

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 2889

[C - 2003/22772]

3 JUILLET 2003. — Arrêté royal modifiant 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} et 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999 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 l'article 18, § 1^{er}, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 19 avril 2001 et 27 février 2002 et 19, modifié par l'arrêté royal du 19 avril 2001;

Vu les propositions du Conseil technique médical des 24 septembre 2002 et 28 janvier 2003;

Vu les avis émis par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux en date des 24 septembre 2002 et 28 janvier 2003;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 7 avril 2003;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 30 avril 2003;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 28 avril 2003;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 juin 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2 juillet 2003;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que les mesures prises par cet arrêté résultent directement de l'Accord national médico-mutualiste pour 2003, par lequel les budgets nécessaires ont été accordés,

qu'une exécution rapide de cet Accord est nécessaire pour la sécurité tarifaire et pour le maintien du modèle de concertation en assurance soins de santé obligatoire,

qu'il importe dès lors que le présent arrêté soit pris et publié sans délai;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 2889

[C - 2003/22772]

3 JULI 2003. — Koninklijk besluit tot wijziging van 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 en 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 25 januari 1999, 24 december 1999 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 18, § 1, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 7 januari 1987 en 19 april 2001 en 27 februari 2002, 19, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 april 2001;

Gelet op de voorstellen van de Technische Geneeskundige Raad van 24 september 2002 en 28 januari 2003;

Gelet op de adviezen, uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle op 24 september 2002 en 28 januari 2003;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren - ziekenfondsen van 7 april 2003;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole van 30 april 2003;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 28 april 2003;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 6 juni 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting van 2 juli 2003;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de maatregelen in dit besluit genomen worden in rechtstreekse uitvoering van het Nationaal Akkoord Geneesheren-ziekenfondsen voor 2003, waardoor de nodige budgetten toegewezen werden,

dat een snelle uitvoering van dit Akkoord nodig is voor de tariefzekerheid en voor het behoud van het overlegmodel in de verplichte ziekteverzekering,

dat het derhalve belangrijk is dat dit besluit onverwijld wordt genomen en bekendgemaakt;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 18 § 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 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 19 avril 2001 et 27 février 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1. Au point A, 1,

a) Au I,

1° dans l'intitulé, les mots « dans un même volume cible » sont insérés après les mots « une ou plusieurs localisations ».

2° Dans le libellé des prestations 444113-444124, 444135-444146 et 444150-444161, la disposition « , 5 ou 6 » est supprimée.

b) Au II, dans l'intitulé, les mots « dans un même volume cible » sont insérés après les mots « une ou plusieurs localisations ».

2. Au point A, 2,

a) Après la prestation 444415-444426, l'alinéa suivant est inséré :

« Un calcul effectué à un point de référence n'est pas considéré comme un planning. Le premier et le deuxième plannings peuvent être réalisés ensemble et attestés chacun séparément au début du traitement. »

b) Dans le libellé des prestations 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544 et 444570-444581, la disposition « , 5 ou 6 » est supprimée.

c) Après le deuxième alinéa qui suit la prestation 444592-444603, l'alinéa suivant est inséré :

« Plusieurs gammagraphies effectuées le même jour, « on-line-imagings » et/ou dosimétries in vivo peuvent être portées en compte ce même jour (jusqu'à un maximum de quatre). »

Art. 2. A l'article 19 de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 19 avril 2001, sont apportées les modifications suivantes :

1. Au § 1^{er} :

a) dans la rubrique « Catégorie 1 »,

1° la sous-rubrique « Tumeurs malignes », est complétée par l'alinéa suivant :

« - irradiations à visée curative où sont administrées moins de 11 fractions ».

2° la sous-rubrique « Affections bénignes », est complétée par l'alinéa suivant :

« - exophtalmie de Grave »

b) dans la rubrique « Catégorie 2 », dans la sous-rubrique « Affections bénignes », les alinéas suivants sont supprimés :

« - dégénérescence maculaire

- exophtalmie de Graves

- spondylite ankylosante »

c) dans la rubrique « Catégorie 3 »,

1° le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« - Traitements tridimensionnels chez des patients de catégorie 2 en raison de tumeurs cérébrales, de tumeurs tête-cou (sauf larynx T1N0 et T2N0), tumeurs pulmonaires, du pancréas, pelviennes, de l'oesophage, de l'estomac, des tissus mous. »

2° dans le dernier alinéa, la disposition « 1 ou » est supprimée.

d) dans la rubrique « Catégorie 4 », le 4^{ème} alinéa est complété par la disposition suivante :

« Les métastases cérébrales sont considérées comme des tumeurs cérébrales malignes. »

e) dans les premiers alinéas des rubriques « Catégories 5 » et « Catégories 6 », les mots « Patients traités par une combinaison de curiethérapie et d'irradiation externe » sont remplacés par les mots « Patients traités par une curiethérapie, chez qui une irradiation externe est appliquée antérieurement et/ou conjointement ».

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen;

Besluit :

Artikel 1. In artikel 18, § 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 23 mei 1985, 7 januari 1987, 19 april 2001 en 27 februari 2002, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

Op punt A, 1,

a) In I,

1° in het opschrift, na de woorden « één of meer lokalities », worden de woorden « binnen eenzelfde doelgebied » ingevoegd.

2° In de omschrijving van de prestaties 444113-444124, 444135-444146 en 444150-444161, wordt de bepaling « , 5 of 6 » geschrapt.

b) In II, in het opschrift, na de woorden « één of meer lokalities », worden de woorden « binnen eenzelfde doelgebied » ingevoegd.

2. In punt A, 2,

a) Na de prestatie 444415-444426 wordt de volgende alinea ingevoegd :

« Een puntberekening wordt niet beschouwd als een planning. De eerste en tweede plannings mogen gezamenlijk uitgevoerd en elk apart aangerekend worden bij de aanvang van de behandeling. »

b) In de omschrijving van de prestaties 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544 en 444570-444581, wordt de bepaling « , 5 of 6 » geschrapt

c) Na de tweede alinea die volgt op de prestatie 444592-444603 wordt de volgende alinea ingevoegd :

« Meerdere op éénzelfde dag uitgevoerde gammagrafieën, on-line-imagings en/of in-vivo dosimetrieën mogen (tot maximum vier) op die éénzelfde dag worden aangerekend. »

Art. 2. In artikel 19 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 19 april 2001 worden de volgende wijzigingen gebracht :

1. In § 1 :

a) in de rubriek « Categorie 1 »,

1° wordt de subrubriek « Maligne tumoren », door de volgende alinea aangevuld :

« - bestralingen met curatief oogmerk waarbij minder dan 11 fracties worden toegediend ».

2° wordt de subrubriek « Niet-maligne aandoeningen », door de volgende alinea aangevuld :

« - Graves' exophtalmie »

b) worden in de rubriek « Categorie 2 », in de subrubriek « Niet-maligne aandoeningen », de volgende alinea's geschrapt :

« - maculadegeneratie

- Graves' exophtalmie

- spondylitis ankylosans »

c) in de rubriek « Categorie 3 »,

1° wordt het eerste lid vervangen door de volgende bepaling :

« - Driedimensionele behandelingen bij patiënten van categorie 2 wegens hersentumoren, hoofd-hals tumoren (behalve larynx T1N0 en T2N0), longtumoren, pancreastumoren, pelvische tumoren, slokdarmtumoren, maagtumoren, weke delen tumoren. »

2° wordt, in het laatste lid, de bepaling « 1 of » geschrapt.

in de rubriek « Categorie 4 », wordt het 4^{de} lid door de volgende bepaling aangevuld :

« Hersenmetastasen worden als maligne hersentumoren beschouwd. »

e) worden in de eerste leden van de rubrieken « Categorie 5 en 6 » de woorden « Patiënten behandeld met een combinatie van curietherapie en externe bestraling » door de woorden « Patiënten behandeld met curietherapie, waarbij voorafgaandelijke en/of aansluitende externe bestraling wordt toegepast » vervangen.

2. le § 1bis, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par irradiation externe complexe, il faut entendre une irradiation pour laquelle le volume cible est défini sur base d'un examen CT et/ou IRM de 20 coupes minimum à l'aide duquel le volume cible et les organes critiques sont définis sur au moins 10 coupes différentes, afin de déterminer les plans d'irradiation individuels.

Par fraction, il faut entendre une séance d'irradiation par jour d'un ou de plusieurs champs.

Par hyperfractionnement il faut entendre la répétition le même jour de séances d'irradiation d'un ou de plusieurs champs avec un intervalle d'au moins 4 heures.

Une curiethérapie fractionnée est considérée comme une seule série d'irradiations et n'est donc remboursée qu'une seule fois. Après un intervalle d'au moins 5 jours, une 2^e simulation et un 2^e planning peuvent être portés en compte, le cas échéant.

Différents volumes cibles qui sont traités simultanément par curiethérapie peuvent être portés en compte et remboursés par volume cible (p. ex. curiethérapie simultanée de différentes tumeurs cutanées, des deux seins,...).

Par volume cible il faut entendre la tumeur elle-même, avec marge de sécurité pour raisons médicale et physique, y compris les chaînes lymphatiques limitrophes qui sont traitées au cours de la même séance.

Pour les patients de catégorie 1^{re} et 2, des séries d'irradiations externes de divers volumes cibles ne peuvent être portées en compte et remboursées que trois fois au total au cours d'une même année.

Différents volumes cibles (que ce soit sur une ou plusieurs localisations) qui sont simultanément traités par irradiation externe, peuvent être portés en compte et remboursés par volume cible (p. ex. irradiation simultanée bilatérale des seins, irradiation médiastinale + irradiation cérébrale, irradiation de différentes métastases osseuses,...) ».

3. Au § 4, les mots « , à l'exception des radiothérapies superficielles prévues sous le n° de code 444334-444345 qui peuvent être remboursées lorsqu'elles sont réalisées par un médecin spécialiste en dermatovénérologie » sont supprimés.

4. Au § 5,

a) le premier alinéa est supprimé.

b) in fine, l'alinéa suivant est inséré :

« A l'exception des thérapies superficielles, visées sous le code 444334-444345, et de la curiethérapie intraluminale, visée sous le code 444275-444286, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations radiothérapeutiques réalisées dans un service de radiothérapie est soumise à la condition que ce service soit agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. »

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au *Moniteur belge*.

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

Donné à Bruxelles, le 3 juillet 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,
F. VANDENBROUCKE

2. wordt § 1bis door de volgende bepalingen vervangen :

« Onder complexe uitwendige bestraling wordt verstaan een bestraling waarbij het doelgebied is omschreven aan de hand van een CT en/of kernspintomografie van minstens 20 vlakken waarbij in minstens 10 vlakken het doelgebied en plaats van de kritieke organen werd vastgelegd op basis waarvan individuele bestralingsopzetten worden vervaardigd.

Onder fractie wordt verstaan één bestralingszitting per dag van één of meer velden.

Onder hyperfractionering wordt verstaan de meerdere bestralingszittingen per dag van één of meer velden met een tussenperiode van minstens 4 uren.

Gefractioneerde curietherapie wordt beschouwd als één bestralingsreeks en wordt dus éénmalig vergoed. Bij een interval van minstens 5 dagen kan in voorkomend geval een 2e simulatie en 2e planning aangerekend worden.

Onderscheiden doelgebieden die simultaan met curietherapie worden behandeld mogen per doelgebied worden aangerekend en vergoed (bv. simultane curietherapie van onderscheiden huidtumoren, van beide borsten,...).

Onder doelgebied wordt verstaan de tumor zelf, met een veiligheidsmarge om medisch en fysische redenen, samen met aangrenzende weiknooppgebieden die in dezelfde zitting worden behandeld.

Voor de patiënten van categorie 1 en 2 mogen externe bestralingsreeksen van diverse doelgebieden in totaal op jaarbasis slechts drie maal aangerekend en vergoed worden.

Onderscheiden doelgebieden (al dan niet met één of meerdere lokalisaties) die simultaan met uitwendige bestraling worden behandeld mogen per doelgebied worden aangerekend en vergoed (bv. simultane bilaterale borstbestraling, mediastinale bestraling + hersenbestraling, bestraling van onderscheiden botmetastasen, ...) ».

3. In § 4 worden de woorden « behoudens voor de oppervlakte-therapieën bedoeld onder de code 444334-444345 die mogen gehonoreerd worden wanneer ze verricht worden door een geneesheer erkend als geneesheer-specialist voor dermatologie-venereologie » geschrapt.

4. In § 5,

a) wordt het eerste lid afgeschrapt.

b) wordt in fine het volgende lid ingevoegd :

« Behoudens voor de oppervlaktetherapieën bedoeld onder de code 444334-444345 en voor de intraluminale curietherapie bedoeld onder de code 444275-444286 wordt de tussenkomst van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de radiotherapeutische verstrekkingen verricht in een dienst radiotherapie afhankelijk gemaakt van de voorwaarde dat die dienst is erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 5 april 1991 houdende vaststelling van de normen waaraan een dienst radiotherapie moet voldoen om te worden erkend als zware medisch-technische dienst zoals bedoeld in artikel 44 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987. »

Art. 3. Dit besluit treedt in werking op de tiende dag volgend op die waarin het in het *Belgisch Staatsblad* is bekendgemaakt.

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

Gegeven te Brussel, 3 juli 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE