

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 2894

[C — 2003/22773]

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 les articles 35, §§ 1^{er} et 2, modifiés par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 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 25, § 1^{er} et 2 modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 29 avril 1999 et 5 septembre 2001;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 24 septembre 2002;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de Contrôle médicaux donné le 24 septembre 2002;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 18 novembre 2002;

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

Vu la décision du Comité de l'assurance du Service soins de santé du 28 avril 2003;

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

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget du 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;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 25, § 1^{er} et 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988, 22 juillet 1988, 14 décembre 1989, 22 janvier 1991, 12 août 1994, 7 août 1995, 31 août 1998, 29 avril 1999, et 5 septembre 2001, sont apportées les modifications suivantes :

I. Au § 1^{er},

1. dans le libellé des prestations 598404 et 598146, les mots « en neuropsychiatrie, en psychiatrie » sont insérés après le mot « neurologie, »

2. dans le libellé des prestations 598426 et 598161, le mot « cinq » est remplacé par le mot « douze »

3. dans le libellé de la prestation 598441, le mot « sixième » est remplacé par le mot « treizième »

4. dans le libellé des prestations 598861 et 598883, le mot « cinq » est remplacé par le mot « douze »

5. dans le libellé de la prestation 598905, le mot « sixième » est remplacé par le mot « treizième »

6. l'intitulé qui précède la prestation 598522 est complété par la disposition « ou un service Sp-psychogériatrique d'un hôpital psychiatrique »

7. dans le libellé des prestations 598522 et 598183, le mot « cinq » est remplacé par le mot « douze »

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 2894

[C — 2003/22773]

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, 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 het artikel 25, § 1 en 2 gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 31 augustus 1998, 29 april 1999 en 5 september 2001;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad gedaan tijdens zijn vergadering van 24 september 2002;

Gelet op het advies, uitgebracht door de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle op 24 september 2002;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 18 november 2002;

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

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering van de Dienst voor geneeskundige verzorging van 28 april 2003;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën van 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 tarfzekerheid en voor het behoud van het overlegmodel in de verplichte ziekteverzekering,

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

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Besluit :

Artikel 1. In het artikel 25, § 1 en 2 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 door de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988, 22 juli 1988, 14 december 1989, 22 januari 1991, 12 augustus 1994, 7 augustus 1995, 31 augustus 1998, 29 april 1999 en 5 september 2001, wijzigingen worden de volgende wijzigingen ingebracht :

I. In § 1,

1. worden in de omschrijving van de verstrekkingen 598404 en 598146 de woorden « voor neuropsychiatrie, voor psychiatrie » na het woord « neurologie, » ingevoegd

2. wordt in de omschrijving van de verstrekkingen 598426 en 598161 het woord « vijf » door het woord « twaalf » vervangen.

3. wordt in de omschrijving van de verstrekking 598441 het woord « zesde » door het woord « dertiende » vervangen.

4. wordt in de omschrijving van de verstrekkingen 598861 en 598883 het woord « vijf » door het woord « twaalf » vervangen.

5. wordt in de omschrijving van de verstrekking 598905 het woord « zesde » door het woord « dertiende » vervangen.

6. wordt het opschrift dat de verstrekking 598522 voorafgaat, na het woord « dienst T » de bepaling « of een dienst Sp- psychogeriatrie van een psychiatrisch ziekenhuis » ingevoegd.

7. wordt in de omschrijving van de verstrekkingen 598522 en 598183 het woord « vijf » door het woord « twaalf » vervangen

8. dans le libellé de la prestation 598544, le mot « sixième » est remplacé par le mot « treizième »

9. les règles d'application et les prestations suivantes sont insérées après la prestation 598684

« Les honoraires de surveillance repris sous les numéros de prestations 598161, 598183, 598883, 598426 à 598684, 598861 à 598942 et 599325 à 599362 couvrent la surveillance directe des patients admis et leur dossier médical :

- les contacts directs avec le patient et sa famille
- les contacts avec le médecin référent
- la coordination de l'équipe multidisciplinaire par le médecin psychiatre ou neuropsychiatre
- l'organisation des activités diagnostiques et thérapeutiques par les infirmières, les psychologues cliniciens et les paramédicaux
- la psychothérapie individuelle ou collective et l'instauration et le suivi de la pharmacothérapie individuelle

Le dossier médical du patient contient le rapport daté et paraphé par le médecin des activités mentionnées ci-dessus et permet de donner une image objective des démarches diagnostiques et thérapeutiques et de la disponibilité pendant l'admission.

- 597704

Honoraire de disponibilité pendant les absences dans un but thérapeutique du patient admis dans un service A, K et T d'un hôpital psychiatriqueC30

L'honoraire de disponibilité peut être porté en compte par le médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie qui effectue la surveillance du patient pendant son admission quand le patient est absent dans le cadre d'un congé thérapeutique planifié.

La prestation 597704 peut être portée en compte à partir du deuxième mois d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique avec un maximum de trois jours par mois-calendrier et vingt-et-un jours par année-calendrier.

La prestation 597704 ne peut pas être portée en compte après la sortie du patient de l'hôpital psychiatrique.

- 597726

Honoraire pour l'examen psychiatrique d'entrée avec rapport pour le patient admis dans un service A, K, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrieC30

L'examen psychiatrique d'entrée peut être porté en compte une fois pendant la première semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service visé et comprend la détermination et l'affinement du diagnostic et du traitement via l'anamnèse et l'hétéro-anamnèse, les tests psychologiques complémentaires et la rédaction d'un plan thérapeutique psychothérapeutique et pharmacothérapeutique.

- 597741

Honoraire pour l'examen psychiatrique de sortie avec rapport, pour le patient admis dans un service A, K, T ou Sp-psychogériatrique d'un hôpital, effectué par un médecin-spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.....C30

L'examen psychiatrique de sortie peut être porté en compte une fois pendant la dernière semaine d'hospitalisation d'un patient dans le service concerné et comprend, outre le rapport circonstancié du diagnostic et du traitement, les conclusions psychothérapeutiques et les directives pour le suivi ambulatoire ultérieur.

Le rapport écrit circonstancié des prestations 597726 et 597741 (examens d'entrée et de sortie) est envoyé au médecin référent et se trouve en outre dans le dossier médical.

Les prestations 597726 et 597741 peuvent être cumulées avec l'honoraire de surveillance.

10. dans les intitulés qui précèdent les prestations 596024 et 596120, la disposition « un service N* » est remplacée par la disposition : « une fonction N* » couplée à une hospitalisation de la mère dans un service M ou à une hospitalisation du nouveau-né dans un service E. »

11. la dernière phrase de la règle d'application qui suit la prestation 596164 est remplacée par la disposition : « Elles ne sont pas cumulables avec la prestation 599104 pour le même patient, le même jour. »

12. dans l'intitulé qui précède la prestation 599325, il est inséré les mots « ou Tp » après le mot « Tf ».

8. wordt in de omschrijving van de verstrekking 598544 het woord « zesde » door het woord « dertiende » vervangen.

9. worden de volgende toepassingsregels en verstrekkingen na de verstrekking 598684 ingevoegd :

« De toezichtshonoraria vermeld onder de verstrekkingen nrs. 598161, 598183, 598883, 598426 tot 598684, 598861 tot 598942 en 599325 tot 599362 dekken het rechtstreeks toezicht op de opgenomen patiënt en diens medisch dossier :

- de directe contacten met de patiënt en zijn familie
- de contacten met de verwijzend geneesheer
- de coördinatie door de geneesheer psychiater of neuropsychiater van de multidisciplinaire teamvergaderingen
- de organisatie van de diagnostische en therapeutische activiteiten verricht door verpleegkundigen, klinisch psychologen en paramedici
- de individuele of collectieve psychotherapie en de instelling en opvolging van de individuele farmacotherapie.

Het medisch dossier van de patiënt bevat de door de geneesheer gedateerde en geparafeerde neerslag van de hierboven vermelde activiteiten en laat toe een objectief beeld te vormen van de diagnostische en therapeutische investeringen en de beschikbaarheid tijdens opname.

- 597704

Disponibiliteitshonorarium tijdens afwezigheden met een therapeutisch oogmerk van de patiënt opgenomen op een dienst A, K en T van een psychiatrisch ziekenhuisC30

Het disponibiliteitshonorarium kan worden aangerekend door de geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie die het toezicht uitoefent op de patiënt tijdens diens opname wanneer de patiënt in het raam van een gepland therapeutisch verlof afwezig is.

De verstrekking 597704 mag worden aangerekend vanaf de tweede maand opname in een psychiatrisch ziekenhuis met een maximum van drie dagen per kalendermaand en eenentwintig dagen per kalenderjaar.

De verstrekking 597704 mag niet worden aangerekend na het ontslag van de patiënt uit het psychiatrisch ziekenhuis.

- 597726

Honorarium voor het psychiatrisch intake-onderzoek met verslag voor de patiënt opgenomen op een dienst A, K, T of een Sp-psychogeriatrie van een ziekenhuis uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrie ...C30

Het psychiatrisch intake-onderzoek mag eenmaal worden aangerekend tijdens de eerste week opname van een patiënt op de bedoelde dienst en omvat de bepaling en verfijning van de diagnose en behandeling via anamnese en heteroanamnese, aanvullende psychologische testen en het opstellen van een psychotherapeutisch en farmacotherapeutisch behandelingsplan.

- 597741

Honorarium voor het psychiatrisch ontslag-onderzoek met verslag, voor de patiënt opgenomen op een dienst A, K, T of een Sp-psychogeriatrie van een ziekenhuis uitgevoerd door een geneesheer-specialist in de psychiatrie of in de neuropsychiatrieC30

Het psychiatrisch ontslag-onderzoek mag eenmaal worden aangerekend tijdens de laatste week opname van een patiënt op de bedoelde dienst en omvat naast de omstandige weergave van de diagnose en behandeling, de psychotherapeutische conclusies en de richtlijnen voor de verdere ambulante nazorg.

Het omstandig schriftelijk verslag van de verstrekkingen 597726 en 597741 (intake- en/of ontslag-onderzoek) wordt verstuurd aan de verwijzend geneesheer en bevindt zich tevens in het medisch dossier.

De verstrekkingen 597726 en 597741 mogen worden gecumuleerd met het honorarium voor toezicht.

10. wordt in de hoofdingen die de verstrekkingen 596024 en 596120 voorafgaan de bepaling « een dienst N* verblijft » door de bepaling « een functie N* verblijft gekoppeld aan een opname van de moeder op de M-dienst of een opname van de pasgeborene op de E-dienst » vervangen.

11. wordt de laatste zin van de toepassingsregel die op de verstrekking 596164 volgt door de bepaling « Ze zijn voor dezelfde patiënt op dezelfde dag niet cumuleerbaar met de verstrekking 599104 » vervangen.

12. wordt in de hoofding die de verstrekking 599325 voorafgaat de woorden « of Tp » ingevoegd na het woord « Tf »

13. le libellé de la prestation 599325 est remplacé par les dispositions suivantes : « les premiers douze jours, par jour »

14. dans le libellé de la prestation 599340, le mot « sixième » est remplacé par le mot « treizième »

15. les prestations 599325, 599340 et 599362 et leur intitulé commun sont déplacées et insérées après la prestation 598684.

16. dans le libellé des prestations 599782 et 599804, le mot « 28e » est remplacé par le mot « 30e »

17 la prestation suivante est insérée après la prestation 599804 :

« - 597763

du trente-et-unième jour jusqu'à la fin du sixième mois, par jour.....C3

18. dans l'intitulé qui précède la prestation 599384, la disposition « ou Sp-locomoteur » est remplacée par la disposition « Sp-locomoteur ou Sp-chronique »

19. la prestation suivante est insérée après la prestation 599421 :

- 597785

Honoraire pour l'examen d'entrée avec examen médical, tenue d'un dossier médical central et rédaction d'un plan de réadaptation fonctionnelle adapté pour le patient admis dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologique, Sp-locomoteur ou Sp-chronique, effectué par un médecin spécialiste dans une des disciplines de la médecine interne, cardiologie, pneumologie, rhumatologie, neurologie, neuropsychiatrie, chirurgie orthopédique ou en médecine physique et réadaptation fonctionnelle ou en réadaptation fonctionnelle et professionnelle des personnes handicapées.

La prestation 597785 ne peut être portée en compte qu'une seule fois, pendant la première semaine de l'hospitalisation dans un service Sp et peut être cumulée avec l'honoraire de surveillance.

20. le libellé de la prestation 599082 est complété par la disposition « et qui appartient à une autre spécialité médicale reconnue »

21. l'intitulé « Pédiatrie de liaison » est inséré avant l'intitulé précédant la prestation 596525

22. dans le libellé de la prestation 596540 le terme « l'examen » est remplacé par le terme « le deuxième examen » et le mot « suivant » est supprimé.

23. la première phrase de la règle d'application qui suit la prestation 596540 est supprimée.

24. le libellé de la prestation 599480 est remplacé par la disposition suivante :

« Honoraire de coordination pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu. » . La valeur relative est portée à C 15.

25. La règle d'application qui suit la prestation 599480 est supprimée et est remplacée par les règles d'application et l'insertion de la prestation suivantes :

« La prestation 599480 peut être portée en compte par le médecin spécialiste qui assure la direction médicale de l'hôpital de jour chirurgical en application de l'article 11 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997, et qui est responsable de l'organisation de l'hôpital de jour »

« - 597800

Honoraires de surveillance pour le séjour d'un patient dans un hôpital de jour reconnu, pour le médecin spécialiste qui a effectué une des interventions de la liste limitative ci-dessousC15

Les prestations 597800 et 599480 ne peuvent être portées en compte qu'en cas d'exécution d'une des prestations de la liste limitative ci-après dans un hôpital de jour et de l'exécution effective de la surveillance du patient y compris la préparation du retour à domicile et la décision de départ de l'hôpital de jour.

Liste limitative :

220275, 228152, 229176, 235174, 244436, 244495, 244554, 246551, 246573, 246212, 246654, 246772, 247531, 250213, 253153, 256513, 257891, 257994, 258090, 260470, 260676, 260794, 260853, 262216, 262231, 280055, 280092, 283010, 284572, 285390, 285596, 285832, 286252, 286451, 287372, 287350, 287475, 287534, 300274, 317214, 354056, 432316, 476652, 589050, 589116, 589175, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 241091, 244193, 246595, 246676, 257390, 260934, 261214, 261236, 300333, 473292, 473712, 423010, 424012, 241150, 241312, 453132, 464133, 589013 et 589131.

Les prestations 599480 et 597800 sont cumulables entre elles.

13. wordt de omschrijving van de verstrekking 599325 vervangen door de volgende bepalingen : « de eerste twaalf dagen, per dag »

14. wordt in de omschrijving van de verstrekking 599340 het woord « zesde » door het woord « dertiende » vervangen.

15. worden de verstrekkingen 599325, 599340 en 599362, met hun gemeenschappelijke hoofding verplaatst en ingevoegd na de verstrekking 598684.

16. wordt in de omschrijving van de verstrekkingen 599782 en 599804 het woord « 28ste » door het woord « 30ste » vervangen.

17 wordt de volgende verstrekking na de verstrekking 599804 ingevoegd :

« - 597763

vanaf de eenendertigste dag tot het einde van de zesde maand per dag.....C3 »

18. wordt in de hoofding die de verstrekking 599384 voorafgaat de bepaling « of Sp-locomotorisch » door de bepaling « Sp-locomotorisch of Sp-chronisch » vervangen.

19. wordt de volgende verstrekking na de verstrekking 599421 ingevoegd :

- 597785

Honarium voor het intake-onderzoek met medisch onderzoek, opmaak van een centraal medisch dossier en het opstellen van een aangepast revalidatieplan voor de patiënt opgenomen op een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie, Sp-locomotorisch of Sp-chronisch, uitgevoerd door een geneesheer-specialist in inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, reumatologie, neurologie, neuropsychiatrie, orthopedische heelkunde of in de fysische geneeskunde en de revalidatie of in de functionele en professionele revalidatie van gehandicapten.

De verstrekking 597785 is slechts éénmaal aanrekenbaar tijdens de eerste week van de opname op de Sp-dienst en mag worden gecumuleerd met het honorarium voor toezicht.

20. wordt de omschrijving van de verstrekking 599082 door de bepaling « en die tot een ander erkend medisch specialisme behoort » aangevuld.

21. wordt het opschrift « Liaison pediatrie » ingevoegd vóór het opschrift dat vóór de verstrekking 596525 gaat.

22. wordt in de omschrijving van de verstrekking 596540 het woord « volgende » door het woord « tweede » vervangen

23. wordt de eerste zin van de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 596540 geschrapt.

24. wordt de omschrijving van de verstrekking 599480 door de volgende bepaling vervangen :

« Coördinatiehonorarium voor het verblijf van een patiënt in een erkend dagziekenhuis ». De relatieve waarde wordt op C 15 gebracht.

25. wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 599480 geschrapt en door de volgende toepassingsregels en invoeging van volgende verstrekking vervangen :

« De prestatie 599480 mag worden aangerekend door geneesheer-specialist die de medische leiding over het chirurgisch dagziekenhuis heeft volgens artikel 11 van het koninklijk besluit van 25 november 1997, en verantwoordelijk is voor de organisatie van het dagziekenhuis »

« - 597800

Toezichtshonorarium voor het verblijf van een patiënt in een erkend geneesheer-dagziekenhuis voor de geneesheer-specialist die een van onderstaande ingrepen uit de limitatieve lijst heeft verrichtC15

De verstrekkingen 597800 en 599480 mogen slechts worden aangerekend wanneer een van de verstrekkingen uit de onderstaande limitatieve lijst in het dagziekenhuis is verricht en daadwerkelijk toezicht op de patiënt werd uitgeoefend met inbegrip van de voorbereiding op de terugkeer naar huis en de beslissing tot ontslag uit het dagziekenhuis.

Limitatieve lijst :

220275, 228152, 229176, 235174, 244436, 244495, 244554, 246551, 246573, 246212, 246654, 246772, 247531, 250213, 253153, 256513, 257891, 257994, 258090, 260470, 260676, 260794, 260853, 262216, 262231, 280055, 280092, 283010, 284572, 285390, 285596, 285832, 286252, 286451, 287372, 287350, 287475, 287534, 300274, 317214, 354056, 432316, 476652, 589050, 589116, 589175, 220290, 238114, 238173, 238195, 238210, 241091, 244193, 246595, 246676, 257390, 260934, 261214, 261236, 300333, 473292, 473712, 423010, 424012, 241150, 241312, 453132, 464133, 589013 en 589131.

De verstrekkingen 599480 en 597800 zijn onderling cumuleerbaar.

II. Au § 2,

A. Au a),

1. dans le troisième alinéa, les mots « Sp-chronique » sont remplacés par « Sp » et le mot « Tp » est inséré après le mot « G »

2. le 1° est complété par un quatrième alinéa rédigé comme suit :

« Le premier jour d'admission en service Sp est toujours considéré comme un premier jour d'hospitalisation remboursable, quel que soit le service ou la section où le bénéficiaire est initialement admis. »

3. les dispositions des deux premiers alinéas du 2° sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention. »

Cette période d'immunisation de cinq jours débute le jour où l'intervention chirurgicale a eu lieu.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K180, N 300, I 300 si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale.

4. dans le troisième alinéa du 2°, les mots « non plus » sont insérés après les mots « ne s'applique pas »

5. dans le dernier alinéa, les mots « I 300 » sont remplacés par les mots « I 800 »

6. les dispositions du 3° sont remplacées par les dispositions suivantes :

« Par intervention chirurgicale, il faut comprendre pour cette règle d'immunité : toute prestation thérapeutique de l'article 9 (à l'exclusion des prestations 424056-424060 et des prestations de l'article 9 a), excepté les numéros 422225, 422671 et 423673), de l'article 14 ou de l'article 34. »

7. dans la liste des numéros du 4°, le numéro « 599200 est supprimé et les numéros « 599443, 599465, 596525, 596540, 597726, 597741 et 597785 » sont insérés.

B. Au b),

1. Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les honoraires pour la prestation n° 599082 peuvent être cumulés avec les honoraires de surveillance. Ils ne peuvent être cumulés qu'à 50 % de leur valeur avec les honoraires pour actes techniques effectués par le même médecin ou par un médecin appartenant à la même spécialité pendant une même période d'hospitalisation. »

2. le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« La prestation n° 599082 ne peut être attestée que si la consultation a été demandée par écrit ou électroniquement par un médecin assurant la surveillance du patient hospitalisé et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin appelé. »

3. le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour l'application des dispositions sous 1°, 2° et 3° ci-dessus, sont considérées comme autre spécialité médicale les spécialités mentionnées à l'article 10 § 1. »

4. il est inséré un 4° bis, rédigé comme suit :

« 4° bis La demande écrite ou électronique et le rapport concernant la consultation sont repris dans le dossier médical du patient. »

C. Au c),

Dans le deuxième alinéa, les mots « ; elle peut cependant être cumulée avec les prestations nos 599001 et 598242 et ce même dans le chef du même prestataire. » sont supprimés.

D. Au d),

Dans le premier alinéa, les mots « Sp-chronique » sont remplacés par les mots « Sp-psychogériatrique, Tp »

II. In § 2,

A. In a),

1. worden in het derde lid de woorden « Sp-chronisch » door het woord « Sp » vervangen en het woord « Tp » ingevoegd na het woord « G »

2. wordt 1° door een vierde lid aangevuld, luidend als volgt :

« De eerste dag opname in een dienst Sp wordt steeds beschouwd als een eerste vergoedbare dag opname in een verplegingsinrichting, ongeacht de dienst of afdeling waarin de rechthebbende aanvankelijk werd opgenomen. »

3. worden de bepalingen van de eerste twee leden van 2° door de volgende bepalingen vervangen :

« Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een heelkundige ingreep ondergaat, wordt gedurende vijf dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald. »

Deze immuniteitsperiode van vijf dagen gaat in de dag waarop de heelkundige behandeling wordt verricht.

Deze immuniteitsperiode is evenwel niet van toepassing voor de heelkundige ingrepen met een waarde hoger dan K180, N 300, I 300 indien het toezicht wordt uitgeoefend door een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, neurologie, neuropsychiatrie, pediatrie, reumatologie of fysische geneeskunde en revalidatie die de heelkundige bewerking niet heeft uitgevoerd en die tot een ander medisch specialisme behoort dan de geneesheer die de heelkundige bewerking heeft verricht »

4. wordt in het derde lid van 2° de woorden « evenwel niet » door « evenmin » vervangen. ».

5. worden in het laatste lid de woorden « I 300 » door de woorden « I 800 » vervangen.

6. wordt de bepalingen van de 3° door de volgende bepalingen vervangen :

« Onder heelkundige ingreep wordt voor deze immuniteitsregel begrepen : elke therapeutische verstrekking van artikel 9 (met uitsluiting van de verstrekking 424056-424060 en van de verstrekkingen van artikel 9 a), behalve de nrs. 422225, 422671 en 423673), van artikel 14 of van artikel 34. »

7. wordt in de lijst van de nummers van de 4° het nummer « 599200 » geschrapt en worden de nummers « 599443, 599465, 596525, 596540, 597726, 597741 en 597785 » bijgevoegd.

B. In b),

1. wordt de 1° door de volgende bepalingen vervangen :

« Het honorarium voor de verstrekking nr. 599082 mag worden gecumuleerd met het honorarium voor toezicht. Het mag slechts voor 50 % van zijn waarde worden gecumuleerd met de honoraria voor technische verstrekkingen die worden verricht door dezelfde geneesheer of door een geneesheer, van hetzelfde specialisme gedurende een zelfde tijdvak van opname in een ziekenhuis. »

2. wordt de 3° door de volgende bepalingen vervangen :

« De verstrekking nr. 599082 mag enkel worden aangerekend wanneer het consult schriftelijk of elektronisch is aangevraagd door een geneesheer die het toezicht op de opgenomen patiënt verzekert en die tot een ander medisch specialisme behoort dan de bijgeroepen geneesheer. »

3. wordt de 4° door de volgende bepalingen vervangen :

« Voor de toepassing van de bepalingen onder 1°, 2° en 3° hiervoren worden als ander medisch specialisme beschouwd, de erkende medisch specialismen zoals vermeld in artikel 10 § 1. »

4. wordt een 4° bis ingevoegd die luidt als volgt :

« 4° bis De schriftelijke of elektronische aanvraag voor en het verslag van het consult worden opgenomen in het medisch dossier van de patiënt. »

C. In c),

Worden in het tweede lid de woorden « ; ze mag evenwel door dezelfde practicus worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 599001 en 598242. » geschrapt.

D. In d),

Worden in het eerste lid de woorden « Sp-chronisch » door de woorden « Sp-psychogériatrie, Tp » vervangen.

Art. 2. Cet arrêté produit ses effets le 1^{er} mai 2003.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales 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

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 mei 2003.

Art. 3. 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

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2003 — 2895

[C — 2003/22791]

9 JUILLET 2003. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

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}, alinéa 4;

Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 150, modifié par les arrêtés royaux des 10 novembre 1997 et 13 juin 1999;

Vu l'avis émis le 17 mars 2003 par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 28 mars 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 avril 2003;

Vu la délibération du Conseil des Ministres du 4 avril 2003 sur la demande d'avis à donner par le Conseil d'Etat dans un délai ne dépassant pas un mois;

Vu l'avis 35.347/1 du Conseil d'Etat donné le 19 juin 2003, en application de l'article 84, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 150 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, modifié par les arrêtés royaux des 10 novembre 1997 et 13 juin 1999, dans le point concernant les critères applicables à la catégorie de dépendance B, les mots : « ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et ils sont dépendants pour se déplacer et/ou pour manger et/ou pour incontinence » sont remplacés par les mots : « ils sont dépendants pour se laver et s'habiller et ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette ».

Art. 2. Les modifications des catégories de dépendance qui résultent de l'application des dispositions de l'article 1^{er} sont exécutées d'office par les organismes assureurs, à moins que l'institution n'introduise auprès du médecin-conseil, dans les quinze jours qui suivent la date de publication du présent arrêté, une demande de révision de la catégorie de dépendance.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2003 — 2895

[C — 2003/22791]

9 JULI 2003. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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 het artikel 35, § 1, vierde lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op het artikel 150, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 10 november 1997 en 13 juni 1999;

Gelet op het advies, uitgebracht door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering op 17 maart 2003;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 28 maart 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 3 april 2003;

Gelet op het besluit van de Ministerraad van 4 april 2003, over het verzoek aan de Raad van State om advies te geven binnen een termijn van een maand;

Gelet op het advies 35.347/1 van de Raad van State gegeven op 19 juni 2003, met toepassing van artikel 84, eerste lid, 1^o, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 150 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 10 november 1997 en 13 juni 1999, worden in het onderdeel dat betrekking heeft op de criteria voor de afhankelijkheids categorie B de woorden : « zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of om te eten en/of wegens incontinentie » vervangen door de woorden : « zij zijn afhankelijk om zich te wassen en te kleden, én zij zijn afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan ».

Art. 2. De wijzigingen van afhankelijkheids categorie die het gevolg zijn van de toepassing van de bepalingen van artikel 1 worden ambtshalve doorgevoerd door de verzekeringsinstellingen, tenzij de instelling binnen vijftien dagen die volgen op de datum van bekendmaking van dit besluit, een aanvraag tot herziening van de afhankelijkheids categorie indient bij de adviserend geneesheer.