

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 3515

[C — 2010/22432]

27 SEPTEMBER 2010. — Verordening tot wijziging van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Het Verzekeringscomité voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 22, 11°;

Gelet op de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het voorstel van de Technische Geneeskundige Raad van 9 juni 2009;

Na erover te hebben beraadslaagd in zijn vergadering van 27 september 2010,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 22 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden volgende wijzigingen aangebracht :

1° het woord « verstreking » wordt vervangen door het woord « verstrekkingen »;

2° de rangnummers « 350276-350280 » en « 350291-350302 » worden ingevoegd na de rangnummers « 350372-350383 ».

Art. 2. Bijlage 55 van de verordening van 28 juli 2003 tot uitvoering van artikel 22, 11°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, vervangen door de verordening van 24 juli 2006, wordt vervangen door de bijlage 55 die bij deze verordening gaat.

Art. 3. Deze verordening treedt in werking op 1 november 2010.

Brussel, 27 september 2010.

De Leidend Ambtenaar,
H. DE RIDDER

De Voorzitter,
G. PERL

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 3515

[C — 2010/22432]

27 SEPTEMBRE 2010. — Règlement modifiant le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, 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 de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 22, 11°;

Vu le règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu la proposition du Conseil technique médical du 9 juin 2009;

Après en avoir délibéré au cours de sa réunion du 27 septembre 2010,

Arrête :

Article 1^{er}. A l'article 22 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « la prestation » est remplacés par les mots « les prestations »;

2° les numéros d'ordre « 350276-350280 » et « 350291-350302 » sont insérés après les numéros d'ordre « 350372-350383 ».

Art. 2. L'annexe 55 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, remplacée par le règlement du 24 juillet 2006, est remplacée par l'annexe 55 ci-jointe.

Art. 3. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} novembre 2010.

Bruxelles, le 27 septembre 2010.

Le Fonctionnaire Dirigeant,
H. DE RIDDER

Le Président,
G. PERL

Bijlage 55

KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR EEN NIEUWE DIAGNOSE

Patiënt : Geb. datum :
 Nationaal nr./Ziekenfondsnr. : Geslacht :

1. INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)
 volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging. 2=klin. evaluatie/opname ziekenhuis. 3=overlijden

2. BASIS VOOR DIAGNOSE (omcirkelen, meerdere items aan te duiden) :
 1 = autopsie (niet van toepassing bij MOC) 5 = technisch onderzoek (bv. RX, endoscopie, ...)
 2 = histologie primaire tumor 6 = klinisch
 3 = histologie metastase 7 = tumormerker (bv. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie/hematologie 9 = onbekend

3. WHO-SCORE BIJ DIAGNOSE (omcirkelen)
 0 = asymptomatisch, normale activiteit 3 = symptomatisch, bedlegerig >50% per dag
 1 = symptomatisch, maar ambuland 4 = aangewezen op volledige verzorging, 100% bedlegering
 2 = symptomatisch, bedlegerig <50% per dag

4. PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen).....

5. LATERALITEIT bij pare organen (omcirkelen) 1. links 2. rechts 3. onbekend

6. HISTOLOGISCHE DIAGNOSE (invullen) :

7. DIFFERENTIATIEGRAAD (omcirkelen) : 1=goed 2=matig 3=weinig 4=ongediff/anapl 9=onbekend

8. KLINISCHE TNM (UICC 2002) : cT cN cM

9. PATHOLOGISCHE TNM (UICC 2002) : pT pN pM

10. ANDERE CLASSIFICATIE (omcirkelen) :
 1. Ann Arbor, [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, andere (invullen) :

Stadium (invullen) :

11. DATUM START EERSTE BEHANDELING (DD-MM-YYYY) :

12. REEDS UITGEVOERDE BEHANDELINGEN :
 chronologisch invullen vanaf datum eerste behandeling

--	--	--	--	--	--

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------|
| 10 : heekunde | 15 : beenmergtransplantatie | 70 : symptomatisch |
| 20 : externe radiotherapie/curietherapie | 30 : isotopen | 90 : geen therapie |
| 25 : concomitant chemoradiotherapie | 50 : hormonale therapie | 95 : weigering therapie |
| 40 : chemotherapie | 60 : Immunotherapie | 99 : onbekend |
| 80 : andere vorm van behandeling (invullen) : | | |

13. VERDER BEHANDELINGSPLAN (intentie tot)

codes chronologisch invullen zie punt 12

--	--	--	--	--	--	--	--

14. REDEN MOC (aankruisen)

- patiënt met een nieuwe diagnose van kanker
- voorafgaand aan een oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- voorafgaand aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- voorafgaand aan een chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen) :

ARTS COORDINATOR (stempel)
 Dr : RIZIV-nr :
 Instelling :
 Datum :

Bijlage 55 (vervolg)

MULTIDISCIPLINAIR ONCOLOGISCH CONSULT

Patiënt :

Nationaal nr. / Ziekenfondsnr. :

Aanvrager MOC : RIZIV-id.nr. :

Coördinator MOC : RIZIV-id.nr. :

Deelnemers MOC : 1) RIZIV-id.nr. :

2) RIZIV-id.nr. :

3) RIZIV-id.nr. :

(Extramuros) 4) RIZIV-id.nr. :

Ondergetekende bevestigt als coördinator van het multidisciplinair oncologisch consult dat de bepalingen van de verstrekking nr. 350276-350280, 350291-350302 en 350372-350383 werden nageleefd en het aangehechte registratieformulier werd ingevuld.

Instelling :

Datum MOC :

Handtekening coördinator :

Bijlage 55 (vervolg)**KANKERREGISTRATIEFORMULIER VOOR HET REGISTREREN VAN FOLLOW-UP**

Patiënt : Geb. datum :

Nationaal nr./Ziekenfondsnr. : Geslacht :

I) GEGEVENS OVER DE PRIMAIRE TUMOR

PRIMAIRE TUMORLOKALISATIE (invullen :)

.....

HISTOLOGIE VAN DE PRIMAIRE TUMOR (invullen :)

.....

INCIDENTIEDATUM (DD-MM-YYYY)(het jaar is voldoende indien niet te traceren)

volgorde afnemende prioriteit : 1=eerste hist/cyto bevestiging 2=klin. evaluatie/opname ziekenhuis

ZIEKTEVRIJ INTERVAL? (omcirkelen) : JA NEEN

DATUM EERSTE RECIDIEF (indien ziektevrij interval) (DD-MM-YYYY) :

volgorde afnemende prioriteit : 1=hist/cyto bevestiging 2=opname ziekenhuis/klinische evaluatie

(omcirkelen, meerdere items mogelijk) lokaal regionaal metastasen

II) BEHANDELINGSPLAN IN HET KADER VAN HET HUIDIGE PROBLEEM (intentie tot)

Chronologisch invullen

10 : heilkunde	15 : beenmergtransplantatie	70 : symptomatisch
20 : externe radiotherapie/curietherapie	30 : isotopen	90 : geen therapie
25 : concomitant chemoradiotherapie	50 : hormonale therapie	95 : weigering therapie
40 : chemotherapie	60 : immunotherapie	
80 : andere vorm van behandeling : (invullen)		

--	--	--	--	--	--

III) REDEN MOC (omcirkelen)

- behandeling van een patiënt met een recidief
- behandeling van een patiënt met een progressieve ziekte
- voorafgaand aan elke oncologische behandeling die afwijkt van de geschreven en door het oncologisch centrum aanvaarde richtlijnen
- aan een herhaling van een bestralingsreeks van éénzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks
- aan elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult
- andere (invullen) :

ARTS COORDINATOR (stempel)

Dr. : RIZIV-nr :

Instelling :

Datum :

Annexe 55

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : NOUVEAU DIAGNOSTIC

Patient : Date de naissance :
 N° national / N° organisme assureur : Sexe :

1. DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA).....
 ordre de priorité décroissante : 1 = première confirmation histo/cyto, 2 = évaluation clinique/hospitalisation, 3 = décès

2. MOYEN DE DIAGNOSTIC (entourer, plusieurs items sont permis) :
 1 = autopsie (pas d'application pour la CMO) 5 = examen technique (ex. RX, endoscopie, ...)
 2 = histologie tumeur primitive 6 = examen clinique
 3 = histologie métastase 7 = marqueur tumoral (ex. PSA, HCG, AFP, Ig, ...)
 4 = cytologie / hématologie 9 = inconnu

3. SCORE OMS DU DIAGNOSTIC (entourer)
 0 = Asymptomatique, activité normale 3 = Symptomatique, alité > 50 p.c. de la journée
 1 = Symptomatique, mais ambulante 4 = Complètement dépendant pour les soins, grabataire
 2 = Symptomatique, alité < 50 p.c. de la journée

4. LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :

5. LATERALITE uniquement pour organes pairs (entourer) : 1. gauche 2. droite 3. inconnu

6. DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE (remplir) :

7. DEGRE DE DIFFERENCIATION (entourer) : 1 = bien 2 = moyen 3 = peu 4 = indiff/anapl 9 = inconnu

8. TNM CLINIQUE (UICC 2002) : cT cN cM

9. TNM PATHOLOGIQUE (UICC 2002) : pT pN pM

10. AUTRES TYPES DE STADE CLINIQUE (entourer) :
 1. Ann Arbor, [2], 3. Figo, 4. Salmon Dury, 5. Clark, 6. Breslow, autre (remplir) :

Stade (remplir) :

11. DATE DEBUT DU PREMIER TRAITEMENT (JJ-MM-AAAA) :

12. TRAITEMENTS DEJA REÇUS :
 remplir chronologiquement à partir de la date du premier traitement

--	--	--	--	--	--

10 : chirurgie 15 : greffe moelle osseuse 70 : symptomatique
 20 : radiothérapie externe/curi-thérapie 30 : isotopes 90 : pas de thérapie
 25 : chimioradiothérapie concomitante 50 : hormonothérapie 95 : refus thérapie
 40 : chimiothérapie 60 : immunothérapie 99 : inconnu

80 : autre forme de traitement (remplir) :

13. PLAN DE TRAITEMENT ULTERIEUR (intention)
 remplir les codes chronologiquement, voir point 12

--	--	--	--	--	--

14. JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)
 o prise en charge d'un patient avec un nouveau diagnostic de cancer
 o traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
 o 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
 o chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
 o autre (remplir)

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)
 Dr : N° INAMI :
 Institution :
 Etabli le :

Annexe 55 (suite)

CONSULTATION ONCOLOGIQUE MULTIDISCIPLINAIRE

Patient :

N° national / N° organisme assureur :

Demandeur CMO : N° id. INAMI :

Coordinateur CMO : N° id. INAMI :

Participants CMO : 1) N° id. INAMI :

2) N° id. INAMI :

3) N° id. INAMI :

(Extramuros) 4) N° id. INAMI :

Je soussigné, certifie en tant que coordinateur de la concertation oncologique multidisciplinaire que les conditions des prestations n° 350276-350280, 350291-350302 et 350372-350383 ont été respectées et que le formulaire d'enregistrement annexé a été rempli.

Institution :

Date CMO :

Signature du coordinateur :

.....

Annexe 55 (suite)

FORMULAIRE D'ENREGISTREMENT DU CANCER : FOLLOW-UP

Patient : Date de naissance :
 N° national / N° organisme assureur : Sexe :

I) DONNEES DE LA TUMEUR PRIMITIVE

LOCALISATION DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :

HISTOLOGIE DE LA TUMEUR PRIMITIVE (remplir) :

DATE D'INCIDENCE (JJ-MM-AAAA) (l'année seule suffit le cas échéant)

Ordre de priorité décroissante : 1=confirmation histo/cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

INTERVALLE LIBRE ? (entourer) : OUI NON

DATE DE LA PREMIERE RECIDIVE (si intervalle libre) (JJ-MM-AAAA) :

Ordre de priorité décroissante : 1=confirmation histo-cyto 2=hospitalisation/évaluation clinique

(entourer, plusieurs items sont permis) : local régional métastases

II) PLAN DE TRAITEMENT EN RAISON DE LA PROBLEMATIQUE ACTUELLE (intention)

Remplir les codes chronologiquement

10 : chirurgie 15 : greffe moelle osseuse 70 : symptomatique
 20 : radiothérapie externe/curiethérapie 30 : isotopes 90 : pas de thérapie
 25 : chimiodadiothérapie concomitante 50 : hormonothérapie 95 : refus de thérapie
 40 : chimiothérapie 60 : immunothérapie
 80 : autre forme de traitement (remplir).....

--	--	--	--	--	--

III) JUSTIFICATION DE LA COM (indiquer)

- prise en charge d'un patient avec une récurrence
- prise en charge d'une maladie progressive
- traitement oncologique qui s'écarte des lignes directrices écrites acceptés par le centre oncologique
- 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
- chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire
- autres (remplir) :

MEDECIN-COORDINATEUR (cachet)

Dr. : N° INAMI :

Institution :

Etabli le :