het dilatatiemateriaal en de coronaire stents wordt door de implanterend geneesheer-specialist aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ter kennisgeving meegedeeld en aan de « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » bezorgd. De modaliteiten waarop dit dient te gebeuren worden door de « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », de Technische Raad voor Implantaten en de Dienst voor Geneeskundige Verzorging opgesteld.

Het model van dit formulier wordt goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten.

Een jaarlijkse evaluatie via « peer review » met medewerking van de Belgian Working Group on Interventional Cardiology wordt voorzien met verslag aan de Technische raad voor implantaten en aan de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten - verzekeringinstellingen.

De Dienst voor Geneeskundige Verzorging zal nauwgezet het aantal interventies volgen, in het bijzonder het aantal gevallen van « heringreep » en het registreren van follow-up gegevens.

Een geplande heringreep kan verantwoord zijn in geval van primaire interventie bij het acuut infarct, nierinsufficiëntie (creatinine > 2 mg %), contrast gebruik van > 400 ml.

Voor wat betreft het aanvaardbare percentage « heringreep » worden volgende criteria in acht gehouden (de opvolging gebeurt per centrum) :

- een « heringreep » percentage tot 5 % 1 maand na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar
- een « heringreep » percentage tot 7 % 2 maanden na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar
- een « heringreep » percentage tot 8 % 3 maanden na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar
- een « heringreep » percentage tot 9 % 4 maanden na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar
- een « heringreep » percentage tot 10 % 6 maanden na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar

La vérification des pourcentages prévus aura lieu à partir du 01/04/2012 sur une période de 1 an. Ce suivi sera effectué pour la période de 01/04/2011 jusqu'au 31/03/2012 au premier jour ouvrable du mois.

Ce suivi est répété trimestriellement. Pour chaque suivi, la date de début pour déterminer l'an/mois ainsi que la date à laquelle le calcul sera effectué, sont différencées de 3 mois.

Lorsque le Service constate qu'un centre dépasse le pourcentage de "réintervention" admissible prévu, le centre en est informé. Il est demandé au centre de fournir une explication au Service concernant le dépassement du pourcentage de « réintervention » admissible, et ceci à l'intention du Conseil technique des implants et du Comité d'assurance. Le Comité d'assurance va décider sur base de cette explication et de l'avis du Conseil technique des implants que, pour ce centre, le matériel utilisé lors d'une « réintervention » n'entre plus en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire des soins de santé. Le centre et le pharmacien hospitalier en sont informés.

A partir de ce moment, il n'y pas plus de remboursement pour le matériel utilisé lors d'une « réintervention », jusqu'au moment où le centre ne dépasse plus le pourcentage. Le centre en informe le Service. Le Service vérifie si le centre ne dépasse plus le pourcentage de « réintervention » admissible. Si le centre ne dépasse plus le pourcentage de « réintervention » admissible, le centre peut de nouveau entrer en ligne de compte d'un remboursement du matériel utilisé lors d'une « réintervention ». Le Comité d'assurance en est informé.

En ce qui concerne la registration des données de follow-up, le pourcentage suivant est tenu en compte (le suivi se fait par centre) :

- un pourcentage jusqu'à 20 % des patients manquants 14 mois après l'intervention originale est admissible

Si un centre dépasse le pourcentage prévu de 20 % des patients manquants, le Service peut demander au centre de fournir une explication concernant le dépassement du pourcentage de « données de follow-up manquantes », et ceci à l'intention du Conseil technique des implants et du Comité d'assurance. »;

3° au § 16, intitulé « H. Chirurgie vasculaire », intitulé « Catégorie 2 », l'intitulé « Tuteur(s) et matériel de dilatation » est complété comme suit :

« 680315-680326, 680352-680363 »;

4° au § 18, a) intitulé « H. Chirurgie vasculaire », l'intitulé « Tuteur(s) et matériel de dilatation » est complété comme suit :

« 680315-680326, 680352-680363 »;

5° au § 18, b) intitulé « H. Chirurgie vasculaire », l'intitulé « Tuteur(s) coronaire(s) » est complété comme suit :

« 680315-680326, 680352-680363 ».

Art. 2. A l'article 35bis, 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 en dernier lieu par l'arrêté royal du 20 septembre 2009 sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1^{er}, intitulé « H. CHIRURGIE VASCULAIRE », intitulé « Catégorie 2a », sont apportées les modifications suivantes :

a) la valeur relative « U 1307 » de la prestation 687890-687901 est remplacée par la valeur relative « U 844 »;

b) La règle de non-cumul de la prestation « 687890-687901 » est remplacée comme suit :

« La prestation 687890-687901 n'est pas cumulable avec les prestations 687875-687886, 680315-680326 et 680352-680363 de l'article 35. »;

2° Le paragraphe 12ter est remplacé par ce qui suit :

« § 12ter. Pour les prestations 687890-687901 et 687912-687923, l'intervention doit être considérée comme un montant forfaitaire. Elle ne peut être remboursée qu'une fois par hospitalisation.

Het nagaan van de vooropgestelde percentages gebeurt vanaf 01/04/2012 over een periode van 1 jaar. Deze opvolging zal voor de periode van 01/04/2011 tot en met 31/03/2012 uitgevoerd worden op de eerste werkdag van de maand.

Driemaandelijks wordt deze opvolging herhaald, waarbij de startdatum voor het bepalen van het jaar/maand alsook de datum waarop die berekening zal worden uitgevoerd met 3 maanden opschuift.

Wanneer de Dienst vaststelt dat een centrum het voorziene aanvaardbare percentage « herringreep » overschrijdt, wordt het centrum daarvan op de hoogte gebracht. Aan het centrum wordt gevraagd om aan de Dienst uitleg te geven over de overschrijding van het aanvaardbare percentage « herringreep » en dit ten behoeve van de Technische Raad voor Implantaten en het Verzekeringscomité. Het Verzekeringscomité kan op basis van deze uitleg en het advies van de Technische Raad voor Implantaten beslissen dat voor dat centrum het materiaal gebruikt bij « herringreep » niet meer in aanmerking komt voor een tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging. Het centrum en de ziekenhuisapotheek worden hiervan op de hoogte gebracht.

Vanaf dat moment zal er geen tegemoetkoming meer zijn voor het materiaal gebruikt bij « herringreep », tot het ogenblik dat het centrum het percentage niet meer overschrijdt. Het centrum brengt de Dienst daarvan op de hoogte. De Dienst gaat na of het centrum het aanvaardbare percentage « herringreep » niet meer overschrijdt. Indien het centrum het aanvaardbare percentage « herringreep » niet meer overschrijdt, zal het centrum terug in aanmerking komen voor een tegemoetkoming voor het materiaal gebruikt bij « herringreep ». Het Verzekeringscomité wordt daarvan op de hoogte gebracht.

Voor wat betreft het registreren van de follow-up gegevens wordt volgend percentage in acht genomen (de opvolging gebeurt per centrum) :

- een percentage tot 20 % van ontbrekende patiënten 14 maanden na de oorspronkelijke interventie is aanvaardbaar

Indien een centrum het voorziene percentage van 20 % ontbrekende patiënten overschrijdt, kan de Dienst aan het centrum vragen om uitleg te geven over de overschrijding van het percentage « ontbrekende follow-up gegevens » en dit ten behoeve van de Technische Raad voor Implantaten en het Verzekeringscomité. »;

3° in § 16, opschrift « H. Bloedvatenheelkunde », opschrift « Categorie 2 » wordt het opschrift « Stent(s) en dilatatiemateriaal » als volgt aangevuld :

« 680315-680326, 680352-680363 »;

4° in § 18, a), opschrift « H. Bloedvatenheelkunde », wordt het opschrift « Stent(s) en dilatatiemateriaal » als volgt aangevuld :

« 680315-680326, 680352-680363 »;

5° in § 18, b), opschrift « H. Bloedvatenheelkunde », wordt het opschrift « coronaire stent(s) » als volgt aangevuld :

« 680315-680326, 680352-680363 ».

Art. 2. In artikel 35bis, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de geneeskundige verstrekken inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 20 september 2009 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 1, opschrift « H. BLOEDVATENHEELKUNDE », opschrift « Categorie 2a », worden de volgende wijzigingen aangebracht :

a) de betrekkelijke waarde « U 1307 » van de verstrekking 687890-687901 wordt door de betrekkelijke waarde « U 844 » vervangen;

b) De non-cumulregel bij de verstrekking « 687890-687901 » wordt als volgt vervangen :

« De verstrekking 687890-687901 is niet cumuleerbaar met verstrekkingen 687875-687886, 680315-680326 en 680352-680363 van artikel 35. »;

2° Paragraaf 12ter wordt vervangen als volgt :

« § 12ter. Voor de verstrekkingen 687890-687901 en 687912-687923 moet de tegemoetkoming als een forfaitair bedrag worden beschouwd. Zij kan slechts eenmaal worden vergoed per opname.

Les prestations 687890-687901 et 687912-687923 ne sont remboursées que dans une institution de soins qui dispose de l'agrément accordé par l'autorité compétente pour les programmes B2 et B3 du programme de soins « pathologie cardiaque ».

Afin d'entrer en ligne de compte pour le remboursement de ces prestations, le centre doit se faire connaître auprès du Service des Soins de Santé au moyen d'un formulaire standard. Le Comité de l'Assurance Soins de Santé établit ce formulaire sur base d'une proposition du Conseil technique des implants.

Le formulaire d'enregistrement standardisé (clinical data report), dûment complété, du matériel de dilatation et des tuteurs coronaires est transmis par le médecin-spécialiste implanteur pour notification au médecin conseil de l'organisme assureur et est transmis au « Belgian Working Group on Interventional Cardiology ». Les modalités à respecter dans le cadre de cette procédure sont établies par le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », le Conseil Technique des Implants et le Comité de l'assurance soins de santé. Le modèle de ce formulaire est approuvé par le Comité de l'assurance soins de santé, sur proposition du Conseil technique des implants.

Pour la prestation 687912-687923, le formulaire d'enregistrement standardisé n'est pas exigé.

Une évaluation annuelle via « peer review » en collaboration avec le « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » est prévue, avec rapport au Conseil technique des implants et à la Commission de convention fournisseurs d'implants - organismes assureurs. ».

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 4. Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 décembre 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales
et de la Santé Publique, chargée de l'Intégration sociale,
Mme L. ONKELINX

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT ET AGENCE FEDERALE POUR LA SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE

F. 2011 — 628

[C — 2011/24023]

16 FEVRIER 2011. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif à la lutte contre la rhinotrachéite infectieuse bovine

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

Vu la loi du 24 mars 1987 relative à la santé des animaux, l'article 4 et le Chapitre III, modifié par les lois des 21 décembre 1994 et 28 mars 2003 ainsi que l'article 15, 1^o et 2^o, modifié par la loi du 1^{er} mars 2007 et l'article 18;

Vu l'arrêté royal du 22 novembre 2006 relatif à la lutte contre la rhinotrachéite infectieuse bovine;

Vu l'avis du Conseil du Fonds budgétaire pour la santé et la qualité des animaux et des produits animaux, donné le 18 mars 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 juin 2010;

Vu la concertation entre les Gouvernements régionaux et l'Autorité fédérale du 5 juillet 2010;

De verstrekkingen 687890-687901 en 687912-687923 worden enkel vergoed in een verpleeginrichting die beschikt over de door de bevoegde overheid verleende erkenning voor de deelprogramma's B2 en B3 van het zorgprogramma « cardiale pathologie ».

Om in aanmerking te komen voor de terugbetaling van deze verstrekkingen, moet het centrum zich kenbaar maken bij de Dienst voor Geneeskundige verzorging aan de hand van een standaardformulier. Het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging stelt dit formulier op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten op.

Het volledig ingevuld gestandaardiseerd registratieformulier (clinical data report) van het dilatatiemateriaal en de coronaire stents wordt door de implanterend geneesheer-specialist aan de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling ter kennisgeving meegeleid en aan de « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » bezorgd. De modaliteiten waarop dit dient te gebeuren worden door de « Belgian Working Group on Interventional Cardiology », de Technische Raad voor Implantaten en het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging opgesteld. Het model van dit formulier wordt goedgekeurd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorstel van de Technische Raad voor Implantaten.

Voor de verstrekkings 687912-687923 is geen gestandaardiseerd registratieformulier vereist.

Een jaarlijkse evaluatie via « peer review » met medewerking van de « Belgian Working Group on Interventional Cardiology » wordt voorzien met verslag aan de Technische raad voor implantaten en aan de Overeenkomstencommissie verstrekkers van implantaten - verzekeringsinstellingen. »

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 4. De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 december 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
belast met Maatschappelijke Integratie,
Mevr. L. ONKELINX

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID, VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN EN LEEFMILIEU EN FEDERAAL AGENTSCHAP VOOR DE VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN

N. 2011 — 628

[C — 2011/24023]

16 FEBRUARI 2011. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 22 november 2006 betreffende de bestrijding van infectieuze bovieve rhinotracheïtis

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

Gelet op de dierengezondheidswet van 24 maart 1987, artikel 4 en Hoofdstuk III, gewijzigd bij de wetten van 21 december 1994 en 28 maart 2003 en artikel 15, 1^o en 2^o, gewijzigd bij de wet van 1 maart 2007 en artikel 18;

Gelet op het koninklijk besluit van 22 november 2006 betreffende de bestrijding van infectieuze bovieve rhinotracheïtis;

Gelet op het advies van de Raad van het Begrotingsfonds voor de gezondheid en de kwaliteit van de dieren en de dierlijke producten, gegeven op 18 maart 2010;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 juni 2010;

Gelet op het overleg met de Gewestregeringen en de Federale Overheid van 5 juli 2010;