

N. 88 — 1383

F. 88 — 1383

22 JULI 1988. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963, 8 april 1965, 8 augustus 1980 en 1 augustus 1985 en bij de koninklijke besluiten nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982, nr. 283 van 31 maart 1984 en nr. 500 van 31 december 1986 en 24bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 1, gewijzigd bij koninklijk besluit van 30 januari 1986, 2, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 maart 1988, 3, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 maart 1988, 10, gewijzigd bij koninklijk besluit van 30 januari 1986, 11, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, 12, gewijzigd bij koninklijk besluit van 30 januari 1986, 13, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, 14, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986 en 7 januari 1987, 15, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 2 juli 1986, 17, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 28 november 1986 en 7 januari 1987, 18, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986 en 7 januari 1987, 19, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 oktober 1985 en 7 januari 1987, 20, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, 24, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 14 oktober 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986 en 7 januari 1987, 25, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 11 januari 1988 en 26, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 28 november 1986 en 7 januari 1987;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 14 juni 1988;

Gelet op de adviezen, uitgebracht op 20 en 27 juni 1988 en 4 juli 1988 door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een afdoende werking van de Rijksadministratie het noodzakelijk maakt dat de bepalingen van dit besluit zo vlug mogelijk moeten worden bekendgemaakt;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 1 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij koninklijk besluit van 30 januari 1986, wordt § 2 als volgt gewijzigd :

« § 2. De omschrijving van elke verstreking wordt gevolgd door een sleutelletter : de sleutelletter is N voor de adviezen, bezoeken door en raadplegingen bij welke arts of tandheekkundige ook, alsmede voor sommige technische verstrekingen van doctors in de geneses-, heel- en verloskunde, B en F voor de verstrekingen inzake klinische biologie en de verstrekingen inzake nucleaire geneeskunde in vitro, K voor de andere technische verstrekingen van doctors in de geneses-, heel- en verloskunde, A en C voor het toezicht door welke arts ook op een in een ziekenhuis opgenomen rechthoudende, L voor de technische verstrekingen van tandheekkundigen, V voor die van vroedvrouwen, M voor die van kinesitherapeuten en W voor die van verpleegsters en verzorgingspersoneel; de sleutelletter is Z voor de verstrekingen welke tot de bevoegdheid behoren van opticiens, S voor die welke tot de bevoegdheid behoren van gehoorprothesisten, Y voor die welke tot de bevoegdheid behoren van bandagisten en T voor die welke tot de bevoegdheid behoren van orthopedisten.

22 JUILLET 1988. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 8 août 1980 et 1^{er} août 1985 et par les arrêtés royaux n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982, n° 283 du 31 mars 1984 et n° 500 du 31 décembre 1986 et 24bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 1^{er}, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, 2, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 mars 1988, 3, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 mars 1988, 10, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, 11, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 12, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, 13, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 14, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 15, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 2 juillet 1986, 17, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 28 novembre 1986 et 7 janvier 1987, 18, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 19, modifié par les arrêtés royaux des 14 octobre 1985 et 7 janvier 1987, 20, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 24, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 23 mai 1985, 14 octobre 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987, 25, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 11 janvier 1988 et 26, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986, 28 novembre 1986 et 7 janvier 1987;

Vu la proposition du Conseil technique médical faite en date du 14 juin 1988;

Vu les avis émis par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en dates du 20 et 27 juin 1988 et 4 juillet 1988;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté soient publiées au plus tôt;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 1^{er} de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, le § 2 est modifié comme suit :

« § 2. Le libellé de chaque prestation est suivi de la mention d'une lettre-clé : le lettre-clé est N pour les avis, visites et consultations de tout médecin ou praticien de l'art dentaire ainsi que pour certaines prestations techniques des docteurs en médecine, B et F pour les prestations de biologie clinique et les prestations de médecine nucléaire in vitro, K pour les autres prestations techniques des docteurs en médecine, A et C pour la surveillance par tout médecin d'un bénéficiaire hospitalisé, L pour les prestations techniques des praticiens de l'art dentaire, V pour celles des accoucheuses, M pour celles des kinésithérapeutes et W pour celles des infirmières et du personnel de soins; la lettre-clé est Z pour les prestations relevant de la compétence des opticiens, S pour celles relevant de la compétence des acousticiens, Y pour celles relevant de la compétence des bandagistes et T pour celles relevant de la compétence des orthopédistes.

Die sleutelletter komt vóór een coëfficiëntgetal dat de betrekkelijke waarde van elke verstrekkung aangeeft. »

Art. 2. Artikel 2, I, A, van de bijlage bij hetzelfde besluit gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 maart 1988 wordt aangevuld met de volgende verstrekkung :

« 101054

Raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer, houder van het diploma van licentiaat in de tandheelkunde (TL) N 5 »

Art. 3. In artikel 3 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 maart 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1, A, II, Klinische biologie, 2° :

1° wordt de omschrijving van de verstrekkung 0836 — 132134 — 132145 als volgt gewijzigd :

« Leucocytenformule, vastgesteld met microscoop op minimum 200 cellen. »;

2° worden de volgende verstrekkungen en toepassingsregel ingelast na de verstrekkung 0836 — 132134 — 132145 :

« 132252 — 132263

Vereenvoudigde leucocytenformule (lymfocyten, monocyt en granulocyt en), afgeleid van de analyse van een differentieel volumetrisch histogram, verkregen na lytische reactie B 45

132274 — 132285

Leucocytenformule (ten minste vijf populaties), vastgesteld met cellenteller en gebaseerd op criteria die niet alleen de celgrootte omvatten, inclusief de controles door microscoop B 100

De verstrekkungen nrs. 0836 — 132134 — 132145, 132252 — 132263 en 132274 — 132285 mogen onderling niet worden gecumuleerd. »

§ 2. In § 1, B :

1° wordt de omschrijving van de verstrekkung nr. 114015 — 114026 als volgt gewijzigd :

« Aantonen van (arteriële en/of veneuze) circulatieverschijnselen op basis van het Dopplereffect, bilateraal onderzoek en op minimum twee niveaus buiten de heelkundige verstrekkungen, met protocol en besluit. »;

2° wordt volgende toepassingsregel ingelast na de verstrekkung nr. 114015 — 114026 :

« De verstrekkung nr. 114015 — 114026 is niet cumuleerbaar met de verstrekkung nr. 475650 — 475661. »

§ 3. In § 1, C, I, Klinische biologie :

1° wordt de omschrijving van de verstrekkung 0936 — 137130 — 137141 als volgt gewijzigd :

« Leucocytenformule, vastgesteld met microscoop op minimum 200 cellen »;

2° worden de volgende verstrekkungen en toepassingsregel ingelast na de verstrekkung 0936 — 137130 — 137141 :

« 137255 — 137266

Vereenvoudigde leucocytenformule (lymfocyten, monocyt en granulocyt en), afgeleid van de analyse van een differentieel volumetrisch histogram, verkregen na lytische reactie B 45

137270 — 137281

Leucocytenformule (ten minste vijf populaties), vastgesteld met cellenteller en gebaseerd op criteria die niet alleen de celgrootte omvatten, inclusief de controles door microscoop B 100

De verstrekkungen nrs. 0936 — 137130 — 137141, 137255 — 137266 en 137270 — 137281 mogen onderling niet worden gecumuleerd en evenmin met de verstrekkung nr. 580016 — 580020. »

§ 4. Le § 1, C, II, Diversen wordt aangevuld met volgende verstrekkung :

« 149612 — 149623

Nemen van cervicaal en vaginaal uitstrijkpreparaat met het oog op een cytopathologisch onderzoek uitgevoerd door een geneesheer specialist K 4 »

§ 5. Le § 2, wordt als volgt gewijzigd :

« Wanneer een geneesheer, die in welke hoedanigheid ook als specialist is erkend, een van de in § 1, A en C van dit artikel vermelde gewone verstrekkungen verricht, worden die verstrekkungen als zodanig gehonoreerd. »

Cette lettre-clé est suivie d'un nombre-coefficient qui exprime la valeur relative de chaque prestation. »

Art. 2. L'article 2, I, A, de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 mars 1988 est complété par la prestation suivante :

« 101054

Consultation au cabinet du médecin, porteur du diplôme de licencié en science dentaire (TL) N 5 »

Art. 3. A l'article 3 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 mars 1988, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1^{er}. Au § 1^{er}, A, II, Biologie clinique, 2° :

1° le libellé de la prestation 0836 — 132134 — 132145 est modifié comme suit :

« Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 200 cellules. »;

2° les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 0836 — 132134 — 132145 :

« 132252 — 132263

Formule leucocytaire simplifiée (lymphocytes, monocytes et granulocytes) dérivée de l'analyse d'un histogramme volumétrique différentiel obtenu après réaction lytique B 45

132274 — 132285

Formule leucocytaire (au moins cinq populations) établie à l'aide de compteur cellulaire, basée sur des critères ne comportant pas uniquement la taille cellulaire, en ce compris les contrôles par microscopie B 100

Les prestations n^{os} 0836 — 132134 — 132145, 132252 — 132263 et 132274 — 132285 ne sont pas cumulables entre elles. »

§ 2. Au § 1^{er}, B :

1° le libellé de la prestation 114015 — 114026 est modifié comme suit :

« Mise en évidence de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) sur basé de l'effet Doppler, examen bilatéral et à deux niveaux minimum, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion »;

2° la règle d'application suivante est insérée après la prestation n^o 114015 — 114026 :

« La prestation n^o 114015 — 114026 n'est pas cumulable avec la prestation n^o 475650 — 475661. »

§ 3. Au § 1^{er}, C, I, Biologie clinique :

1° le libellé de la prestation 0936 — 137130 — 137141 est modifié comme suit :

« Formule leucocytaire établie au microscope sur un minimum de 200 cellules »;

2° les prestations et la règle d'application suivantes sont insérées après la prestation 0936 — 137130 — 137141 :

« 137255 — 137266

Formule leucocytaire simplifiée (lymphocytes, monocytes et granulocytes) dérivée de l'analyse d'un histogramme volumétrique différentiel obtenu après réaction lytique B 45

137270 — 137281

Formule leucocytaire (au moins cinq populations) établie à l'aide de compteur cellulaire, basée sur des critères ne comportant pas uniquement la taille cellulaire, en ce compris les contrôles par microscopie B 100

Les prestations n^{os} 0936 — 137130 — 137141, 137255 — 137266 et 137270 — 137281 ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n^o 580016 — 580020. »

§ 4. Le § 1^{er}, C, II, Divers est complété par la prestation :

« 149612 — 149623

Réalisation d'un frottis cervical et vaginal en vue d'un examen cytopathologique effectué par un médecin spécialiste K 4 »

§ 5. Le § 2 est modifié comme suit :

« Lorsqu'un médecin agréé, à un titre quelconque de spécialiste, effectue l'une des prestations courantes prévues au § 1^{er}, A et C du présent article, ces prestations sont honorées comme telles. »

Art. 4. In artikel 10 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij koninklijk besluit van 30 januari 1986, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1, eerste alinea wordt door onderstaande tekst vervangen :

« § 1. De in dit hoofdstuk en de in hoofdstuk VII, afdeling I, vermelde verstrekkingen worden door de verzekering ten laste genomen wanneer ze verricht zijn door een geneesheer, die door de Minister van Volksgezondheid erkend is in één van de volgende hoedanigheden welke in de nomenclatuur als volgt zijn aangegeven : »;

2° § 2, tweede alinea wordt door onderstaande tekst vervangen :

« § 2. De in dit hoofdstuk en de in hoofdstuk VII, afdeling I, vermelde verstrekkingen komen, binnen de hierna gestelde perken, eveneens ten laste van de verzekering wanneer ze verricht zijn door een geneesheer die de Minister van Volksgezondheid ervan in kennis heeft gesteld dat hij kandidaat is voor een welbepaalde titel van geneesheer-specialist en hem de voorwaarden heeft medegedeeld waaronder hij de vereiste stage denkt te volbrengen, en zulks door de bevoegde erkenningscommissie is opgetekend. »;

3° § 6, wordt door onderstaande tekst vervangen :

« § 6. Voor de toepassing van de hoofdstukken IV, V en VII - afdeling I, wordt beschouwd als geneesheer die bekwaam is in het specialisme dat in de verschillende artikelen van die hoofdstukken wordt vereist, de geneesheer die in dat specialisme door de Minister van Volksgezondheid is erkend en die in het raam van zijn erkenning gemachtigd is plaatselijk of tijdens een bepaald tijdvak de algemene geneeskunde te beoefenen : hem zijn de honoraria verschuldigd welke zijn vastgesteld voor de technische verstrekkingen waarvoor de bewaking wordt vereist waarvoor hem de erkenning van specialist is verleend. »

Art. 5. In artikel 11 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1 :

1° wordt de volgende verstrekking bijgevoegd :

« 350313 — 350324

Schriftelijk verslag van een hospitalisatieperiode in een acuut bed in een algemeen ziekenhuis opgemaakt door een multidisciplinair medisch team ten behoeve van de hoofdgeneesheer, belast met de organisatie van de kwaliteitscontrole. Dit verslag omvat de diagnose bij de opname, het proces van diagnosestelling en behandeling en de definitieve hoofddiagnose met eventueel een bijkomende diagnose. De definitieve diagnose moet worden bevestigd door het verslag van een volledig post mortem onderzoek, dat is opgemaakt door een geneesheer specialist voor anatomopathologie, en het macroscopisch en microscopisch onderzoek van ten minste het cardiovasculair, het pulmonair, het gastro-intestinaal en het urogenitaal systeem omvat, alsmede van andere organen die een relevante componenten vormen in de ziektegeschiedenis (minimum 15 afnamen) K 440 »;

2° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 350630 — 350641 als volgt gewijzigd :

« 350630 — 350641

Electrocoaguleren of thermocoaguleren van ganglion van Gasser K. 80 »;

3° — wordt de betrekkelijke waarde « K 20 » van de verstrekking nr. 350033 — 350044 gewijzigd in « K 24 »;

— wordt de betrekkelijke waarde « K 130 » van de verstrekking nr. 353172 — 353183 gewijzigd in « K 156 ».

§ 2. Wordt aangevuld met een als volgt gestelde paragraaf 2 :

« § 2. Bijkomende honoraria voor de lasermethode :

355014 — 355025

Bijkomend honorarium dat mag worden aangerekend door de geneesheer-specialist die één van de volgende verstrekkingen verricht volgens de lasermethode met uitsluiting van de YAG :

220113 — 220124, 242292 — 242303, 242314 — 242325, 242336 — 242340, 244613 — 244624, 431115 — 431126, 431395 — 431406, 432294 — 432305, 245512 — 245523, 245534 — 245545, 245556 — 245560, 246050 — 246061, 246072 — 246083, 246175 — 246186, 246573 — 246584, 246632 — 246643, 246654 — 246665, 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264, 248275 — 248286, 248290 — 248301, 248312 — 248323, 255835 — 255846, 258090 — 258101 en 258112 — 258123 K 60

Art. 4. A l'article 10 de l'annexe au même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 1^{er}, 1^{er} alinéa est remplacé par le texte suivant :

« § 1^{er}. Les prestations reprises au présent chapitre et au chapitre VII, section I^{re}, sont prises en charge par l'assurance lorsqu'elles sont effectuées par tout médecin agréé par le Ministre de la Santé publique à un des titres suivants, indexés dans la nomenclature comme indiqué ci-après : »;

2° Le § 2, 1^{er} alinéa est remplacé par le texte suivant :

« § 2. Les prestations reprises au présent chapitre et au chapitre VII, section I^{re}, sont également prises en charge par l'assurance dans les limites définies ci-après, lorsqu'elles sont effectuées par tout médecin, lorsqu'il a averti le Ministre de la Santé publique de sa candidature à un titre déterminé de médecin spécialiste et des conditions dans lesquelles il envisage d'accomplir le stage requis, et que cet avertissement a été enregistré par la commission d'agrément compétente. »;

3° le § 6 est remplacé par le texte suivant :

« § 6. Pour l'application des chapitres IV, V et VII - Section I^{re}, est considéré comme médecin qualifié dans la spécialité requise aux différents articles de ces chapitres, le médecin agréé en cette spécialité par le Ministre de la Santé publique et qui, dans le cadre de son agrément, est autorisé à exercer localement ou durant une période déterminée la médecine générale : lui sont dus les honoraires prévus pour les prestations techniques qui requièrent la qualification pour laquelle l'agrément de spécialiste lui a été accordée. »

Art. 5. A l'article 11 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1^{er}. Au § 1^{er} :

1° la prestation suivante est ajoutée :

« 350313 — 350324

Rapport écrit d'une période d'hospitalisation dans un lit aigu dans un hôpital général rédigé par une équipe médicale multidisciplinaire à l'intention du médecin-chef, chargé de l'organisation du contrôle de la qualité. Ce rapport comprend le diagnostic lors de l'admission, le processus d'établissement du diagnostic et du traitement et le diagnostic principal définitif accompagné éventuellement d'un diagnostic complémentaire. Le diagnostic définitif doit être confirmé par le rapport d'un examen complet post mortem établi par un médecin spécialiste en anatomopathologie et comprenant au moins l'examen macroscopique et microscopique du système cardiovasculaire, pulmonaire, gastro-intestinal et urogénital, de même que d'autres organes qui constituent un élément pertinent de l'anamnèse (minimum 15 prélèvements) K 440 »;

2° le libellé de la prestation n° 350630 — 350641 est modifié comme suit :

« 350630 — 350641

Electrocoagulation ou thermocoagulation du ganglion de Gasser K 80 »;

3° — la valeur relative « K 20 » de la prestation n° 350033 — 350044 est modifiée en « K 24 »;

— La valeur relative « K 130 » de la prestation n° 353172 — 353183 est modifiée en « K 156 ».

§ 2. Un paragraphe 2 libellé comme suit est ajouté :

« § 2. Suppléments pour la méthode au laser :

355014 — 355025

Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode au laser à l'exclusion du YAG :

220113 — 220124, 242292 — 242303, 242314 — 242325, 242336 — 242340, 244613 — 244624, 431115 — 431126, 431395 — 431406, 432294 — 432305, 245512 — 245523, 245534 — 245545, 245556 — 245560, 246050 — 246061, 246072 — 246083, 246175 — 246186, 246573 — 246584, 246632 — 246643, 246654 — 246665, 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264, 248275 — 248286, 248290 — 248301, 248312 — 248323, 255835 — 255846, 258090 — 258101 et 258112 — 258123 K 60

355036 — 355040

Bijkomende honorarium dat mag worden aangerekend door de geneesheer-specialist die één van de volgende verstrekkingen verricht volgens de YAG-lasermethode :

244311 — 244322, 244355 — 244366, 244370 — 244381,
230473 — 230484, 230532 — 230543, 230716 — 230720,
230731 — 230742, 231011 — 231022, 231033 — 231044,
431115 — 431126, 431395 — 431406, 431432 — 431443,
431594 — 431605, 431211 — 431222, 432331 — 432342,
246772 — 246783, 248172 — 248183, 248194 — 248205,
248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264,
248275 — 248286, 248290 — 248301, 248312 — 248323,
255312 — 255323, 256631 — 256642, 256653 — 256664,
257316 — 257320, 257458 — 257460, 257891 — 257902,
258090 — 258101, 260315 — 260326, 260470 — 260481,
261391 — 261402, 261553 — 261564, 471730 — 471741,
472010 — 472021, 472371 — 472382, 473071 — 473082,
473211 — 473222, 473454 — 473465, 473653 — 473664 en
473675 — 473686 K 120

355051 — 355062

Bijkomend honorarium dat mag worden aangerekend door de geneesheer-specialist die een van de volgende verstrekkingen volgens de methode met ultrasonore verstuiwing verricht :

230473 — 230484, 230731 — 230742, 231033 — 231044,
232536 — 232540, 242292 — 242303, 242314 — 242325,
242336 — 242340, 242351 — 242362, 232551 — 232562,
232750 — 232761, 232772 — 232783, 261693 — 261704,
261715 — 261726, 260050 — 260061, 260551 — 260562,
260396 — 260400, 260573 — 260584, 260713 — 260724,
260750 — 260761 en 260735 — 260746 K 120

De verstrekkingen nrs. 431115 — 431126, 431395 — 431406, 431432 — 431443, 431594 — 431605, 431211 — 431222 en 432331 — 432342 verricht volgens de YAG-lasermethode, moeten worden verricht onder videocoscopische controle in gesloten keten. »

* Art. 6. In artikel 12 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 30 januari 1986, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° § 1, a) wordt aangevuld met de volgende verstrekking :

« 201294 — 201305

Bijkomend honorarium voor een anesthesie, verricht bij een heelkundige verstrekking waarvan de waarde meer bedraagt dan K 750 of N 1250, met uitsluiting van de heelkundige verstrekkingen die overeenstemmen met de nrs. 201154 — 201165 en 201176 — 201180 K 120 »;

2° § 3, 2°, d) wordt als volgt gewijzigd :

« d) het postoperatief toezicht op de gevolgen van de anesthesie. Nochtans mogen de verstrekkingen nrs. 211013 — 211024, 211035 — 211046, 211116 — 211120, 211131 — 211142, 212111 — 212122, 212214 — 212225, 212516 — 212520, 212531 — 212542, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045, 214115 — 214126 worden aangerekend bij een patiënt bij wie een van de volgende verstrekkingen is verricht :

230436 — 230440, 230473 — 230484, 230495 — 230506, 231011 — 231022, 231033 — 231044, 231416 — 231420, 231431 — 231442, 232514 — 232525, 232536 — 232540, 241415 — 241426, 241430 — 241441, 242012 — 242023, 242292 — 242303, 242410 — 242421, 242616 — 242620, 242734 — 242745, 243014 — 243025, 227194 — 227205, 227216 — 227220, 227231 — 227242, 227275 — 227286, 227290 — 227301, 228012 — 228023, 228056 — 228060, 228174 — 228185, 229014 — 229025, 229036 — 229040, 229051 — 229062, 229073 — 229084, 229213 — 229224, 229272 — 229283, 229294 — 229305, 229316 — 229320, 229331 — 229342, 229353 — 229364, 229390 — 229401, 229412 — 229423, 229434 — 229445, 229515 — 229526, 229530 — 229541, 229552 — 229563, 236014 — 236025, 236036 — 236040, 236051 — 236062, 237016 — 237020, 237031 — 237042, 237053 — 237064, 237075 — 237086, 247133 — 247144, 260433 — 260444, 281971 — 281982, 288315 — 288326, 288330 — 288341, 288352 — 288363, 288374 — 288385, 288411 — 288422, 288433 — 288444, 288514 — 288525, 293436 — 293440, 318010 — 318021, 318032 — 318043, 318054 — 318065, 318076 — 318080, 318091 — 318102, 318113 — 318124 ».

* Art. 7. In artikel 13 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 1, :

- de betrekkelijke waarde « N160 » van de verstrekking nr. 211013 — 211024 wordt gewijzigd in « N 192 » ;
- de betrekkelijke waarde « N 140 » van de verstrekking nr. 211035 — 211046 wordt gewijzigd in « N 168 » ;
- de betrekkelijke waarde « N 160 » van de verstrekking nr. 211116 — 211120 wordt gewijzigd in « N 192 » ;
- de betrekkelijke waarde « N 140 » van de verstrekking nr. 211131 — 211142 wordt gewijzigd in « N 168 » ;

355036 — 355040

Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes, par la méthode au laser YAG :

244311 — 244322, 244355 — 244366, 244370 — 244381,
230473 — 230484, 230532 — 230543, 230716 — 230720,
230731 — 230742, 231011 — 231022, 231033 — 231044,
431115 — 431126, 431395 — 431406, 431432 — 431443,
431594 — 431605, 431211 — 431222, 432331 — 432342,
246772 — 246783, 248172 — 248183, 248194 — 248205,
248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264,
248275 — 248286, 248290 — 248301, 248312 — 248323,
255312 — 255323, 256631 — 256642, 256653 — 256664,
257316 — 257320, 257458 — 257460, 257891 — 257902,
258090 — 258101, 260315 — 260326, 260470 — 260481,
261391 — 261402, 261553 — 261564, 471730 — 471741,
472010 — 472021, 472371 — 472382, 473071 — 473082,
473211 — 473222, 473454 — 473465, 473653 — 473664 et
473675 — 473686 K 120

355051 — 355062

Supplément attestable par le médecin spécialiste qui effectue une des prestations suivantes par la méthode de vaporisation à ultra-son :

230473 — 230484, 230731 — 230742, 231033 — 231044,
232536 — 232540, 242292 — 242303, 242314 — 242325,
242336 — 242340, 242351 — 242362, 232551 — 232562,
232750 — 232761, 232772 — 232783, 261693 — 261704,
261715 — 261726, 260050 — 260061, 260551 — 260562,
260396 — 260400, 260573 — 260584, 260713 — 260724,
260750 — 260761 et 260735 — 260746 K 120

Les prestations n°s 431115 — 431126, 431395 — 431406, 431432 — 431443, 431594 — 431605, 431211 — 431222 et 432331 — 432342 exécutées par la méthode au laser YAG doivent être effectuées sous contrôle vidéoscopique en circuit fermé. »

Art. 6. A l'article 12 de l'annexe au même arrêté, modifié par l'arrêté royal du 30 janvier 1986, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 1er, a) est complété par la prestation suivante :

« 201294 — 201305

Supplément d'honoraires pour anesthésie effectuée à l'occasion d'une prestation chirurgicale dépassant la valeur de K 750 ou N 1250, à l'exclusion des prestations chirurgicales correspondant aux n°s 201154 — 201165 et 201176 — 201180 K 120 » ;

2° le § 3, 2°, d) est modifié comme suit :

« d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie. Néanmoins les prestations n°s 211013 — 211024, 211035 — 211046, 211116 — 211120, 211131 — 211142, 212111 — 212122, 212214 — 212225, 212516 — 212520, 212531 — 212542, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045, 214115 — 214126 peuvent être portées en compte chez un patient qui a subi une des prestations suivantes :

230436 — 230440, 230473 — 230484, 230495 — 230506, 231011 — 231022, 231033 — 231044, 231416 — 231420, 231431 — 231442, 232514 — 232525, 232536 — 232540, 241415 — 241426, 241430 — 241441, 242012 — 242023, 242292 — 242303, 242410 — 242421, 242616 — 242620, 242734 — 242745, 243014 — 243025, 227194 — 227205, 227216 — 227220, 227231 — 227242, 227275 — 227286, 227290 — 227301, 228012 — 228023, 228056 — 228060, 228174 — 228185, 229014 — 229025, 229036 — 229040, 229051 — 229062, 229073 — 229084, 229213 — 229224, 229272 — 229283, 229294 — 229305, 229316 — 229320, 229331 — 229342, 229353 — 229364, 229390 — 229401, 229412 — 229423, 229434 — 229445, 229515 — 229526, 229530 — 229541, 229552 — 229563, 236014 — 236025, 236036 — 236040, 236051 — 236062, 237016 — 237020, 237031 — 237042, 237053 — 237064, 237075 — 237086, 247133 — 247144, 260433 — 260444, 281971 — 281982, 288315 — 288326, 288330 — 288341, 288352 — 288363, 288374 — 288385, 288411 — 288422, 288433 — 288444, 288514 — 288525, 293436 — 293440, 318010 — 318021, 318032 — 318043, 318054 — 318065, 318076 — 318080, 318091 — 318102, 318113 — 318124 ».

Art. 7. A l'article 13 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, les modifications suivantes sont apportées :

1° au § 1er, :

- la valeur relative « N 160 » de la prestation n° 211013 — 211024 est modifiée en « N 192 » ;
- la valeur relative « N 140 » de la prestation n° 211035 — 211046 est modifiée en « N 168 » ;
- la valeur relative « N 160 » de la prestation n° 211116 — 211120 est modifiée en « N 192 » ;
- la valeur relative « N 140 » de la prestation n° 211131 — 211142 est modifiée en « N 168 » ;

— de betrekkelijke waarde « N 80 » van de verstrekking nr. 212111 — 212122 wordt gewijzigd in « N 96 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 100 » van de verstrekking nr. 212214 — 212225 wordt gewijzigd in « N 120 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 80 » van de verstrekking nr. 212516 — 212520 wordt gewijzigd in « N 96 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 60 » van de verstrekking nr. 212531 — 212542 wordt gewijzigd in « N 72 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 160 » van de verstrekking nr. 213010 — 213021 wordt gewijzigd in « N 192 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 140 » van de verstrekking nr. 213032 — 213043 wordt gewijzigd in « N 168 » ;
 — de betrekkelijke waarde « 180 » van de verstrekking nr. 214012 — 214023 wordt gewijzigd in « N 192 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 140 » van de verstrekking nr. 214034 — 214045 wordt gewijzigd in « N 168 » ;
 — de betrekkelijke waarde « N 80 » van de verstrekking nr. 214115 — 214126 wordt gewijzigd in « N 92 » ;

2° § 2, 4° wordt als volgt gewijzigd :

« 4° De verstrekkingen nrs. 214012 — 214023 en 214034 — 214045 mogen niet worden samengevoegd met de verstrekkingen nrs. 212015 — 212026 en 212030 — 212041.

De honoraria voor de verstrekkingen nrs. 212015 — 212026, 212030 — 212041, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045 en 214115 — 214126 mogen niet worden samengevoegd met de honoraria voor de verstrekkingen nrs. 475031 — 475042, 475075 — 475086 en 475451 — 475462. »

— la valeur relative « N 80 » de la prestation n° 212111 — 212122 est modifiée en « N 96 » ;
 — la valeur relative « N 100 » de la prestation n° 212214 — 212225 est modifiée en « N 120 » ;
 — la valeur relative « N 80 » de la prestation n° 212516 — 212520 est modifiée en « N 96 » ;
 — la valeur relative « N 60 » de la prestation n° 212531 — 212542 est modifiée en « N 72 » ;
 — la valeur relative « N 160 » de la prestation n° 213010 — 213021 est modifiée en « N 192 » ;
 — la valeur relative « N 140 » de la prestation n° 213032 — 213043 est modifiée en « N 168 » ;
 — la valeur relative « N 180 » de la prestation n° 214012 — 214023 est modifiée en « N 192 » ;
 — la valeur relative « N 140 » de la prestation n° 214034 — 214045 est modifiée en « N 168 » ;
 — la valeur relative « N 80 » de la prestation n° 214115 — 214126 est modifiée en « N 92 » ;

2° le § 2, 4° est modifié comme suit :

« 4° Les prestations n°s 214012 — 214023 et 214034 — 214045 ne sont pas cumulables avec les prestations n°s 212015 — 212026 et 212030 — 212041.

Les honoraires pour les prestations n°s 212015 — 212026, 212030 — 212041, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045 et 214115 — 214126 ne sont pas cumulables avec les honoraires prévus pour les prestations n°s 475031 — 475042, 475075 — 475086 et 475451 — 475462. »

Art. 8. In artikel 14 van hetzelfde besluit gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986 en 7 januari 1987 worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. Punt a) wordt aangevuld met de volgende verstrekking :

« 221152 — 221163
 Resectie van sacrococcygeale kyste K 127. »

§ 2. In punt b) :

1° de volgende verstrekkingen worden bijgevoegd :

« Aneurysma of arterioveneuze verbinding :
 232551 — 232562

Heelkundige behandeling door trepanatie of laminectomie van een aneurysma of van een arterioveneuze verbinding van de hersenen, van een ruggemerg en van de meningeale omhulsels ervan K 1000

Craniosynostosen :
 232573 — 232584

Heelkundige behandeling door eenvoudige lineaire craniectomie K 180

Heelkundige behandeling door osteoclastische luiken voor remodeleren van schedeldak K 400

232610 — 232621
 Heelkundige behandeling door advancement van de orbitale band en bewegend voorhoofd K 700

232632 — 232643
 Heelkundige behandeling door advancement van de orbitale band en reconstructie van het beendermassief van gelaat K 800

Ventriculaire drainages :
 232654 — 232665

Vervanging of revisie van de intracardiale, subcutane of intraperitoneale opvangdrain K 120

232676 — 232680
 Desobstructie van de intraventriculaire drain K 180

232691 — 232702
 Volledige herziening van het drainagesysteem K 400

Fracturen van de schedelbasis :
 232713 — 232724

Heelkundig herstellen van een osteomeningeale bres in de schedelbasis of in de sinussholten langs endocraniale of transfenoidale weg K 600

Extra-intracraniale anastomosen :
 232735 — 232746

Extra-intracraniale vasculaire anastomose door micro-chirurgische techniek K 700

Art. 8. A l'article 14 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1er. Le point a) est complété par la prestation suivante :

« 221152 — 221163
 Résection de kyste sacrococcygien K 127. »

§ 2. Au point b) :

1° les prestations suivantes sont ajoutées :

« Anévrysme ou communication artérioveineuse :
 232551 — 232562

Traitement chirurgical par trépanation ou laminectomie d'un anévrysme ou d'une communication artérioveineuse de l'encéphale, de la moëlle épinière ainsi que de leurs enveloppes méningées K 1000

Craniosynostoses :
 232573 — 232584

Traitement chirurgical par craniectomie linéaire simple K 180

Traitement chirurgical par volets ostéoclassiques de remodelage de la voûte crânienne K 400

232610 — 232621
 Traitement chirurgical par advancement du bandeau orbitaire et front flottant K 700

232632 — 232643
 Traitement chirurgical par advancement du bandeau orbitaire et reconstruction du massif facial K 800

Drainages ventriculaires :
 232654 — 232665

Remplacement ou révision du drain de captage intracardiaque, sous-cutané, ou intra-péritonéal K 120

232676 — 232680
 Désobstruction du drain intraventriculaire K 180

232691 — 232702
 Révision complète du système de drainage K 400

Fractures de la base du crâne :
 232713 — 232724

Réparation chirurgicale d'une brèche ostéomeningée de la base du crâne ou des cavités sinusales par voie endocrânienne ou transsphénoïdale K 600

Anastomose extra-intracrâniennes :
 232735 — 232746

Anastomose vasculaire extra-intra crânienne par technique microchirurgical K 700

232750 — 232761
Exerese van expansief letsel dat de medullaire scheden overwoekert, onder operatiemicroscop K 400

232772 — 232783
Exerese van expansief intramedullair letsel onder operatie microscop K 1000

232794 — 232805
Lumbale laminarthrectomie van meer dan twee niveaus wegens compressie van cauda equina ten gevolge van congenitale vernauwing (Syndroom van Verbiest) of verworven vernauwing van het ruggemergkanaal K 400

232816 — 232820
Installatie door stereotaxie van een definitieve neurostimulator met elektrode voor diepe intracerebrale stimulatie, inclusief de werksingsmetingen K 400

232831 — 232842
Vervanging van een definitieve neurostimulator, inclusief de werksingsmetingen K 180

232853 — 232864
Installatie van een definitieve neurostimulator met heelkundig plaatsen van de elektrode in intradurale positie K 225

232875 — 232886
Vervanging van een definitieve neurostimulator voor medullaire stimulatie K 120

232890 — 232901
Plaatsen van een definitieve neurostimulator met percutaan plaatsen van de elektrode, met het oog op het stimuleren van het ruggemerg, inclusief de werksingsmetingen K 80

232912 — 232923
Microchirurgische polyneurolyse en zenuwenten van de cervicale wortels van de primaire en/of secundaire stammen, al dan niet geassocieerd met een vasculaire reconstructie wegens volledige paralyse van de plexus brachialis, ongeacht of er al dan niet een geassocieerd vasculair letsel is, enige bewerking of hoofdbewerking K 1000

232934 — 232945
Zenuwbiopsie met het oog op anatomopathologisch onderzoek K 75

232971 — 232982
Stereotaxie van één of meer endocraniale of medullaire zones K 700 *

2° de verstrekkingen nrs. 2141 — 231416 — 231420, 2142 — 231431 — 231442, 2184 — 230775 — 230786, 2158 — 230790 — 230801, 2125 — 230812 — 230823, 2135 — 230834 — 230845, 2194 — 230856 — 230860, 2104 — 230871 — 230882, 2168 — 230893 — 230904, 2145 — 230915 — 230926 en 2103 — 230930 — 230941 worden geschrapt;

3° de omschrijving van de verstrekking nr. 230591 — 230602 wordt als volgt gewijzigd:
* 230591 — 230602
Ingrep voor inwendig draineren van hydrocefalie, van hydromelie of van syringomyelie K 400 *

4° de omschrijving van de verstrekking nr. 2143 — 231453 — 231464 en de toepassingsregel die er op volgt worden als volgt gewijzigd:
* 231453 — 231464
Bijkomende bewerking bij de nrs. 231394 — 231405, 232912 — 232923, per bewerking K 180
De ingrepen nrs. 231394 — 231405, 231453 — 231464 en 232912 — 232923 omvatten de afnamen van de enten en de peroperatieve elektrostimulaties voor het opsporen. »;

5° de omschrijving van de verstrekking nr. 230613 — 230624 wordt als volgt gewijzigd:
* 230613 — 230624
Neurotomie of neurectomie bij het suborbitale, mentalis of auriculotemporalis vertrekpunt, of thermocoaguleren van de schedelzenuwen bij de vertrekpunten ervan van het gelaatsmassief of van de schedelbasis K 120 *

232750 — 232761
Exérèse de lésion expansive envahissant les gaines médullaires, sous microscope opératoire K 400

232772 — 232783
Exérèse de lésion expansive intramédullaire, sous microscope opératoire K 1000

232794 — 232805
Laminarthrectomie lombaire de plus de deux niveaux pour compression de la queue de cheval due à une étroitesse congénitale (Syndrome de Verbiest) ou acquise du canal rachidien K 400

232816 — 232820
Installation par stéréotaxie d'un neurostimulateur définitif avec électrode pour la stimulation intracérébrale profonde y compris les mesures de fonctionnement K 400

232831 — 232842
Remplacement d'un neurostimulateur définitif y compris les mesures de fonctionnement K 180

232853 — 232864
Installation d'un neurostimulateur définitif avec mise en place chirurgicale en position intradurale de l'électrode K 225

232875 — 232886
Remplacement d'un neurostimulateur définitif pour stimulation médullaire K 120

232890 — 232901
Mise en place d'un neurostimulateur définitif avec mise en place percutanée de l'électrode, en vue de stimuler la moelle épinière, y compris les mesures de fonctionnement K 80

232912 — 232923
Polyneurolyse microchirurgicale et greffes nerveuses des racines cervicales des troncs primaires et/ou secondaires associées ou non à une reconstruction vasculaire pour paralysie complète du plexus brachial, qu'il y ait ou non lésion vasculaire associée, temps unique ou temps principal K 1000

232934 — 232945
Biopsie nerveuse en vue d'examen anatomopathologique K 75

232971 — 232982
Stéréotaxie d'une ou plusieurs zones endocrâniennes ou médullaires K 700 *

2° les prestations nos 2141 — 231416 — 231420, 2142 — 231431 — 231442, 2184 — 230775 — 230786, 2158 — 230790 — 230801, 2125 — 230812 — 230823, 2135 — 230834 — 230845, 2194 — 230856 — 230860, 2104 — 230871 — 230882, 2168 — 230893 — 230904, 2145 — 230915 — 230926 et 2103 — 230930 — 230941 sont supprimées;

3° le libellé de la prestation n° 230591 — 230602 est modifié comme suit:
* 230591 — 230602
Intervention pour drainage interne d'une hydrocéphalie, d'une hydromyélie ou d'une syringomyélie K 400 *

4° le libellé de la prestation n° 2143 — 231453 — 231464 et la règle d'application qui y fait suite sont modifiés comme suit:
* 231453 — 231464
Temps complémentaire aux nos 231394 — 231405, 232912 — 232923, par temps K 180
Les interventions nos 231394 — 231405, 231453 — 231464 et 232912 — 232923 comprennent les prises de greffons et les électrostimulations de repérage peropératoires. »;

5° le libellé de la prestation n° 230613 — 230624 est modifié comme suit:
* 230613 — 230624
Neurotomie ou neurectomie aux points d'émergence sous orbitaire, mentonnier ou auriculo-temporal ou thermocoagulation des nerfs crâniens à leur point d'émergence du massif facial ou de la base du crâne ... K 120 *

§ 3. In punt c, worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 251613 — 251624 als volgt gewijzigd :

* 251613 — 251624

Borstplastiek wegens borsthypertrofie die functionele hinder veroorzaakt, per borst K 225 *

§ 4. In punt d, worden de volgende verstrekkingen bijgevoegd :

* 244694 — 244705

Tweezijdige herniorrafie langs abdominale weg met plaatsen van het prothetisch materiaal in preperitoneale positie N 400

244716 — 244720

Vagotomie met of zonder maagdrainage, geassocieerd met een volledige anti-reflux behandeling N 400

244731 — 244742

Eenvoudige cholecystectomie, geassocieerd met één van de verstrekkingen nrs. 241393 — 241404, 241415 — 241426, 241430 — 241441, 241452 — 241463, 241474 — 241485, 241496 — 241500, 241511 — 241522, 241538 — 241544, 241555 — 241566, 241570 — 241581, 241592 — 241603, 241614 — 241625, 241710 — 241721, 244716 — 244720, 242631 — 242642, 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243176 — 243180, 243191 — 243202, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042, 244053 — 244064, 237016 — 237020, 237031 — 237042, 237053 — 237064, 237075 — 237086, 237090 — 237101 of 238011 — 238022 die tegen 100 pct. mogen worden gecumuleerd met de hoofdbewerking N 250

244753 — 244764

Restauratieve proctoclectomie of colectomie met constructie van een ileumreservoir, aanleggen van een ileo-anaale anastomose en een tijdelijke proximale ileostomie N 950 *

§ 5. In punt e), van hetzelfde besluit wordt de volgende verstrekking ingelast na de verstrekking nr. 227010 — 227021 :

* 227511 — 227522

Bijkomend honorarium voor plaatsen van een inwendige prothese na de verstrekkingen 226951 — 226962, 226973 — 226984, 226995 — 227006 en 227010 — 227021 tijdens dezelfde operatiezitting N 200 *

§ 6. In punt f, 5° allerlei :

1° de betrekkelijke waarde * N 25 * van de verstrekking nr. 239131 — 239142 wordt gewijzigd in * N 30 * ;

2° de volgende verstrekkingen worden bijgevoegd :

* 239153 — 239164

Operatie van Smithwick, enige bewerking of eerste bewerking N 200

239175 — 239186

Operatie van Smithwick, tweede bewerking of latere bewerking N 300

239190 — 239201

Periarteriële of periveneuze sympathectomie N 300

239212 — 239223

Eenzijdige lumbale sympathectomie N 300

239234 — 239245

Tweezijdige lumbale sympathectomie N 375

239256 — 239260

Resectie van de thoracolumbale sympathische keten in twee of meer streken, enige of eerste bewerking N 375

239271 — 239282

Resectie van de thoracolumbale sympathische keten in twee of meer streken, tweede bewerking of latere bewerkingen N 200

239293 — 239304

Heelkundige bewerking op de abdominale sympathicus, eenzijdig N 300

239315 — 239326

Heelkundige bewerking op de abdominale sympathicus, tweezijdig, in één bewerking N 375 *

§ 3. Au point c, le libellé et la valeur relative de la prestation n° 251613 — 251624 sont modifiés comme suit :

* 251613 — 251624

Plastique d'un sein pour hypertrophie mammaire entraînant une gêne fonctionnelle, par sein K 225 *

§ 4. Au point d, les prestations suivantes sont ajoutées :

* 244694 — 244705

Herniorrafie bilatérale par voie abdominale avec mise en place, en position préperitoneale, du matériau prothétique N 400

244716 — 244720

Vagotomie avec ou sans drainage gastrique associée à une cure anti-reflux N 400

244731 — 244742

Cholecystectomie simple associée à une des prestations n°s 241393 — 241404, 241415 — 241426, 241430 — 241441, 241452 — 241463, 241474 — 241485, 241496 — 241500, 241511 — 241522, 241533 — 241544, 241555 — 241566, 241570 — 241581, 241592 — 241603, 241614 — 241625, 241710 — 241721, 244716 — 244720, 242631 — 242642, 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243176 — 243180, 243191 — 243202, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042, 244053 — 244064, 237016 — 237020, 237031 — 237042, 237053 — 237064, 237075 — 237086, 237090 — 237101 ou 238011 — 238022 à cumuler à 100 % avec la prestation principale . N 250

244753 — 244764

Proctoclectomie ou colectomie de restauration avec construction d'un réservoir iléal, mise en place d'une anastomose iléo-anaale et ileostomie proximale temporaire N 950 *

§ 5. Au point e), la prestation suivante est insérée après la prestation n° 227010 — 227021 :

* 227511 — 227522

Supplément pour mise en place d'une prothèse interne après les prestations 226951 — 226962, 226973 — 226984, 226995 — 227006 ou 227010 — 227021 au cours de la même séance opératoire N 200 *

§ 6. Au point f, 5° divers :

1° la valeur relative de * N 25 * de la prestation n° 239131 — 239142 est modifiée en * N 30 * ;

2° les prestations suivantes sont ajoutées :

* 239153 — 239164

Opération de Smithwick, temps unique ou premier temps N 200

239175 — 239186

Opération de Smithwick, deuxième temps ou temps ultérieurs N 300

239190 — 239201

Sympathectomie périartérielle ou périveineuse N 300

239212 — 239223

Sympathectomie lombaire unilatérale N 300

239234 — 239245

Sympathectomie lombaire bilatérale N 375

239256 — 239260

Resection de la chaîne sympathique thoracolombaire en deux ou plusieurs champs, temps unique ou premier temps N 375

239271 — 239282

Resection de la chaîne sympathique thoracolombaire en deux ou plusieurs champs, deuxième temps ou temps ultérieurs N 200

239293 — 239304

Intervention chirurgicale sur le sympathique abdominal, unilatérale N 300

239315 — 239326

Intervention chirurgicale sur le sympathique abdominal, bilatérale, en un temps N 375 *

§ 7. In punt g:

1° de omschrijving van de verstrekkings nr. 431211 — 431222 wordt als volgt gewijzigd:

* 431211 — 431222

Radicale kuur wegens pelvische endometriose K 180 *

2° de omschrijving van de verstrekkings nr. 432294 — 432305 wordt als volgt gewijzigd:

* 432294 — 432305

Conisatie van de baarmoederhals K 40 *

§ 8. In punt h, § 1, I, 4°, worden de verstrekkings nrs. 249012 — 249023, 249034 — 249045 — 249056 — 249060, 249071 — 249082, 249093 — 249104 en 249115 — 249126 en de toepassingsregelen geschrapt.

§ 9. In punt h, § 1, II, wordt een 3° ingelast met de volgende verstrekkings en toepassingsregel:

* 3° Behandeling met laser:

248172 — 248183

Fotocoagulatie met laser van een retinovasculopathie, met fluoangiografisch document vóór de behandeling en fotografisch document na de behandeling, per zitting (maximum 4 zittingen) N 100

248194 — 248205

Fotocoagulatie met laser van maculaire chorioretinale letsels met fluoangiografisch document vóór de behandeling en fotografisch document na de behandeling, per zitting (maximum 2 zittingen) N 150

248216 — 248220

Behandeling met laser van perifere degeneratieve chorioretinale letsels, per zitting (maximum 6 zittingen) N 50

248231 — 248242

Iridotomie met laser, per zitting (maximum 2 zittingen) N 75

248253 — 248264

Trabeculoplastiek of iridoplastiek met laser, per zitting (maximum 2 zittingen) N 150

248275 — 248286

Behandeling met laser van een cataracta secundaria, per zitting (maximum 3 zittingen) N 100

248290 — 248301

Panretinale fotocoagulatie met laser na een transparsplana-vitrectomie N 200

248312 — 248323

Behandeling van vergroeiingen (briden) van het corpus vitreum met laser, voor de behandeling in haar geheel N 150

De verstrekkings nrs. 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264, 248275 — 248286, 248290 — 248301 en 248312 — 248323 worden beschouwd per oog en mogen onderling niet worden gecumuleerd. Het maximum aantal zittingen geldt voor een periode van zes maanden vanaf de eerste zitting.

Op het getuigschrift voor verstrekte hulp moet worden vermeld welk oog is behandeld.

Voor de behandelingen die zijn vermeld onder de verstrekkingsnummers 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264 en 248275 — 248286 die verscheidene zittingen beslaan, mag het bijkomend honorarium voor laser, bedoeld onder de verstrekkings nrs. 355014 — 355025 of 355036 — 355040 slechts één keer worden aangerekend bij de eerste zitting gedurende het hiervoren bedoelde tijdvak van zes maanden. *

§ 10. Punt i:

1° wordt volgende verstrekkings bijgevoegd:

* 258716 — 258720

Behandeling van een tracheale stenose door lasersectie K 120 *

2° de betrekkelijke waarde « K 100 » van de verstrekkings nr. 257272 — 257283 wordt gewijzigd in « K 120 ».

§ 11. Punt j, wordt aangevuld met de volgende verstrekkings:

262290 — 262301

Gedeeltelijke cystectomie geassocieerd met één van de ingrepen nrs. 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042 en 244053 — 244064 die tegen 100 pct. mag worden gecumuleerd met de hoofdverstrekkings... K 180

§ 7. Au point g:

1° le libellé de la prestation n° 431211 — 431222 est modifié comme suit:

* 431211 — 431222

Cure radicale pour endométriose pelvienne K 180 *

2° le libellé de la prestation n° 432294 — 432305 est modifié comme suit:

* 432294 — 432305

Conisation du col utérin K 40 *

§ 8. Au point h, § 1^{er}, I, 4^e, les prestations n°s 249012 — 249023, 249034 — 249045, 249056 — 249060, 249071 — 249082, 249093 — 249104 et 249115 — 249126 et les règles d'application sont supprimées.

§ 9. Au point h, § 1^{er}, II, un 3° est inséré reprenant les prestations et la règle d'application suivantes:

* 3° Traitement par laser:

248172 — 248183

Photocoagulation par laser d'une vasculopathie rétinienne avec document fluoangiographique avant le traitement et document photographique après le traitement par séance (maximum 4 séances) N 100

248194 — 248205

Photocoagulation par laser de lésions chorioretiniennes maculaires avec document fluoangiographique avant le traitement et document photographique après le traitement, par séance (maximum 2 séances) N 150

248216 — 248220

Traitement de lésions chorioretiniennes dégénératives périphériques par laser, par séance (maximum 6 séances) N 50

248231 — 248242

Iridotomie par laser, par séance (maximum 2 séances) N 75

248253 — 248264

Trabéculoplastie ou iridoplastie par laser, par séance (maximum 2 séances) N 150

248275 — 248286

Traitement par laser d'une cataracte secondaire, par séance (maximum 3 séances) N 100

248290 — 248301

Photocoagulation panrétinienne par laser après transparsplana vitrectomie N 200

248312 — 248323

Traitement de coalescences (brides) du corps vitré par laser, pour l'ensemble du traitement N 150

Les prestations n°s 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264, 248275 — 248286, 248290 — 248301 et 248312 — 248323 s'entendent par oeil et ne peuvent être cumulées entre elles. Le nombre maximum de séances est valable pour une période de six mois à partir de la première séance.

Sur l'attestation de soins donnés, l'oeil traité doit être indiqué.

Pour les traitements visés sous les numéros de prestation 248172 — 248183, 248194 — 248205, 248216 — 248220, 248231 — 248242, 248253 — 248264 et 248275 — 248286 qui couvrent plusieurs séances, le supplément au laser visé aux prestations n°s 355014 — 355025 ou 355036 — 355040 ne peut être porté en compte qu'une seule fois lors de la première séance durant la période de six mois susvisée. *

§ 10. Au point i:

1° la prestation suivante est ajoutée:

* 258716 — 258720

Traitement d'une sténose trachéale par résection au laser K 120 *

2° la valeur relative « K 100 » de la prestation n° 257272 — 257283 est modifiée en « K 120 ».

§ 11. Le point j, est complété par les prestations suivantes:

262290 — 262301

Cystectomie partielle associée à une des interventions n°s 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042 et 244053 — 244064 à cumuler à 100 p.c. avec la prestation principale K 180

262312 — 262323

Uretero-vesicale neo-implantatie, geassocieerd met één van de ingrepen nrs. 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042 en 244053 — 244064 die tegen 100 pct. mag worden gecumuleerd met de hoofdverstrekking

K 120

§ 12. In punt *k*, wordt de verstrekking nr. 282214 — 282225 geschrapt.

§ 13. In punt 1 :

1° de volgende verstrekking wordt ingelast na de verstrekking nr. 312712 — 312723 :

« 312734 — 312745 »

Heelkundig sluiten van één of meer congenitale beendefecten ter hoogte van de processus alveolaris met behulp van autogene spongieuze beenent(en), inclusief het afnemen van de beenent

K 225 »

2° de omschrijving van de verstrekking nr. 311415 — 311426 wordt als volgt gewijzigd :

« 311415 — 311426 »

Osteotomie of reconstructieheelkunde op het kaakbeen met autogene beenent, inclusief de afname van de beenent

K 225 »

3° de titel, de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen nrs. 317310 — 317321 en 317332 — 317343 worden als volgt gewijzigd :

« Prechirurgische orthodontie.

317310 — 317321

+ Maxillofaciale orthopedische behandeling bij de pasgeborene :

per plaat

K 45

317332 — 317343

+ Volledige behandeling, maximum

K 500 »

4° de volgende verstrekking en toepassingsregels worden ingelast na de verstrekking nr. 317332 — 317343 :

« 317354 — 317365 »

+ Vervaardigen van de afgietsels van de afdruk van de tandboog naar aanleiding van een maxillofaciale behandeling bij de pasgeborene

K 10

De verstrekking nr. 317354 — 317365 mag één keer worden aangerekend naar aanleiding van het aanrekenen van de verstrekking nr. 317310 — 317321, met een maximum van 10 keer.

De verstrekkingen nrs. 317310 — 317321, 317332 — 317343 en 317354 — 317365 mogen worden uitgevoerd door een als specialist voor stomatologie erkend geneesheer en door ieder ander tandheelkundige in samenwerking met en op voorschrift van een geneesheer, specialist voor heelkunde, voor plastische heelkunde, voor orthopedie, voor kindergeneeskunde, voor otorhinolaryngologie of voor stomatologie. »

§ 14. In punt *m*, wordt de volgende toepassingsregel ingelast na de verstrekking nr. 318032 — 318043 :

« De verstrekking nr. 318032 — 318043 wordt eveneens gehonoreerd wanneer ze wordt uitgevoerd door een geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, of een geneesheer, specialist voor kindergeneeskunde. »

Artikel 9. In artikel 15 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 2 juli 1986, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° worden de §§ 9 en 10 als volgt gewijzigd :

« § 9. Het honorarium voor extractie onder algemene anesthesie is enkel verschuldigd indien die extracties in een verplegingsinrichting zijn uitgevoerd en de anesthesie verricht is door een specialist voor anesthesiologie erkend geneesheer, en op voorwaarde dat de algemene toestand van de patiënt een formele geneeskundige aanwijzing tot die behandelingswijze is. Het honorarium voor veelvuldige extracties onder algemene anesthesie dekt het toezicht op de patiënt tijdens de tien dagen na het tijdstip van de ingreep. Wanneer een patiënt eist, of een geneesheer of de tandheelkundige meent dat veelvuldige extracties, onder algemene anesthesie moeten worden verricht, hoewel de algemene toestand van de patiënt geen formele geneeskundige aanwijzing tot die behandelingswijze is, is de verzekeringstegemoetkoming in het voor die extracties aangerekende honorarium verschuldigd op grond van het voor de extracties van tanden zonder algemene anesthesie bepaalde honorarium en voor zover de extracties in een verplegingsinrichting onder de in het eerste lid bepaalde voorwaarden verricht zijn.

§ 10. Het bijkomend honorarium voor conserverende behandeling onder algemene anesthesie is enkel verschuldigd indien die behandeling in een verplegingsinrichting is uitgevoerd en de anesthesie is

262312 — 262323

Néo-implantation urétéro-vésicale associée à une des interventions nos 243014 — 243025, 243036 — 243040, 243051 — 243062, 243073 — 243084, 243095 — 243106, 243110 — 243121, 243213 — 243224, 244016 — 244020, 244031 — 244042 et 244053 — 244064 à cumuler à 100 p.c. avec la prestation principale

K 120

§ 12. Au point *k*, la prestation n° 282214 — 282225 est supprimée.

§ 13. Au point 1 :

1° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 312712 — 312723 :

« 312734 — 312745 »

Fermeture chirurgicale d'un ou plusieurs défauts osseux congénitaux au niveau du bord alvéolaire au moyen d'un (de) greffon(s) d'os spongieux autogène(s) y compris le prélèvement du greffon osseux

K 225 »

2° le libellé de la prestation n° 311415 — 311426 est modifié comme suit :

« 311415 — 311426 »

Ostéotomie ou chirurgie de reconstruction du maxillaire au moyen d'un greffon osseux autogène, y compris le prélèvement du greffon osseux

K 225 »

3° le titre, le libellé et la valeur relative des prestations nos 317310 — 317321 et 317332 — 317343 sont modifiés comme suit :

« Orthodontie préchirurgicale.

317310 — 317321

+ Traitement orthopédique maxillofacial chez le nouveau-né :

par plaque

K 45

317332 — 317343

+ Traitement complet, maximum

K 500 »

4° la prestation et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation n° 317332 — 317343 :

« 317354 — 317365 »

+ Confection des moulages de l'empreinte de l'arcade dentaire lors d'un traitement maxillofacial chez le nouveau-né

K 10

La prestation n° 317354 — 317365 peut être attestée une seule fois à l'occasion de l'attestation de la prestation n° 317310 — 317321 avec un maximum de 10.

Les prestations nos 317310 — 317321, 317332 — 317343 et 317354 — 317365 peuvent être effectuées par un médecin agréé au titre de spécialiste en stomatologie et par tout autre praticien de l'art dentaire en collaboration et sur prescription d'un médecin spécialiste en chirurgie, en chirurgie plastique, en orthopédie, en pédiatrie, en oto-rhino-laryngologie ou en stomatologie. »

§ 14. Au point *m*, la règle d'application suivante est insérée après la prestation n° 318032 — 318043 :

« La prestation n° 318032 — 318043 est également honorée lorsqu'elle est pratiquée par un médecin spécialiste en médecine interne ou un médecin spécialiste en pédiatrie. »

Article 9. A l'article 15 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 2 juillet 1986, les modifications suivantes sont apportées :

1° les §§ 9 et 10 sont modifiés comme suit :

« § 9. Les honoraires pour extraction sous anesthésie générale ne sont dus que si ces extractions ont été effectuées en milieu hospitalier et que si l'anesthésie a été pratiquée par un médecin agréé au titre de spécialiste en anesthésiologie, et à la condition que l'état général du patient constitue une indication médicale formelle de ce mode de traitement. Les honoraires pour extractions multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du patient durant les dix jours qui suivent le moment de l'intervention. Lorsqu'un patient exige ou qu'un médecin ou le praticien de l'art dentaire estime que des extractions multiples doivent être effectuées sous anesthésie générale, quoique l'état général du patient ne constitue pas une indication formelle de ce mode de traitement, l'intervention de l'assurance dans les honoraires réclamés pour ces extractions est due sur la base des honoraires prévus pour les extractions de dents sans anesthésie générale, et pour autant que les extractions aient été effectuées en milieu hospitalier dans les conditions prévues au premier alinéa.

§ 10. Le supplément d'honoraires pour traitement conservateur effectué sous anesthésie générale n'est dû que si ce traitement est effectué en milieu hospitalier et que si l'anesthésie a été pratiquée

verricht door een als specialist voor anesthesiologie erkend geneesheer en op voorwaarde dat de algemene toestand van de patiënt een formele geneeskundige aanwijzing tot die behandelingswijze is. »

2° § 13 wordt geschrapt.

Artikel 10. In artikel 17 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 28 november 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° wordt § 5 aangevuld met de volgende bepaling :

« Behalve voor de verstrekkingen nrs. 456013 — 456024, 456035 — 456046, 456050 — 456061, 456072 — 456083, 456094 — 456105, 456116 — 456120 en 456131 — 456142 die door een tandheelkundige of door een geneesheer, specialist voor stomatologie, voor zijn eigen patiënten zijn uitgevoerd. »

2° wordt § 13 als volgt gewijzigd :

« § 13 — De verstrekkingen nrs. 262216 — 262220, 261811 — 261822, 261833 — 261844, 473535 — 473546, 473550 — 473561, 473572 — 473583, 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720 en 475731 — 475742 worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden verricht door een als geneesheer-specialist voor radiologie erkend geneesheer. »

Art. 11. Artikel 18, § 1, van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 23 mei 1985, 30 januari 1986 en 7 januari 1987 wordt aangevuld met de volgende bepaling :

G. Radiotherapie en radiumtherapie.

De totale lichaamsbestraling (Total Body Irradiation) met het oog op een allogene of autologe beenmergtransplantatie in een dienst die beschikt over een telecobalt én een accelerator én een simulator én een dosimetriesysteem met computer, is een volledige behandeling met gebruik van individuele beschermingsmiddelen en moet worden aangerekend onder de verstrekkingnummers 440053 — 440064 samen met de forfaitaire supplementen voor simulatie en dosimetrie met computer waarin is voorzien onder de nummers 441512 — 441523 en 441556 — 441560. »

Art. 12. In artikel 18, § 2, B, e, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 31 januari 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de volgende verstrekkingen worden ingelast na de verstrekking nr. 443951 — 443962 :

« 443516 — 443520

Doseren van TPA en/of PLAP B 665

443531 — 443542

Doseren van CA 15.3 en/of CA 549 B 665 »

2° de toepassingsregel na verstrekking nr. 443951 — 443962 wordt vervangen door :

« De verstrekkingen nrs. 443774 — 443785, 443796 — 443800, 443936 — 443940, 443951 — 443962, 443516 — 443520 en 443531 — 443542 mogen onderling niet worden gecumuleerd. »

3° de verstrekking nr. 4732 — 443354 — 443365 wordt geschrapt;

4° de volgende verstrekking wordt bijgevoegd na de verstrekking nr. 443973 — 443984 :

« 443553 — 443564

Doseren van de zure prostaatfosfatasen en/of van het specifiek prostaatanigeen, mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 579272 — 579283 B 433 »

5° de verstrekkingen nrs. 4825 — 448011 — 448022 tot 4837 — 448254 — 448265 alsmede de toepassingsregel worden geschrapt en vervangen door de volgende verstrekkingen en toepassingsregel :

« 448291 — 448302

Doseren van totale T4 en van T3 RU (en/of van de saturatiecapaciteit van TBG) B 661

448313 — 448324

Doseren van vrije T4 B 410

448335 — 448346

Doseren van vrije T3 B 410

448350 — 448361

Doseren van vrije T4 en vrije T3 B 820

448372 — 448383

Doseren van totale T4 en van T3 RU (en/of van de saturatiecapaciteit van TBG) en van T3 B 990

par un médecin agréé au titre de spécialiste en anesthésiologie, et à la condition que l'état général du patient constitue une indication médicale formelle de ce mode de traitement. »

2° le § 13 est supprimé.

Article 10. A l'article 17 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 28 novembre 1986 et 7 janvier 1987, les modifications suivantes sont apportées :

1° le § 5 est complété par la disposition suivante :

« Sauf s'il s'agit des prestations nos 456013 — 456024, 456035 — 456046, 456050 — 456061, 456072 — 456083, 456094 — 456105, 456116 — 456120 et 456131 — 456142 effectuées par un praticien de l'art dentaire ou par un médecin spécialiste en stomatologie pour ses propres patients. »

2° le § 13 est modifié comme suit :

« § 13 — Les prestations nos 262216 — 262220, 261811 — 261822, 261833 — 261844, 473535 — 473546, 473550 — 473561, 473572 — 473583, 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720 et 475731 — 475742 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en radiologie. »

Art. 11. L'article 18, § 1er de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 30 janvier 1986, et 7 janvier 1987 est complété par la disposition suivante :

G. Radiothérapie et radiumthérapie.

L'irradiation totale du corps (Total Body Irradiation) en vue d'une transplantation de moelle osseuse allogène ou autologue dans un service disposant de télécobalt et d'un accélérateur et d'un simulateur et d'un système de dosimétrie par ordinateur est un traitement complet avec utilisation de protections individuelles et doit être attestée sous le numéro de prestation 440053 — 440064 conjointement avec les suppléments forfaitaires pour la simulation et la dosimétrie avec ordinateur prévus sous les numéros 441512 — 441523 et 441556 — 441560. »

Art. 12. A l'article 18, § 2, B, e, du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 23 mai 1985, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987, sont apportées les modifications suivantes :

1° les prestations suivantes sont insérées après la prestation n° 443951 — 443962 :

« 443516 — 443520

Dosage de TPA et/ou PLAP B 665

443531 — 443542

Dosage de CA 15.3 et/ou CA 549 B 665 »

2° la règle d'application qui suit la prestation n° 443951 — 443962 est remplacée par :

« Les prestations nos 443774 — 443785, 443796 — 443800, 443936 — 443940, 443951 — 443962, 443516 — 443520 et 443531 — 443542 ne sont pas cumulables entre elles. »

3° la prestation n° 4732 - 443354 — 443365 est supprimée;

4° la prestation suivante est ajoutée après la prestation n° 443973 - 443984 :

« 443553 — 443564

Dosage des phosphatases acides prostatiques et/ou de l'antigène prostatique spécifique, non cumulable avec la prestation n° 579272 — 579283 B 433 »

5° les prestations nos 4825 — 448011 — 448022 à 4837 — 448254 — 448265 ainsi que la règle d'application sont supprimées et remplacées par les prestations et la règle d'application suivantes :

« 448291 — 448302

Dosage de T4 totale et de la T3 RU (et/ou de la capacité de saturation de la TBG) B 661

448313 — 448324

Dosage de T4 libre B 410

448335 — 448346

Dosage de T3 libre B 410

448350 — 448361

Dosage de T4 libre et T3 libre B 820

448372 — 448383

Dosage de T4 totale et T3 RU (et/ou capacité de saturation de la TBG) et T3 B 990

448394 — 448405
Doseren van totale T4 en van TBG en van T3..... B 990
De verstrekkingen nrs. 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383, 448394 — 448405 mogen onderling niet worden gecumuleerd en evenmin met de verstrekking nr. 587716 — 587720 »

6° de omschrijving van de verstrekking nr. 4865 — 449315 — 449326 wordt als volgt gewijzigd :

« 449315 — 449326

Doseren van androstanediol en/of van dihydrotestosteron »

7° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 4867 — 449352 — 449363 worden als volgt gewijzigd :

« 449352 — 449363

Doseren van vrije testosteron en/of van sex binding globuline B 926 »

8° de verstrekking nr. 4868 — 449374 — 449385 wordt geschrapt;

9° de verstrekking nr. 4869 — 449396 — 449400 alsook de toepassingsregel die er op volgt worden geschrapt.

Art. 13. In artikel 19, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 oktober 1985 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in § 2, eerste lid worden de codenummers 443354 — 443365, 448011 — 448022 tot 448254 — 448265, 449374 — 449385 en 449396 — 449400 geschrapt en worden de codenummers 443553 — 443564, 443516 — 443520, 443531 — 443542, 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383 en 448394 — 448405 ingelast;

2° wordt § 5 aangevuld met volgende bepaling :

« § 5^{quater}.

De geneesheren die vóór 19 maart 1985 door de Minister die de Volksgezondheid onder zijn bevoegdheid heeft, ertoe zijn gemachtigd radio-isotopen onder zich te houden en te gebruiken tot geneeskundige doeleinden in de toepassingen in vitro en die, hoewel ze hun oorspronkelijke erkenning behouden, van vorenvermelde Minister bovendien een getuigschrift hebben bekomen, waaruit hun bevoegdheid inzake nucleaire geneeskunde in vitro blijkt, mogen de in artikel 18, § 2, B, e), opgenomen verstrekkingen inzake nucleaire geneeskunde uitvoeren voor de patiënten die hun door een ander geneesheer worden gestuurd, net als voor hun eigen patiënten. »

Art. 14. In artikel 20, van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1, b) wordt de betrekkelijke waarde « K100 » van de verstrekking nr. 471796 — 471800 gewijzigd in « K 120 ».

§ 2. In § 1, c), worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de volgende verstrekkingen en toepassingsregelen worden bijgevoegd :

« 473653 — 473664

Behandeling van een stenose van het spijsverteringskanaal met laser K 120
473675 — 473686

Coaguleren met laser van een angiodyplasie van het spijsverteringskanaal K 150
473690 — 473701

Fibroduodenoscopie (2e en 3e duodenum) met papillotomie en/of extractie van choledochusstenen K 220
473712 — 473723

Fibroduodenoscopie (2e en 3e duodenum) met papillotomie en/of extractie van choledochusstenen, met plaatsen van een prothese van de galwegen K 370

Het honorarium voor de verstrekking nr. 473712 — 473723 dekt de kosten van de gebruikte prothese(n) van de galwegen.

De verstrekkingen nrs. 473690 — 473701 en 473712 — 473723 mogen onderling niet worden gecumuleerd. »;

2° de verstrekking nr. 4262 — 473336 — 473340 wordt geschrapt;

448394 — 448405
Dosage de T4 totale et TBG et T3..... B 990
Les prestations n°s 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383, 448394 — 448405 ne sont pas cumulables entre elles ni avec la prestation n° 587716 — 587720 »;

6° le libellé de la prestation 4865 — 449315 — 449326 est modifié comme suit :

« 449315 — 449326

Dosage d'androstanédiol et/ou de dihydrotestostérone »;

7° le libellé et la valeur relative de la prestation 4867 — 449352 — 449363 sont modifiés comme suit :

« 449352 — 449363

Dosage de la testostérone libre et/ou de la sex binding globuline B 926 »

8° la prestation n° 4868 — 449374 — 449385 est supprimée;

9° la prestation n° 4869 — 449396 — 449400 ainsi que la règle d'application qui la suit sont supprimées.

Art. 13. A l'article 19, du même arrêté modifié par les arrêtés royaux des 14 octobre 1985 et 7 janvier 1987 sont apportées les modifications suivantes :

1° au § 2, 1er alinéa, les n°s de codes 443354 — 443365, 448011 — 448022 à 448254 — 448265, 449374 — 449385 et 449396 — 449400 sont supprimés et les n°s de code 443553 — 443564, 443516 — 443520, 443531 — 443542, 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383 et 448394 — 448405 sont insérés;

2° le § 5 est complété par la disposition suivante :

« § 5^{quater}.

Les médecins qui ont été autorisés avant le 19 mars 1985, par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions à détenir et utiliser les radioisotopes à certaines fins médicales dans les applications in vitro et qui ont, tout en gardant leur reconnaissance originale, obtenu du Ministre susvisé un certificat attestant leur compétence en médecine nucléaire in vitro, peuvent porter en compte les prestations de médecine nucléaire in vitro visées à l'article 18, § 2, B, e), effectuées pour les patients qui leur sont adressés par un autre médecin comme pour leurs propres patients. »

Art. 14. A l'article 19, du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 7 janvier 1987, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1er. Au § 1er, b), la valeur relative « K 100 » de la prestation n° 471796 — 471800 est modifiée en « K 120 ».

§ 2. Au § 1er, c), sont apportées les modifications suivantes :

1° les prestations et les règles d'application suivantes sont ajoutées :

« 473653 — 473664

Traitement d'une sténose du tube digestif, par laser K 120
473675 — 473686

Coagulation au laser d'une angiodyplasie du tube digestif K 150
473690 — 473701

Fibroduodénoscopie (2ème et 3ème duodénum) avec papillotomie et/ou extraction de calculs cholédociens .. K 220
473712 — 473723

Fibroduodénoscopie (2ème et 3ème duodénum) avec papillotomie et/ou extraction de calculs cholédociens avec mise en place de prothèse des voies biliaires K 370

Les honoraires pour la prestation n° 473712 — 473723 couvrent les frais de(s) prothèse(s) des voies biliaires utilisée(s).

Les prestations n°s 473690 — 473701 et 473712 — 473723 ne peuvent pas être cumulées entre elles. »;

2° la prestation n° 4262 — 473336 — 473340 est supprimée;

3° de toepassingsregel die volgt op de verstrekking nr. 4253 — 473211 — 473222 wordt als volgt gewijzigd :

« De verstrekkingen nrs. 472356 — 472360, 472371 — 472382, 472393 — 472404, 472415 — 472426, 472430 — 472441, 473056 — 473060, 473071 — 473982, 473093 — 473104, 473115 — 473126, 473270 — 473281, 473292 — 473303, 473314 — 473325, 473351 mogen onderling niet worden gecumuleerd. »

4° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 4259 — 473270 — 473281 worden als volgt gewijzigd :

473270 — 473281

Scleroseren van oesofaguspataders langs endoscopische weg, inclusief het gebruikte product

K 120 »

5° de omschrijving van de verstrekking nr. 4216 — 472430 — 472441 wordt als volgt gewijzigd :

« 472430 — 472441

Fibrogastroscoopie en/of fibrobulboscoopie met afname voor biopsie en/of wegnemen van tumoren en/of coagulatie van letsels, minimum 4 afnamen verricht met een biopsietang

K 96 »

6° de betrekkelijke waarde van de volgende verstrekkingen wordt als volgt gewijzigd :

— de betrekkelijke waarde « K 120 » van de verstrekking nr. 472393 — 472404 wordt gewijzigd in « K 144 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 84 » van de verstrekking nr. 4215 — 472415 — 472426 wordt gewijzigd in « K 80 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 102 » van de verstrekking nr. 4245 — 473056 — 473060 wordt gewijzigd in « K 96 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 130 » van de verstrekking nr. 4253 — 473211 — 473222 wordt gewijzigd in « K 150 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 80 » van de verstrekking nr. 4260 — 473292 — 473303 wordt gewijzigd in « K 220 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 70 » van de verstrekking nr. 4261 — 473314 — 473325 wordt gewijzigd in « K 96 » ;

— de betrekkelijke waarde « K 105 » van de verstrekking nr. 473631 — 473642 wordt gewijzigd in « K 150 » ;

7° de omschrijving van de verstrekking nr. 4260 — 473292 — 473303 wordt aangevuld met : « De honoraria dekken de kosten van de gebruikte prothese. »

8° de volgende toepassingsregel wordt bijgevoegd :

« De verstrekkingen nrs. 472010 — 472021, 472371 — 472382, 473071 — 473082, 473211 — 473222 en 473454 — 473465 worden eveneens gehonoreerd als ze zijn verricht volgens de YAG-lasermethode door een geneesheer die is erkend als specialist voor heelkunde. »

§ 3, § 1, d), wordt aangevuld met de volgende verstrekking :

« 474596 — 474600

Beenderbiopsie met naald bij een kind, jonger dan 7 jaar

K 20 »

§ 4, § 1, e) :

1° de omschrijving van de verstrekking nr. 475650 — 475661 wordt als volgt gewijzigd :

« 475650 — 475661

Kwalitatieve en audiovelocimetrische evaluatie van (arteriële en/of veneuze) circulatieverschijnselen door Dopplereffect, bilateraal onderzoek en minimum twee niveaus, buiten de heelkundige verstrekkingen, met protocol en besluit op basis van gestandaardiseerde Dopplerogrammen

K 18 »

2° de omschrijving van de verstrekking nr. 476210 — 476221 wordt als volgt gewijzigd :

« 476210 — 476221

Monitoring Holter : Continu electrocardiografisch registreren gedurende ten minste 24 uren, door middel van een draagbaar toestel met magneetband of met ingebouwd geheugen, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel, met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van de volledige tracés

K 105 »

3° la règle d'application suivant la prestation n° 4253 — 473211 — 473222 est modifiée comme suit :

« Les prestations n°s 472356 — 472360, 472371 — 472382, 472393 — 472404, 472415 — 472426, 472430 — 472441, 473056 — 473060, 473071 — 473082, 473093 — 473104, 473115 — 473126, 473270 — 473281, 473292 — 473303, 473314 — 473325, 473351 ne sont pas cumulables entre elles. »

4° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 4259 — 473270 — 473281 sont modifiés comme suit :

473270 — 473281

Sclérose de varices oesophagiennes par voie endoscopique, y compris le produit utilisé

K 120 »

5° le libellé de la prestation n° 4216 — 472430 — 472441 est modifié comme suit :

« 472430 — 472441

Fibro-gastroscoopie et/ou fibrobulboscoopie avec prélèvement biopsique et/ou ablation de tumeurs et/ou coagulation de lésions, minimum 4 prélèvements faits à l'aide d'une pince à biopsie

K 96 »

6° la valeur relative des prestations suivantes est modifiée comme suit :

— la valeur relative « K 120 » de la prestation n° 472393 — 472404 est modifiée en « K 144 » ;

— la valeur relative « K 84 » de la prestation n° 4215 — 472415 — 472426 est modifiée en « K 80 » ;

— la valeur relative « K 102 » de la prestation n° 4245 — 473056 — 473060 est modifiée en « K 96 » ;

— la valeur relative « K 130 » de la prestation n° 4253 — 473211 — 473222 est modifiée en « K 150 » ;

— la valeur relative « K 80 » de la prestation n° 4260 — 473292 — 473303 est modifiée en « K 220 » ;

— la valeur relative « K 70 » de la prestation n° 4261 — 473314 — 473325 est modifiée en « K 96 » ;

— la valeur relative « K 105 » de la prestation n° 473631 — 473642 est modifiée en « K 150 » ;

7° le libellé de la prestation n° 4260 — 473292 — 473303 est complété par : « Les honoraires couvrent les frais de la prothèse utilisée. »

8° la règle d'application suivante est ajoutée :

« Les prestations n°s 472010 — 472021, 472371 — 472382, 473071 — 473082, 473211 — 473222 et 473454 — 473465 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par la méthode au laser YAG, par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en chirurgie. »

§ 3. Le § 1er, d) est complété par la prestation suivante :

« 474596 — 474600

Biopsie osseuse à l'aiguille chez un enfant de moins de 7 ans

K 20 »

§ 4. Au § 1er e) :

1° le libellé de la prestation n° 475650 — 475661 est modifié comme suit :

« 475650 — 475661

Evaluation qualitative et audiovelocimétrique de phénomènes circulatoires (artériels et/ou veineux) par l'effet Doppler, examen bilatéral et à deux niveaux minimum, en dehors des prestations chirurgicales, avec protocole et conclusion sur base de Dopplerogrammes standardisés

K 18 »

2° le libellé de la prestation n° 476210 — 476221 est modifié comme suit :

« 476210 — 476221

Monitoring de Holter : enregistrement électrocardiographique continu pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable à bande magnétique ou à mémoire interne, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire les tracés complets

K 105 »

3° de volgende verstrekkingen worden bijgevoegd :
 « 476254 — 476265

Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur, door middel van een draagbaar toestel, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van een deel van de tracés

K 50

Vasculaire onderzoeken

475672 — 475683

Bilateraal duplexonderzoek van de carotisslagaders dat een echografisch beeld en Doppler met frequentieanalyse van de signalen omvat, met protocol en uittreksels

K 63

475694 — 475705

Bilateraal duplexonderzoek van de arteria carotis en van de arteria vertebrales dat een echografisch beeld en Doppler met frequentieanalyse van de signalen omvat, met protocol en uittreksel

K 75

475716 — 475720

Duplexonderzoek van de diepliggende thoracale en/of abdominale en/of pelvische bloedvaten, dat een echografisch beeld en Doppler met frequentieanalyse van de signalen omvat met protocol en uittreksels

K 63

475731 — 475742

Duplexonderzoek van de intracraniale vaten, dat een echografisch beeld en Doppler met frequentieanalyse van de signalen omvat, met protocol en uittreksels

K 63

De verstrekkingen nrs 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 worden eveneens gehonoreerd wanneer ze worden uitgevoerd door een geneesheer specialist voor röntgen-diagnose.

475753 — 475764

Oculoplethysmografie met bilateraal registreren van de polsgolf of van de druk in de arteria optalmica met protocol en uittreksels

K 63

475775 — 475786

Bidimensionele echografie in associatie met een duplexonderzoek van het hart

K 90

4° de verstrekking nrs 5503 — 475053 — 475064 en 5553 — 476475 — 476486 worden geschrapt;

5° de volgende toepassingsregels worden bijgevoegd :

« De verstrekkingen nrs 476416 — 476420, 476431 — 476442 en 476453 — 476464 mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 en 475753 — 475764.

De verstrekking nr. 475650 — 475661 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 114015 — 114026.

De verstrekkingen nrs 475650 — 475661, 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 en 475753 — 475664 worden eveneens gehonoreerd als ze worden verricht door een geneesheer die is erkend als specialist voor heelkunde. »

Art. 15. In artikel 24 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 14 oktober 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1, 1°, G, wordt de verstrekking nr. 6741 — 576833 — 576844 geschrapt.

§ 2. In § 1, 2° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 580016 — 580020 als volgt gewijzigd :

« Leucocytenformule op concentraat van witte bloedlichaampjes door sedimentatie, vervolgens cyto centrifugatie bij een patiënt onder anti-mitotische behandeling of in geval van leucocytose, lager dan 3000 per microliter (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 137130 — 137141, 137255 — 137266 en 137270 — 137281). »

§ 3. In § 1, 1°, J :

1° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 579051 — 579062 als volgt gewijzigd :

« 579051 — 579062

Doseren van een of meer derivaten van imidazolidinedione en/of van malonylureum en/of van propylvaleriaanzuur door chromatografie en/of van carbamazepine

B 525

2° de betreffende waarde « B 430 » van de verstrekking nr. 579132 — 579143 wordt gewijzigd in « B 400 »;

3° de betreffende waarde « B 430 » van de verstrekking nr. 6821 — 579154 — 579165 wordt gewijzigd in « B 400 »;

3° les prestations suivantes sont ajoutées :

« 476254 — 476265

Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés

K 50

Examens vasculaires

475672 — 475683

Examen duplex bilatéral des carotides, comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits

K 63

475694 — 475705

Examen duplex bilatéral des carotides et des artères vertébrales, comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits

K 75

475716 — 475720

Examen duplex des vaisseaux thoracaux et/ou abdominaux et/ou pelviens profonds, comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits

K 63

475731 — 475742

Examen duplex des vaisseaux intracrâniens comportant une image échographique et Doppler avec analyse de la fréquence des signaux, avec protocole et extraits

K 63

Les prestations nos 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 sont également honorées quand elles sont effectuées par un médecin spécialiste en radiodiagnostic.

475753 — 475764

Oculoplethysmographie avec enregistrement bilatéral de l'onde du pouls ou de la pression dans l'artère optalmique, avec protocole et extraits

K 63

475775 — 475786

Echographie bidimensionnelle en association avec un examen duplex cardiaque

K 90

4° les prestations nos 5503 — 475053 — 475064 et 5553 — 476475 — 476486 sont supprimées;

5° les règles d'application suivantes sont ajoutées :

« Les prestations nos 476416 — 476420, 476431 — 476442 et 476453 — 476464 ne sont pas cumulables avec les prestations nos 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 et 475753 — 475764.

La prestation no 475650 — 475661 n'est pas cumulable avec la prestation no 114015 — 114026.

Les prestations nos 475650 — 475661, 475672 — 475683, 475694 — 475705, 475716 — 475720, 475731 — 475742 et 475753 — 475764 sont également honorées lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en chirurgie. »

Art. 15. A l'article 24 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 23 mai 1985, 14 octobre 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986 et 7 janvier 1987 sont apportées les modifications suivantes :

§ 1er. Au § 1er, 1° G, la prestation no 6741 — 576833 — 576844 est supprimée.

§ 2. Au § 1er, 2°, le libellé de la prestation no 580016 — 580020 est modifié comme suit :

« Formule leucocytaire sur concentré de globules blancs par sédimentation puis cyto centrifugation, chez un patient sous traitement anti-mitotique ou en cas de leucocytose inférieure à 3000 par microlitre (non cumulable avec les prestations nos 137130 — 137141, 137255 — 137266 et 137270 — 137281). »

§ 3. Au § 1er, 1°, J :

1° le libellé de la prestation no 579051 — 579062 est modifié comme suit :

« 579051 — 579062

Dosage d'un ou plusieurs dérivés de l'imidazolidinedione et/ou de la malonylurée et/ou de l'acide propylvalérique par chromatographie et/ou de la carbamazépine

B 525

2° la valeur relative « B 430 » de la prestation no 579132 — 579143 est modifiée en « B 400 »;

3° la valeur relative « B 430 » de la prestation no 6821 — 579154 — 579165 est modifiée en « B 400 »;

4° de volgende verstrekking wordt ingelast na de verstrekking nr. 6826 — 579250 — 579261 :

579272 — 579283

Doseren van de zure prostaatfosfatasen door selectieve inhibitie (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 443553 — 443564 of met het immunologisch doseren van de prostaatfosfatase) B 180 »

§ 4. In § 1, 4°, wordt de betreffende waarde « B 228 » van de verstrekking 6920 — 583612 — 583623 gewijzigd in « B 214 ».

§ 5. In § 1, 5° :

1° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking 6925 — 584010 — 584021 als volgt gewijzigd :

« 584010 — 584021

Titren van antibacteriële-antilichamen (mag niet worden gecumuleerd met de andere titraties van antibacteriële-antilichamen), per antigeen, maximum drie antigenen B 107 »;

2° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6926 — 584032 — 584043 als volgt gewijzigd :

« 584032 — 584043

Titren van de antilichamen met het oog op de diagnose van brucellose, per antigeen, maximum twee antigenen B 107 »;

3° wordt de verstrekking nr. 6922 — 584054 — 584065 geschrapt;

4° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6923 — 584076 — 584080 als volgt gewijzigd :

« 584076 — 584080

Titren van de antilichamen met het oog op de serodiagnose van legionellose, per antigeen, maximum twee antigenen B 107 »;

5° wordt de verstrekking nr. 6927 — 584091 — 584102 geschrapt;

6° wordt de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6928 — 584113 — 584124 als volgt gewijzigd :

« 584113 — 584124

Titren van de antilichamen met het oog op de serodiagnose van infectie door salmonella typhi, paratyphi A en/of paratyphi B, ongeacht het aantal gebruikte antigenen B 214 »;

7° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6929 — 584135 — 584146 als volgt gewijzigd :

« 584135 — 584146

Titren van de antistreptolysines (mag niet worden gecumuleerd met het titreren van anti-DNAse) B 193 »;

8° wordt de toepassingsregel na de verstrekking nr. 584135 — 584146 geschrapt;

9° wordt de volgende verstrekking ingelast na de verstrekking nr. 6929 — 584135 — 584146 :

« 584253 — 584264

Titren van anti-DNAse B (mag niet worden gecumuleerd met het titreren van de antistreptolysines) B 193 »;

10° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 584150 — 584161 als volgt gewijzigd :

« 584150 — 584161

Serodiagnose van infectie door treponema (bloed of cerebrospinaal vocht) : met een techniek waarbij een niet specifiek antigeen (type R/PR of VDRL); wordt gebruikt ongeacht de toegepaste methoden B 107 »;

11° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6931 — 584172 — 584183 als volgt gewijzigd :

« 584172 — 584183

Serodiagnose van infectie door treponema (bloed of cerebrospinaal vocht) : met een techniek waarbij een specifiek antigeen wordt gebruikt, ongeacht de toegepaste methoden B 336 »;

12° worden de verstrekkingen nrs. 6932 — 584194 — 584205 en 6924 — 584216 — 584220 geschrapt;

13° worden de omschrijving en de betreffende waarde van de verstrekking nr. 6933 — 584231 — 584242 als volgt gewijzigd :

« 584231 — 584242

Titren van de antilichamen met het oog op de diagnose van yersiniose, per antigeen, maximum twee antigenen B 107 »;

4° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 6826 — 579250 — 579261 :

579272 — 579283

Dosage des phosphatases acides prostatiques par inhibition sélective (non cumulable avec la prestation n° 443553 — 443564 ou avec un dosage immunologique de la phosphatase prostatique) B 180 »

§ 4. Au § 1er, 4°, la valeur relative « B 228 » de la prestation 6920 — 583612 — 583623 est modifiée en « B 214 ».

§ 5. Au § 1er, 5° :

1° le libellé et la valeur relative de la prestation 6925 — 584010 — 584021 sont modifiés comme suit :

« 584010 — 584021

Titrage d'anticorps antibactériens (non cumulable avec les autres titrations d'anticorps antibactériens), par antigène, maximum trois antigènes B 107 »;

2° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6926 — 584032 — 584043 sont modifiés comme suit :

« 584032 — 584043

Titrage des anticorps en vue d'un diagnostic de brucellose, par antigène, maximum deux antigènes B 107 »;

3° la prestation n° 6922 — 584054 — 584065 est supprimée;

4° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6923 — 584076 — 584080 sont modifiés comme suit :

« 584076 — 584080

Titrage des anticorps en vue d'un sérodiagnostic de légionellose, par antigène, maximum deux antigènes ... B 107 »;

5° la prestation n° 6927 — 584091 — 584102 est supprimée;

6° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6928 — 584113 — 584124 sont modifiés comme suit :

« 584113 — 584124

Titrage des anticorps en vue du sérodiagnostic d'une infection par Salmonella typhi, paratyphi A et/ou B, quel que soit le nombre d'antigènes utilisés B 214 »;

7° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6929 — 584135 — 584146 sont modifiés comme suit :

« 584135 — 584146

Titrage des antistreptolysines (non cumulable avec le titrage de l'anti-DNAse) B 193 »;

8° la règle d'application suivant la prestation n° 584135 — 584146 est supprimée;

9° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 6929 — 584135 — 584146 :

« 584253 — 584264

Titrage de l'anti-DNAse B (non cumulable avec le titrage des antistreptolysines) B 193 »;

10° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 584150 — 584161 sont modifiés comme suit :

« 584150 — 584161

Sérodiagnostic d'une infection par treponème (sang ou liquide céphalorachidien) : par une technique utilisant un antigène non spécifique (type R/PR ou VDRL), quelles que soient les méthodes appliquées B 107 »;

11° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6931 — 584172 — 584183 sont modifiés comme suit :

« 584172 — 584183

Sérodiagnostic d'une infection par treponème (sang ou liquide céphalorachidien) : par une technique utilisant un antigène spécifique, quelles que soient les méthodes appliquées B 336 »;

12° les prestations n°s 6932 — 584194 — 584205 et 6924 — 584216 — 584220 sont supprimées;

13° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6933 — 584231 — 584242 sont modifiés comme suit :

« 584231 — 584242

Titrage des anticorps en vue du diagnostic d'une yersiniose, par antigène, maximum deux antigènes B 107 »;

14° wordt de volgende verstrekking ingelast na de verstrekking nr. 6933 — 584231 — 584242 :

« 584275 — 584286

Titreeren van de antilichamen met het oog op de diagnose van infectie door Borellia en/of Leptospire, per antigeen, maximum drie antigenen B 107 »;

15° wordt de verstrekking nr. 6934 — 584312 — 584323 geschrapt; 16° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6935 — 584334 — 584345 als volgt gewijzigd :

« 584334 — 584345

Titreeren van de antilichamen met het oog op de serodiagnose van rickettsiose met een techniek waarbij een specifiek antigeen wordt gebruikt, per antigeen, maximum vier antigenen B 143 »;

17° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6936 — 584356 — 584360 als volgt gewijzigd :

« 584356 — 584360

Titreeren van antilichamen met het oog op de serodiagnose van niet gynecologische infectie door chlamydia psittaci en/of door chlamydia trachomatis, ongeacht het aantal tests B 288 »;

18° wordt de volgende verstrekking ingelast na de verstrekking nr. 6936 — 584356 — 584360 :

« 584393 — 584404

Titreeren van antilichamen met het oog op de serodiagnose van gynecologische infectie door chlamydia trachomatis, in geval van negatief resultaat van de kweek of van het rechtstreeks opzoeken in de gynecologische afnamen B 288 »;

19° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6937 — 584371 — 584382 als volgt gewijzigd :

« 584371 — 584382

Titreeren van antilichamen met het oog op de serodiagnose van een infectie door mycoplasma pneumoniae, ongeacht het aantal gebruikte antigenen B 336 »;

20° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6938 — 584511 — 584522 als volgt gewijzigd :

« 584511 — 584522

Serodiagnose van infectie door cytomegalovirus, door vergelijkend titreeren van de IgG-antilichamen van een vroegtijdig serum en van een laattijdig serum en/of door aantonen van de IgM-antilichamen B 431 »;

21° de betrekkelijke waarde « B 403 » van de verstrekking nr. 6939 — 584533 — 584544 wordt veranderd in « B 431 »;

22° de betrekkelijke waarde « B 269 » van de verstrekking nr. 6940 — 584555 — 584566 wordt veranderd in « B 288 »;

23° de betrekkelijke waarde « B 321 » van de verstrekking nr. 6941 — 584570 — 584581 wordt veranderd in « B 343 »;

24° de betrekkelijke waarde « B 269 » van de verstrekking nr. 6942 — 584592 — 584603 wordt veranderd in « B 288 »;

25° de betrekkelijke waarde « B 321 » van de verstrekking nr. 6943 — 584614 — 584625 wordt veranderd in « B 343 »;

26° de betrekkelijke waarde « B 269 » van de verstrekking nr. 6966 — 584636 — 584640 wordt veranderd in « B 288 »;

27° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6944 — 584651 — 584662 worden als volgt gewijzigd :

« 584651 — 584662

Serodiagnose van infectie door virus van herpes simplex I en/of II ongeacht het aantal tests B 288 »;

28° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6970 — 584673 — 584684 worden als volgt gewijzigd :

« 584673 — 584684

Serodiagnose van infectie door virus van herpes simplex bij zwangere vrouw door aantonen van de IgG en IgM-antilichamen B 529 »;

14° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 6933 — 584231 — 584242 :

« 584275 — 584286

Titrage des anticorps en vue du diagnostic d'une infection par Borellia et/ou Leptospire, par antigène, maximum trois antigènes B 107 »;

15° la prestation n° 6934 — 584312 — 584323 est supprimée; 16° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6935 — 584334 — 584345 sont modifiés comme suit :

« 584334 — 584345

Titrage d'anticorps en vue du sérodiagnostic d'une rickettsiose par une technique utilisant un antigène spécifique, par antigène, maximum quatre antigènes .. B 143 »;

17° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6936 — 584356 — 584360 sont modifiés comme suit :

« 584356 — 584360

Titrage d'anticorps en vue d'un sérodiagnostic d'une infection non gynécologique par chlamydia psittaci et/ou par chlamydia trachomatis, quel que soit le nombre de tests B 288 »;

18° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 6936 — 584356 — 584360 :

« 584393 — 584404

Titrage d'anticorps en vue du sérodiagnostic d'une infection gynécologique par chlamydia trachomatis, en cas de résultat négatif de la culture ou de la recherche directe dans les prélèvements gynécologiques B 288 »;

19° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6937 — 584371 — 584382 sont modifiés comme suit :

« 584371 — 584382

Titrage d'anticorps en vue du sérodiagnostic d'une infection par mycoplasma pneumoniae, quel que soit le nombre d'antigènes utilisés B 336 »;

20° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6938 — 584511 — 584522 sont modifiés comme suit :

« 584511 — 584522

Sérodiagnostic d'une infection par le cytomegalovirus par titrage comparatif des anticorps IgG d'un sérum précoce et d'un sérum tardif et/ou par recherche des anticorps IgM B 431 »;

21° la valeur relative « B 403 » de la prestation n° 6939 — 584533 — 584544 est modifiée en « B 431 »;

22° la valeur relative « B 269 » de la prestation n° 6940 — 584555 — 584566 est modifiée en « B 288 »;

23° la valeur relative « B 321 » de la prestation n° 6941 — 584570 — 584581 est modifiée en « B 343 »;

24° la valeur relative « B 269 » de la prestation n° 6942 — 584592 — 584603 est modifiée en « B 288 »;

25° la valeur relative « B 321 » de la prestation n° 6943 — 584614 — 584625 est modifiée en « B 343 »;

26° la valeur relative « B 269 » de la prestation n° 6966 — 584636 — 584640 est modifiée en « B 288 »;

27° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6944 — 584651 — 584662 sont modifiés comme suit :

« 584651 — 584662

Sérodiagnostic d'une infection par le virus de l'herpès simplex I et/ou II, quel que soit le nombre de tests B 288 »;

28° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6970 — 584673 — 584684 sont modifiés comme suit :

« 584673 — 584684

Sérodiagnostic d'une infection par les virus de l'herpès simplex chez la femme enceinte par mise en évidence des anticorps IgG et IgM B 529 »;

29° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6971 — 584695 — 584706 worden als volgt gewijzigd :

« 584695 — 584706

Serodiagnose van infectie door virus van herpes Zoster, ongeacht het aantal tests B 288 » ;

30° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6945 — 584710 — 584721 worden als volgt gewijzigd :

« 584710 — 584721

Serologische test met het oog op de diagnose van mononucleose, ongeacht het aantal tests B 154 » ;

31° de verstrekking nr. 6946 — 584732 — 584743 wordt geschrapt ;

32° de betrekkelijke waarde « B 314 » van de verstrekking nr. 6947 — 584754 — 584765 wordt gewijzigd in « B 336 » ;

33° de betrekkelijke waarde « B 565 » van de verstrekking nr. 6948 — 584776 — 584780 wordt gewijzigd in « B 605 » ;

34° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6949 — 584791 — 584802 worden als volgt gewijzigd :

« 584791 — 584802

Serodiagnose van infectie door het bofivirus, ongeacht het aantal tests, met een minimum van twee B 529 » ;

35° de verstrekking nr. 6950 — 584813 — 584824 wordt geschrapt ;

36° de verstrekkingen nrs. 6951 — 584835 — 584846 en 6952 — 584850 — 584861 worden geschrapt ;

37° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6953 — 584872 — 584883 worden als volgt gewijzigd :

« 584872 — 584883

Controle van immuniteit tegen rubeola bij zwangere vrouw B 241 » ;

38° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6954 — 584894 — 584905 worden als volgt gewijzigd :

« 584894 — 584905

Serodiagnose van recente infectie door rubeolavirus, door vergelijkend titreren van de IgG antilichamen van een vroegtijdig serum en van een laatijdig serum en/of door aantonen van de IgM-antilichamen B 529 » ;

39° de betrekkelijke waarde « B 1410 » van de verstrekking nr. 6972 — 584916 — 584920 wordt gewijzigd in « B 1509 » ;

40° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6955 — 584931 — 584942 worden als volgt gewijzigd :

« 584931 — 584942

Wegens een ademhalingsyndroom per test (er mogen maximum zes tests worden aangerekend) B 288 » ;

41° de betrekkelijke waarde « B 269 » van de verstrekkingen nr. 6956 — 584953 — 584964 wordt gewijzigd in « B 288 » ;

42° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 584975 — 584986 worden als volgt gewijzigd :

« 584975 — 584986

Wegens een eruptie en/of adenopathie, per test (er mogen maximum zes tests worden aangerekend) met uitsluiting van het opzoeken van de HIV-antilichamen . B 288 » ;

43° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6958 — 584990 — 585001 worden als volgt gewijzigd :

« 584990 — 585001

Wegens een pleuropéricardiaal en/of myocardiaal syndroom, per test (er mogen maximum acht tests worden aangerekend) B 288 » ;

44° de toepassingsregel van de verstrekking nr. 6958 — 584990 — 585001 wordt vervangen door :

« De verstrekkingen nrs. 584931 — 584942, 584953 — 584964, 584975 — 584986 en 584990 — 585001 mogen onderling niet worden gecumuleerd en mogen niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 584511 — 584522, 584533 — 584544, 584555 — 584566, 584570 — 584581, 584592 — 584603, 584614 — 584625, 584651 — 584662, 584673 — 584684, 584695 — 584706, 584710 — 584721, 584754 — 584765, 584776 — 584780, 584791 — 584802, 584872 — 584883, 584894 — 584905, 584916 — 584920, 446014 — 446025, 446036 — 446040, 446051 — 446062, 446073 — 446084, 446095 — 446106 en 446110 — 446121 » ;

45° de betrekkelijke waarde « B 141 » van de verstrekking nr. 6973 — 585012 — 585023 wordt gewijzigd in « B 151 » ;

46° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 585034 — 585045 worden als volgt gewijzigd :

« 585034 — 585045

Opzoeken van de H.I.V.-antilichamen B 288 » ;

29° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6971 — 584695 — 584706 sont modifiés comme suit :

« 584695 — 584706

Sérodiagnostic d'une infection par le virus de l'herpès Zoster, quel que soit le nombre de tests B 288 » ;

30° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6945 — 584710 — 584721 sont modifiés comme suit :

« 584710 — 584721

Test sérologique de diagnostic de la mononucleose, quel que soit le nombre de tests B 154 » ;

31° la prestation n° 6946 — 584732 — 584743 est supprimée ;

32° la valeur relative « B 314 » de la prestation n° 6947 — 584754 — 584765 est modifiée en « B 336 » ;

33° la valeur relative « B 565 » de la prestation n° 6948 — 584776 — 584780 est modifiée en « B 605 » ;

34° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6949 — 584791 — 584802 sont modifiés comme suit :

« 584791 — 584802

Sérodiagnostic d'une infection par le virus des oreillons, quel que soit le nombre de tests, avec un minimum de deux B 529 » ;

35° la prestation n° 6950 — 584813 — 584824 est supprimée ;

36° les prestations n° 6951 — 584835 — 584846 et 6952 — 584850 — 584861 sont supprimées ;

37° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6953 — 584872 — 584883 sont modifiés comme suit :

« 584872 — 584883

Contrôle d'immunité contre la rubéole chez la femme enceinte B 241 » ;

38° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6954 — 584894 — 584905 sont modifiés comme suit :

« 584894 — 584905

Sérodiagnostic d'une infection récente par le virus de la rubéole par titrage comparatif des anticorps IgG d'un sérum précoce et d'un sérum tardif et/ou par la mise en évidence des anticorps IgM B 529 » ;

39° la valeur relative « B 1410 » de la prestation n° 6972 — 584916 — 584920 est modifiée en « B 1509 » ;

40° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6955 — 584931 — 584942 sont modifiés comme suit :

« 584931 — 584942

Pour un syndrome respiratoire, par test (maximum six tests peuvent être portés en compte) B 288 » ;

41° la valeur relative « B 269 » de la prestation n° 6956 — 584953 — 584964 est modifiée en « B 288 » ;

42° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 584975 — 584986 sont modifiés comme suit :

« 584975 — 584986

Pour une éruption et/ou adénopathie, par test (maximum six tests peuvent être portés en compte) à l'exclusion de la recherche des anticorps HIV B 288 » ;

43° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6958 — 584990 — 585001 sont modifiés comme suit :

« 584990 — 585001

Pour un syndrome pleuropéricardique et/ou myocardique, par test (maximum huit tests peuvent être portés en compte) B 288 » ;

44° la règle d'application suivant la prestation n° 6958 — 584990 — 585001 est remplacée par :

« Les prestations n° 584931 — 584942, 584953 — 584964, 584975 — 584986 et 584990 — 585001 ne sont pas cumulables entre elles et ne peuvent pas être cumulées avec les prestations n° 584511 — 584522, 584533 — 584544, 584555 — 584566, 584570 — 584581, 584592 — 584603, 584614 — 584625, 584651 — 584662, 584673 — 584684, 584695 — 584706, 584710 — 584721, 584754 — 584765, 584776 — 584780, 584791 — 584802, 584872 — 584883, 584894 — 584905, 584916 — 584920, 446014 — 446025, 446036 — 446040, 446051 — 446062, 446073 — 446084, 446095 — 446106 et 446110 — 446121 » ;

45° la valeur relative « B 141 » de la prestation n° 6973 — 585012 — 585023 est modifiée en « B 151 » ;

46° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 585034 — 585045 sont modifiés comme suit :

« 585034 — 585045

Recherche des anticorps H.I.V. B 288 » ;

47° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6959 — 585115 — 585126 worden als volgt gewijzigd :

« 585115 — 585126

Serodiagnose van oude infectie door titreren van de IgG-antilichamen B 288 »;

48° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6960 — 585130 — 585141 worden als volgt gewijzigd :

« 585130 — 585141

Serodiagnose van recente infectie door vergelijkend titreren van de IgG-antilichamen van een vroegtijdig serum en van een laatijdig serum en/of door opsporen van de IgM-antilichamen B 431 »;

49° de verstrekkingen nrs. 6961 — 585152 — 585163, 6962 — 585174 — 585185 en 6963 — 585196 — 585200 alsook de toepassingsregel die er op volgt worden geschrapt;

50° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6964 — 585211 — 585222 worden als volgt gewijzigd :

« 585211 — 585222

Serodiagnose van de andere parasitosen dan toxoplasmosse, per test (er mogen maximum drie tests worden aangerekend) B 288 »;

51° de verstrekking nr. 6967 — 585233 — 585244 wordt geschrapt;

52° de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6965 — 585314 — 585325 worden als volgt gewijzigd :

« 585314 — 585325

Serodiagnose van diepliggende mycosen, per test (er mogen maximum drie tests worden aangerekend) B 288 ».

§ 6. In § 1, 6° :

1° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6365 — 585513 — 585524 als volgt gewijzigd :

« 585513 — 585524

Microscopisch onderzoek met rechstreeks opzoeken van infectieuze agentia met een immunologische techniek (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 585535 — 585546 en 585572 — 585583) B 288 »;

2° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6368 — 585535 — 585546 als volgt gewijzigd :

« 585535 — 585546

Opzoeken van rotavirus en/of adenovirus in de faeces bij een kind, jonger dan twee jaar (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 585513 — 585524 en 585572 — 585583) B 288 »;

3° wordt de verstrekking nr. 6334 — 585550 — 585561 geschrapt;

4° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6335 — 585572 — 585583 als volgt gewijzigd :

« 585572 — 585583

Rechtstreeks immunologisch identificeren van antigenen van agentia van infectieziekten, per test, maximum drie tests ongeacht het aantal afnamen (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen nrs. 585513 — 585524, 585535 — 585546 en 586235 — 586246) B 288 »;

5° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6336 — 585594 — 585605 als volgt gewijzigd :

« 585594 — 585605

Rechtstreeks immunologisch identificeren van antigenen van infectieuze agentia in de urine, het bloed of het cerebrospinaal vocht in geval van meningitis, per test, maximum vier tests B 241 »;

6° worden de verstrekkingen nrs. 6337 — 585616 — 585620 en 6338 — 585631 — 585642 geschrapt;

7° wordt de betrekkelijke waarde « B 225 » van de verstrekking nr. 6339 — 585653 — 585664 gewijzigd in « B 241 »;

8° wordt na de verstrekking 6339 — 585653 — 585664 de volgende verstrekking ingelast :

« 585675 — 585686

Opzoeken van parasieten na concentratie inclusief opzoeken van cryptosporidium na kleuring (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 134116 — 134120) B 400 »;

9° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6386 — 585852 — 585863 als volgt gewijzigd :

« 585852 — 585863

Coprokweek die ten minste het opzoeken van Salmonella, Shigella, Yersinia en Campylobacter omvat, met identificeren van de kiemen, inclusief de agglutinaties door de serums B 912 »;

47° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6959 — 585115 — 585126 sont modifiés comme suit :

« 585115 — 585126

Sérodiagnostic d'une infection ancienne par titrage des anticorps IgG B 288 »;

48° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6960 — 585130 — 585141 sont modifiés comme suit :

« 585130 — 585141

Sérodiagnostic d'une infection récente par titrage comparatif des anticorps IgG d'un sérum précoce et d'un sérum tardif et/ou par détection des anticorps IgM B 431 »;

49° les prestations nos 6961 — 585152 — 585163, 6962 — 585174 — 585185 et 6963 — 585196 — 585200 ainsi que la règle d'application qui les suit sont supprimées;

50° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6964 — 585211 — 585222 sont modifiés comme suit :

« 585211 — 585222

Sérodiagnostic des autres parasitoses que la toxoplasmosse, par test (maximum trois tests peuvent être portés en compte) B 288 »;

51° la prestation n° 6967 — 585233 — 585244 est supprimée;

52° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6965 — 585314 — 585325 sont modifiés comme suit :

« 585314 — 585325

Sérodiagnostic des mycoses profondes, par test (maximum trois tests peuvent être portés en compte) .. B 288 ».

§ 6. Au § 1er, 6° :

1° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6365 — 585513 — 585524 sont modifiés comme suit :

« 585513 — 585524

Examen microscopique avec recherche directe d'agents infectieux par une technique immunologique (non cumulable avec les prestations nos 585535 — 585546 et 585572 — 585583) B 288 »;

2° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6368 — 585535 — 585546 sont modifiés comme suit :

« 585535 — 585546

Recherche des rotavirus et/ou d'adénovirus dans les matières fécales, chez l'enfant de moins de deux ans (non cumulable avec les prestations nos 585513 — 585524 et 585572 — 585583) B 288 »;

3° la prestation n° 6334 — 585550 — 585561 est supprimée;

4° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6335 — 585572 — 585583 sont modifiés comme suit :

« 585572 — 585583

Identification immunologique directe d'antigènes d'agents de maladies infectieuses, par test, maximum trois tests quel que soit le nombre de prélèvements (non cumulable avec les prestations nos 585513 — 585524, 585535 — 585546 et 586235 — 586246) B 288 »;

5° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6336 — 585594 — 585605 sont modifiés comme suit :

« 585594 — 585605

Identification immunologique directe d'antigènes d'agents infectieux dans l'urine, le sang ou le liquide céphalorachidien, en cas de méningite, par test, maximum quatre tests B 241 »;

6° les prestations nos 6337 — 585616 — 585620 et 6338 — 585631 — 585642 sont supprimées;

7° la valeur relative « B 225 » de la prestation n° 6339 — 585653 — 585664 est modifiée en « B 241 »;

8° la prestation suivante est insérée après la prestation n° 6339 — 585653 — 585664 :

« 585675 — 585686

Recherche de parasites après concentration y compris la recherche de cryptosporidium après coloration (non cumulable avec la prestation n° 134116 — 134120) B 400 »;

9° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6386 — 585852 — 585863 sont modifiés comme suit :

« 585852 — 585863

Coproculture, comportant au moins la recherche de Salmonella, Shigella, Yersinia et Campylobacter, avec identification des germes, en ce compris les agglutinations par les sérums B 912 »;

10° worden de omschrijving en de betrekkelijke waarde van de verstrekking nr. 6387 — 585874 — 585885 als volgt gewijzigd :

« 585874 — 585885

Coprokweek voor opzoeken en identificeren van clostridium difficile B 225 »;

11° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 6388 — 585896 — 585900 als volgt gewijzigd :

« 585896 — 585900

Opzoeken van de toxine van Clostridium difficile (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 585874 — 585885) B 359 »;

12° wordt de volgende verstrekking ingelast vóór de verstrekking nr. 6392 — 586110 — 586121 :

« 586191 — 586202

Kweek en identificeren van gisten B 102 »;

13° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 6392 — 586110 — 586121 als volgt gewijzigd :

« 586110 — 586121

Kweek van schimmels, met uitsluiting van gisten B 102 »;

14° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 6393 — 586132 — 586143 als volgt gewijzigd :

« 586132 — 586143

Identificeren van schimmels, met uitsluiting van gisten, met biochemische en/of serologische methoden B 327 »;

15° wordt de betrekkelijke waarde « B 1410 » van de verstrekking 6394 — 586213 — 586224 gewijzigd in « B 1509 »;

16° wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 6378 — 586235 — 586246 als volgt gewijzigd :

« 586235 — 586246

Kweek van chlamydiae, mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 585572 — 585583 B 768 »;

§ 7. In § 1, 7° :

1° worden de verstrekkingen nrs. 6495 — 587672 — 587683 en 6496 — 587694 — 587705 geschrapt;

2° wordt de toepassingsregel na de verstrekking nr. 6497 — 587716 — 587720 vervangen door :

« De verstrekkingen nrs. 587716 — 587720, 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383 en 448394 — 448405 mogen onderling niet worden gecumuleerd ».

§ 8. De §§ 2 tot en met 13 worden geschrapt en vervangen door :

« § 2. Aanvullend honorarium dat geldt voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn opgenomen in artikel 3, § 1, 18, § 2, B, e, en 24, § 1, en die worden verricht voor niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten.

591010 —

Aanvullend honorarium bij de analyses inzake klinische biologie en/of nucleaire geneeskunde in vitro indien de betrekkelijke waarde van al die analyses samen lager ligt dan B 1435 B 194

591032 —

Aanvullend honorarium bij de analyses inzake klinische biologie en/of nucleaire geneeskunde in vitro indien de betrekkelijke waarde van al die analyses samen gelijk is aan of hoger ligt dan B 1435 B 387

De verstrekkingen 591010 en 591032 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

Die verstrekkingen zijn voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Het geheel van de analyses dat wordt bedoeld in de omschrijving van de verstrekkingen, heeft betrekking op alle analyses die op eenzelfde dag voor eenzelfde patiënt worden voorgeschreven, ongeacht het aantal voorschriften en voorschrijvers.

Als een gedeelte van de analyses voor uitvoering naar een ander laboratorium wordt gestuurd, mogen de verstrekkingen nrs. 591010 en 591032 niet worden geattesteerd door dat laboratorium. Het eerste laboratorium moet evenwel rekening houden met die doorgestuurde analyses om vast te stellen of de waarde B 1435 wordt bereikt of overschreden.

10° le libellé et la valeur relative de la prestation n° 6387 — 585874 — 585885 sont modifiés comme suit :

« 585874 — 585885

Coproculture pour recherche et identification de Clostridium difficile B 225 »;

11° le libellé de la prestation n° 6388 — 585896 — 585900 est modifié comme suit :

« 585896 — 585900

Recherche de la toxine du Clostridium difficile (non cumulable avec la prestation n° 585874 — 585885) B 359 »;

12° la prestation suivante est insérée avant la prestation n° 6392 — 586110 — 586121 :

« 586191 — 586202

Mise en culture et identification des levures B 102 »;

13° le libellé de la prestation n° 6392 — 586110 — 586121 est modifié comme suit :

« 586110 — 586121

Mise en culture des champignons, à l'exclusion des levures B 102 »;

14° le libellé de la prestation n° 6393 — 586132 — 586143 est modifié comme suit :

« 586132 — 586143

Identification de champignons, à l'exclusion des levures, par méthodes biochimiques et/ou sérologiques B 327 »;

15° la valeur relative « B 1410 » de la prestation n° 6394 — 586213 — 586224 est modifiée en « B 1509 »;

16° le libellé de la prestation n° 6378 — 586235 — 586246 est modifié comme suit :

« 586235 — 586246

Culture de chlamydiae, non cumulable avec la prestation n° 585572 — 585583 B 768 »;

§ 7. Au § 1er, 7° :

1° les prestations n°s 6495 — 587672 — 587683 et 6496 — 587694 — 587705 sont supprimées;

2° la règle d'application après la prestation n° 6497 — 587716 — 587720 est remplacée par :

« Les prestations n°s 587716 — 587720, 448291 — 448302, 448313 — 448324, 448335 — 448346, 448350 — 448361, 448372 — 448383 et 448394 — 448405 ne sont pas cumulables entre elles ».

§ 8. Les §§ 2 à 13 sont supprimés et remplacés par :

« § 2. Complément d'honoraires applicable aux prestations de biologie clinique reprises à l'article 3, § 1er, 18, § 2, B, e), et 24, § 1er, effectuées pour des patients non hospitalisés.

591010 —

Complément d'honoraires aux analyses de biologie clinique et/ou de médecine nucléaire in vitro, si la valeur relative pour l'ensemble de ces analyses est inférieure à B 1435 B 194

591032 —

Complément d'honoraires aux analyses de biologie clinique et/ou de médecine nucléaire in vitro, si la valeur relative pour l'ensemble de ces analyses est égale ou supérieure à B 1435 B 387

Les prestations n°s 591010 et 591032 ne sont pas cumulables entre elles.

Ces prestations sont réservées aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agréés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

L'ensemble des analyses, visé dans l'intitulé des prestations, concerne toutes les analyses prescrites un même jour pour un même patient, quel que soit le nombre de prescriptions et de prescripteurs.

Lorsqu'une partie des analyses est envoyée pour exécution à un autre laboratoire, les prestations n°s 591010 et 591032, ne peuvent être attestées par cet autre laboratoire. Le premier laboratoire doit cependant tenir compte de ces analyses transmises pour déterminer si la valeur B 1435 est atteinte ou dépassée.

§ 3. Forfaitaire honoraria die gelden voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn opgenomen in de artikelen 3, § 1, 18, § 2, B, e) en 24, § 1, en die worden verricht voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten.

591091 — 591102

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opneming een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of superforfait F 10

591113 — 591124

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of superforfait, voor zover het laboratorium :

als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen die een dienst C en een dienst D met ten minste 50 bedden elk of een dienst H met ten minste 100 bedden omvat;

erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie;

24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis;

in zijn personeelsformatie ten minste 3 voltijdse biologen heeft, van wie ten minste 1 geneesheer-specialist, of een apotheker, of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het koninklijk besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren F 10

591135 — 591146

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of superforfait, voor zover het laboratorium :

als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen die een dienst C en een dienst D met ten minste 50 bedden elk of een dienst H met ten minste 100 bedden omvat;

erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie;

24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis;

waarvan de basispersoneelsformatie uit niet meer dan 2 equivalent voltijdse biologen bestaat F 5

De verstrekkingen 591113 — 591124 en 591135 — 591146 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

Die verstrekkingen zijn voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Forfaitair honorarium voor dringende verstrekkingen voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten

— 591161

Forfaitair honorarium, gekoppeld aan de continuïteit van de verzorging per opneming in een algemeen ziekenhuis in een of meer van de acute diensten : A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S, voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Voor het eerste jaar wordt dat forfait als volgt berekend :

(1) De in aanmerking genomen honorariummassa stemt overeen met 2,25 keer de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen inzake klinische biologie die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen die 's nachts, op zondagen en op feestdagen zijn verricht tussen 1 januari en 31 december van het voorgaande jaar.

Als het laboratorium of de inrichting de uitsplitsing van de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen in nachten, zaterdagdagen, zondagen en feestdagen niet kan geven zal de massa worden vastgesteld door 40 % van het totaal van de in het voorgaande jaar

§ 3. Honoraires forfaitaires applicables aux prestations de biologie clinique reprises aux articles 3, § 1er, 18, § 2, B, e), et 24, § 1er, effectuées pour des patients hospitalisés.

591091 — 591102

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière, dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou superforfait F 10

591113 — 591124

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou super forfait, pour autant que le laboratoire :

soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux comportant un service C et un service D d'au moins 50 lits chacun, ou un service H d'au moins 100 lits;

soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique;

assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital;

soit encadré par au moins 3 biologistes plein-temps dont au moins 1 médecin spécialiste, ou un pharmacien, ou un licencié en sciences, ces deux derniers devant avoir reçu une formation de cinq ans au moins, conformément aux dispositions de l'annexe jointe à l'arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrégation des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique F 10

591135 — 591146

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou superforfait, pour autant que le laboratoire :

soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux comportant un service C et un service D d'au moins 50 lits chacun, ou d'un service H d'au moins 100 lits;

soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique;

assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital;

dont l'encadrement de base ne dépasse pas 2 biologistes équivalents plein-temps F 5

Les prestations nos 591113 — 591124 et 591135 — 591146 ne sont pas cumulables entre elles.

Ces prestations sont réservées aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrégés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

Honoraires forfaitaires pour prestations d'urgence en faveur de patients hospitalisés

— 591161

Honoraires forfaitaires liés à la continuité des soins par admission dans un hôpital général au sein de l'un ou de plusieurs des services aigus suivants : A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S, réservés aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrégés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

Pour la première année, ce forfait est calculé de la manière suivante :

(1) La masse des honoraires prise en considération correspond à 2,25 fois les suppléments d'urgence en biologie clinique dus pour les prestations effectuées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année précédente durant les nuits ainsi que les dimanches et jours fériés.

Si le laboratoire ou l'institution ne peut fournir la ventilation des suppléments d'urgence entre nuits, samedis, dimanches et jours fériés, la masse sera établie en multipliant, par le coefficient 2,25, 40 % du total des suppléments N-WE facturés à l'I.N.A.M.I. au cours

door dat laboratorium of die inrichting aan het R.I.Z.I.V. gefactureerde bijkomende honoraria N-WE te vermenigvuldigen met de coëfficiënt 2,25.

(2) Het honorarium per opneming zal worden vastgesteld door die massa te delen door het aantal opnemingen in een ziekenhuis in vorengenoemde diensten dat in het voorgaande jaar is opgetekend.

Voor de latere jaren zal het forfait als volgt worden aangepast :

(1) Het totaal bedrag van de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen 's nachts, op zondagen en op feestdagen die zijn gefactureerd voor de patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen tussen 1 januari en 31 december van het voorgaande dienstjaar, uitgedrukt in aantal K, zal worden vergeleken met hetzelfde bedrag van het referentiejaar.

De honorariummassa zal worden aangepast aan de stijging of aan de daling, rekening houdende met de verhouding van die 2 aantallen K.

(2) Het honorarium per opneming zal worden berekend door dat aangepast bedrag te delen door het aantal opnemingen in een ziekenhuis van het voorgaande jaar.

De invoering van dat honorarium heeft tot gevolg dat de betaling per handeling van de verstrekkingen nrs. 599826, 599841, 599863, 599885, 599900, 599922, 599944 en 599966 wordt afgeschaft. Voor 's nachts, zondagen en feestdagen moeten ze blijven voorkomen op de verpleegnota's maar met waarde nul.

§ 4. De geneesheren die als specialist zijn erkend voor een ander specialisme dan klinische biologie, mogen, voor de ziekten die zij in het raam van hun specialisme verzorgen, de met dat specialisme verwante verstrekkingen aanrekenen.

De verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn opgenomen in artikel 3, § 1, mogen worden aangerekend door ieder geneesheer, maar alleen voor de zieken die hij in het raam van zijn bekwaamheid verzorgt.

§ 5. De apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten, mogen die van de in artikel 24, § 1, bedoelde verstrekkingen verrichten waarvoor zij zijn erkend.

De erkenning vermeldt de verstrekkingen waarvoor zij de bekwaamheid hebben.

De bepalingen betreffende de geneeskundige verstrekkingen gelden eveneens voor de verstrekkingen die door de hiervoren vermelde apothekers of licentiaten in de wetenschappen worden verricht.

§ 6. De verstrekkingen inzake klinische biologie die met de hulp van medewerkers met bekwaamheid worden verricht mogen door de geneesheer worden aangerekend voor zover hij in het laboratorium fysiek aanwezig is op het ogenblik dat de verstrekkingen worden uitgevoerd. De aanwezigheid impliceert een reële en daadwerkelijke rechtstreekse controle op de verstrekkingen.

Wanneer één enkele specialist voor klinische biologie in een laboratorium is erkend, mag hij de verstrekkingen van een ander laboratorium slechts aanrekenen gedurende de tijdvakken waarin het eerste laboratorium geen enkele verstrekking uitvoert.

De geneesheren die niet de bekwaamheid van specialist voor klinische biologie hebben, moeten niet elke fase van de verstrekkingen bijwonen, maar moeten in het laboratorium aanwezig zijn terwijl de essentiële fasen van die verstrekkingen plaatshebben zodat zij daarop een rechtstreekse en daadwerkelijke controle uitoefenen. Zij moeten in de inrichting waar het laboratorium werkt, aanwezig zijn tijdens de ganse duur van de uitvoering van de verstrekkingen.

§ 7. De honoraria voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die worden verricht door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid is erkend als specialist voor klinische biologie, mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer of voor bezoek bij de zieke thuis.

§ 8. De speciale afnamen die nodig zijn voor de verstrekkingen inzake klinische biologie worden bijgehonoreerd overeenkomstig de desbetreffende bepalingen van de nomenclatuur.

§ 9. Elke verstrekking inzake klinische biologie omvat het geheel van de manipulaties waarmee de analyse kan worden verricht en de waarde van het resultaat ervan kan worden gegarandeerd.

Wanneer onderzoeken worden verricht op twee of meer monsters van een zelfde afname of wanneer verscheidene doseringen van een zelfde stof worden uitgevoerd volgens verschillende methoden, mag de verstrekking maar een keer worden aangerekend.

§ 10. De kwalitatieve en semi-kwantitatieve analyses met strookjes, comprimés, tabletten of andere vergelijkbare middelen worden niet als doseringen aangezien.

de l'année précédente par ledit laboratoire ou institution.

(2) Les honoraires par admission seront établis en divisant cette masse par le nombre d'admissions hospitalières dans les services précités enregistré au cours de l'année précédente.

Pour les années ultérieures, le forfait sera adapté de la manière suivante :

(1) Le montant total des suppléments d'urgence des nuits, des dimanches et jours fériés facturés pour les patients hospitalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice précédent, exprimé en nombre de K, sera comparé au même montant de l'année de référence.

La masse d'honoraires sera adaptée à la hausse ou à la baisse en tenant compte du rapport de ces 2 nombres de K.

(2) Les honoraires par admission seront calculés en divisant ce montant adapté par le nombre d'admissions hospitalières de l'année précédente.

La création de ces honoraires entraîne la suppression du paiement à l'acte des prestations nos 599826, 599841, 599863, 599885, 599900, 599922, 599944 et 599966. Pour les nuits, dimanches et jours fériés, elles doivent continuer à figurer sur les factures d'hospitalisation mais avec valorisation à zéro.

§ 4. Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que la biologie clinique sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte les prestations connexes à cette spécialité.

Les prestations de biologie clinique reprises à l'article 3, § 1^{er}, peuvent être portées en compte par tout médecin, mais uniquement pour les malades qu'il soigne dans le cadre de sa qualification.

§ 5. Les pharmaciens et les licenciés en sciences agréés par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique peuvent pratiquer celles des prestations visées à l'article 24, § 1^{er}, pour lesquelles ils sont agréés.

L'agrément mentionne les prestations pour lesquelles ils sont qualifiés.

Les dispositions relatives aux prestations médicales s'appliquent également aux prestations effectuées par les pharmaciens ou les licenciés en sciences susvisés.

§ 6. Les prestations de biologie clinique pratiquées à l'aide d'auxiliaires qualifiés peuvent être portées en compte par le médecin pour autant qu'il soit physiquement présent dans le laboratoire au moment où les prestations sont effectuées. Cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

Lorsqu'un seul spécialiste en biologie clinique est agréé dans un laboratoire, il ne peut porter en compte les prestations d'un autre laboratoire que pendant les périodes où le premier laboratoire n'effectue aucune prestation.

Les médecins n'ayant pas la qualification de spécialiste en biologie clinique ne doivent pas assister à chacune des phases que comportent les prestations, mais doivent être présents dans le laboratoire pendant que se déroulent les phases essentielles de celles-ci de façon à en assurer un contrôle direct et effectif. Ils doivent être présents dans l'établissement où fonctionne le laboratoire pendant toute la durée d'exécution des prestations.

§ 7. Les honoraires pour les prestations de biologie clinique effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en biologie clinique ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

§ 8. Les prélèvements spéciaux nécessaires aux prestations de biologie clinique sont honorés en supplément, conformément aux dispositions de la nomenclature qui les concernent.

§ 9. Chaque prestation de biologie clinique comporte l'ensemble des manipulations permettant de réaliser une analyse et de garantir la valeur de son résultat.

Lorsque des examens sont effectués sur deux ou plusieurs échantillons d'un même prélèvement ou lorsque plusieurs dosages d'une même substance sont exécutés selon des méthodes différentes, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

§ 10. Les analyses qualitatives et semi-quantitatives faites à l'aide de tigelles, comprimés, tablettes ou autres moyens comparables ne sont pas considérées comme des dosages.

§ 11. Elke verstrekking inzake klinische biologie moet een protocol omvatten, met vermelding van het resultaat en de elementen die nodig zijn voor de interpretatie ervan.

§ 12. Om te mogen worden aangerekend, moeten de verstrekkingen inzake klinische biologie die worden verricht door een geneesheer, specialist voor klinische biologie, of door iemand die is erkend om ze uit te voeren, aan de volgende voorwaarden voldoen :

1. Voor de patiënt zijn voorgeschreven door een geneesheer die deze patiënt in behandeling heeft, hetzij in het raam van de algemene geneeskunde, hetzij in het raam van een geneeskundig specialisme, met uitsluiting van de klinische biologie.

In afwijking van die algemene regel mag de geneesheer-bioloog wijzigingen aanrekenen die zijn aangebracht aan het oorspronkelijk voorschrift van de behandelend geneesheer, voor zover :

— de geneeskundige verantwoording van die wijziging voor elk geval is opgeemaakt op grond van objectieve en individuele feiten;

— die geneeskundige verantwoording is opgegeven in de analyse-aanvraag en in het antwoord wordt vermeld;

— op het getuigschrift voor verstrekte hulp, bij de bijkomende analyses die overeenstemmen met die wijziging aan het voorschrift, is vermeld : « door de geneesheer-bioloog aangevraagde verstrekking ».

2. Het voorschrift voor analyses inzake klinische biologie of de aanvraag om periodieke herhaling ervan mag alleen maar na onderzoek van de patiënt worden opgemaakt.

Overeenkomstig de code van de geneeskundige plichtenleer mag de geneesheer geen analyses voorschrijven over het medisch belang waarvan hij geen voldoende kennis zou bezitten of die hij niet correct zou kunnen interpreteren in de klinische context van zijn patiënt.

3. Op het voorschrift voor analyses inzake klinische biologie moeten de volgende inlichtingen voorkomen :

— naam, voornaam, adres, geboortedatum en kunnen van de patiënt;

— naam, voornaam, adres en identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer;

— datum van het voorschrift en handtekening van de voorschrijvende geneesheer.

4. De analyses moeten afzonderlijk worden voorgeschreven, aangezien één enkele omschrijving niet verscheidene verstrekkingen mag dekken die in de nomenclatuur voorkomen onder verschillende codenummers.

Wanneer de analyseaanvragen uit vooraf gedrukte lijsten bestaan of worden aangebracht met een stempel, moeten ze vakjes bevatten zodat de voorschrijvende geneesheer elke gevraagde analyse positief en afzonderlijk kan aanduiden door afvinken, onderstrepen of ponsen.

Het gebruik van de omschrijvingen die talrijke verstrekkingen omvatten of van een hoofdvak waarmee verscheidene analyses ineens kunnen worden gevraagd, is niet toegestaan, zelfs indien het aanvraagformulier het voorts mogelijk maakt de analyses individueel aan te vragen.

Geen enkele analyse kan als ceugdelijk aangevraagd worden beschouwd als, op vooraf opgemaakte lijsten, de andere, niet gewenste analyses zijn geschrapt.

Op de voorschriften moeten de geneeskundige aanwijzingen voorkomen die de bioloog nodig heeft om zijn onderzoeken te kunnen oriënteren en vakkundig uit te voeren. Die gegevens mogen met name nooit ontbreken bij aanvragen in het raam van de therapeutische monitoring, de toxicologie, de virologie, de parasitologie en de mycologie.

5. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp moeten de naam, de voornaam en het identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer, alsmede de datum van ontvangst van de aanvraag in het laboratorium voorkomen. De analyses die tot een zelfde voorschrift behoren, moeten duidelijk zijn gegroepeerd op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

6. De voorschriften voor analyses inzake klinische biologie moeten door de bioloog gedurende drie jaar worden bewaard. Ze moeten chronologisch worden gerangschikt volgens de ontvangstdatum van de aanvragen. Ze mogen voor verificatie worden opgevraagd, zelfs buiten iedere enquête door de Orden, de Dienst voor geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V., de gerechtelijke organen.

7. Dezelfde bepalingen zijn van toepassing op de geneesheren, de apothekers en de licentiaten in de wetenschappen die in artikel 18, § 2, B, e, vermelde verstrekkingen verrichten.

§ 13. De tests voor het opsporen van aangeboren aandoeningen bij pasgeborenen, die zijn opgenomen in de programma's voor neonatale screening, georganiseerd door een wetgeving van Volksgezondheid, mogen noch worden voorgeschreven, noch worden aangerekend in het raam van de ziekte- en invaliditeitsverzekering. »

§ 11. Chaque prestation de biologie clinique doit comporter un protocole mentionnant le résultat et les éléments nécessaires à son interprétation.

§ 12. Pour pouvoir être portées en compte, les prestations de biologie clinique effectuées par un médecin spécialiste en biologie clinique ou par toute personne agréée pour les exécuter, doivent répondre aux conditions suivantes :

1. Avoir été prescrites au patient par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale soit dans le cadre d'une spécialité médicale, à l'exclusion de la biologie clinique.

En dérogation à cette règle générale, le médecin biologiste peut porter en compte des modifications apportées à la prescription originale du médecin traitant pour autant :

— que la justification médicale de cette modification soit établie sur des bases objectives et individuelles dans chaque cas;

— que cette justification médicale soit inscrite sur la demande d'analyse et figure sur la réponse;

— que les analyses supplémentaires correspondant à cette modification de prescription soient accompagnées sur l'attestation de soins de la mention : « prestation demandée par le médecin biologiste ».

2. La prescription d'analyses de biologie clinique ou la demande de leur répétition périodique ne peut être rédigée qu'après examen du patient.

Conformément au code de déontologie médicale, le médecin ne peut prescrire d'analyses sur l'intérêt médical desquelles il n'aurait pas de connaissances suffisantes ou qu'il ne serait pas capable d'interpréter correctement dans le contexte clinique présenté par son patient.

3. La prescription d'analyses de biologie clinique doit comporter les indications suivantes :

— nom, prénom, adresse, date de naissance et sexe du patient;

— nom, prénom, adresse, numéro d'identification du médecin prescripteur;

— date de la prescription et signature du médecin prescripteur.

4. Les analyses doivent être prescrites séparément, une seul appellation ne pouvant couvrir plusieurs prestations figurant à la nomenclature sous des numéros de code différents.

Lorsque les demandes d'analyses sont constituées par des listes préimprimées ou apposées à l'aide de cachets, elles doivent comporter des cases permettant au médecin prescripteur d'indiquer positivement et séparément chaque analyse demandée par cochage, soulignement ou perforation.

L'usage des libellés à prestations multiples ou de case de tête permettant de demander en une fois plusieurs analyses n'est pas autorisé, même si le formulaire de demande permet par ailleurs la réquisition individuelle des analyses.

Aucune analyse ne peut être considérée comme ayant été valablement demandée par suppression sur des listes préétablies des autres analyses non désirées.

Les prescriptions comporteront des indications médicales nécessaires au biologiste pour pouvoir orienter ses examens et les effectuer selon les règles de l'art. Ces données ne feront notamment jamais défaut lors de demandes dans le cadre du monitoring thérapeutique, de la toxicologie, de la virologie, de la parasitologie et de la mycologie.

5. L'attestation de soins soit porter les nom, prénom et numéro d'identification du médecin prescripteur, ainsi que la date de réception de la demande au laboratoire. Les analyses appartenant à une même prescription doivent être groupées clairement sur l'attestation de soins.

6. Les prescriptions d'analyses de biologie clinique doivent être gardées pendant trois ans par le biologiste. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date de réception des demandes. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête par les Ordres, le Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I., les instances judiciaires.

7. Les mêmes dispositions sont applicables aux médecins, pharmaciens et licenciés en sciences effectuant les prestations reprises à l'article 18, § 2, B, e.

§ 13. Les tests de dépistage d'affections congénitales chez les nouveau-nés qui sont prévus dans les programmes de screening néonatal, organisé par une législation de la Santé publique ne peuvent pas être prescrits, ni être portés en compte dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité. »

Art. 16. In artikel 25 van hetzelfde besluit gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987 en 11 januari 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1 :

- 1° worden de volgende verstrekkingen bijgevoegd :
 - * Toezicht door een geneesheer die is erkend als specialist voor inwendige geneeskunde, op een in een dienst G opgenomen zieke :
599126 de eerste vijf dagen, C 17,5
per dag C 7
 - 599141 van de zesde tot en met de dertigste dag,
per dag C 7
 - 599163 de eenendertigste dag en volgende dagen,
per dag C 3,5 ;
- 2° wordt de omschrijving die voorafgaat aan de verstrekking nr. 0074-598706, als volgt gewijzigd :
 - * Toezicht door een geneesheer die is erkend als specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor gastro-enterologie, voor pneumologie, voor reumatologie, voor neurologie, voor neuropsychiatrie, voor psychiatrie, op een in een dienst D opgenomen zieke : ;
- 3° wordt de omschrijving die voorafgaat aan de verstrekking 598426, als volgt gewijzigd :
 - * Toezicht door een geneesheer die is erkend als specialist voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, op een in een dienst A of K opgenomen geesteszieke : ;
- 4° wordt de omschrijving die voorafgaat aan de verstrekking nr. 598522, als volgt gewijzigd :
 - * Toezicht door een geneesheer die is erkend als specialist voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, op een in een dienst T opgenomen geesteszieke : ;
- 5° wordt de omschrijving die voorafgaat aan de verstrekking nr. 598603, als volgt gewijzigd :
 - * Toezicht door een geneesheer die is erkend als specialist voor neuropsychiatrie of voor psychiatrie, op een in een dienst O of P opgenomen geesteszieke : ;

§ 2. Het derde lid van § 2, a), 1° wordt als volgt gewijzigd :

* In de diensten O, K, P, A, T, V en G mag na een onderbreking van de opnemng van niet langer dan 30 dagen het honorarium waarin is voorzien bij de aanvang van de opnemng, niet opnieuw worden aangerekend. »

§ 3. § 2, a), 2° wordt aangevuld met de volgende bepaling :

* Verloskunde nrs 424174 — 424185 en 424196 — 424200. »

§ 4. In § 2, a), wordt ten 4° vervangen door onderstaande tekst :

* 4°. De toezichtshonoraria voorzien onder nrs. 598006 tot en met 599023 en 599126 tot en met 599163 zijn onderling niet cumuleerbaar. Er mag slechts één van deze verstrekkingen per dag aangerekend worden. »

§ 5. Een als volgt gestelde § 3 wordt toegevoegd :

* § 3. Honorarium voor de medische wachtdienst in het ziekenhuis 590100

Honorarium voor de medische wachtdienst in het ziekenhuis, per opnemng in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis A 14

Forfaitair beschikbaarheidshonorarium voor de continuïteit van de verzorging in de diensten voor spoedgevallen en intensieve verzorging.

590122

Per opnemng in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis die bovenop de wettelijke wachtdienst verbonden is met een dienst 100, met intramurale wachtdienst door ten minste één geneesheer-specialist of geneesheer-stagiair met ten minste twee jaar opleiding A 14

590144

Per opnemng in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis die bovenop de wettelijke wachtdienst, verbonden is met een dienst 100, met intramurale wachtdienst door ten minsten één geneesheer-specialist of geneesheer-stagiair met ten minste twee jaar opleiding die en bijkomende wachtdienst verzekert in de dienst voor intensieve verzorging door ten minste één geneesheer-specialist of geneesheer-stagiair A 21

De verstrekkingen 590122 en 590144 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

Art. 16. A l'article 25 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 11 janvier 1988, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1er. Au § 1er :

- 1° les prestations suivantes sont ajoutées :
 - * Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne d'un malade hospitalisé dans un service G :
599126 les cinq premiers jours, C 17,5
par jour C 7
 - 599141 du sixième au trentième jour inclus,
par jour C 7
 - 599163 le trente et unième jour et les jours suivants,
par jour C 3,5 ;
- 2° le libellé précédant la prestation n° 0074-598706, est modifié comme suit :
 - * Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en gastro-entérologie, en pneumologie, en rhumatologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie d'un malade hospitalisé dans un service D : ;
- 3° le libellé précédant la prestation n° 598426, est modifié comme suit :
 - * Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un malade psychique hospitalisé dans un service A ou K : ;
- 4° le libellé précédant la prestation n° 598522, est modifié comme suit :
 - * Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un malade psychique hospitalisé dans un service T : ;
- 5° le libellé précédant la prestation n° 598603, est modifié comme suit :
 - * Surveillance par un médecin agréé comme spécialiste en neuropsychiatrie ou en psychiatrie d'un malade psychique hospitalisé dans un service O ou P : ;

§ 2. Au § 2, a), 1°, le 3ème alinéa est modifié comme suit :

* Dans les services O, K, P, A, T, V et G, une interruption d'hospitalisation ne dépassant pas 30 jours ne permet pas de porter en compte une nouvelle fois les honoraires prévus en début d'hospitalisation. »

§ 3. Le § 2, a), 2° est complété par la disposition suivante :

* Obstétrique, nrs 424174 — 424185 et 424196 — 424200. »

§ 4. Au § 2, a), le 4° est remplacé par le texte ci-après :

* 4°. Les honoraires de surveillance prévus sous les nrs 598006 à 599023 et 599126 à 599163 ne sont pas cumulables entre eux. Une seule de ces prestations peut être portée en compte par jour. »

§ 5. Un § 3 libellé comme suit est ajouté :

* § 3. Honoraires pour la permanence médicale intra-hospitalière 590100

Honoraires pour la permanence médicale intra-hospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général A 14

Honoraires forfaitaires de disponibilité pour la continuité des soins dans les services d'urgence et de soins intensifs.

590122

Par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général qui en sus de la garde légale est lié au service 100 avec permanence intra-muros par au moins un médecin spécialiste ou médecin stagiaire avec au moins deux ans de formation A 14

590144

Par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général qui en sus de la garde légale est lié au service 100 avec permanence intra-muros par au moins un médecin spécialiste ou médecin stagiaire avec au moins deux ans de formation assuré une garde supplémentaire dans le service de soins intensifs par au moins un médecin spécialiste ou médecin stagiaire A 21

Les prestations n°s 590122 et 590144 ne sont pas cumulables entre elles.

De verstrekkingen 590100, 590122 en 590144 dienen om de verschillende geneesheren te vergoeden die de dagelijkse wachtdienst verzekeren volgens de regels die eigen zijn aan ieder inrichting, onder de verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer die verantwoordelijk is voor de continuïteit van de verzorging en die de verstrekkingen attesteren.

Als de wachtdienst 100 volgens een beurtrol verdeeld is over verscheidene ziekenhuizen, moeten de honoraria *pro rata temporis* worden betaald.

Art. 17. In artikel 26 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 en 31 januari 1986, 28 november 1986 en 7 januari 1987, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° In § 2 wordt het 1ste lid als volgt gewijzigd :

« § 2. Onder nacht wordt verstaan van 21 uur tot 8 uur. Onder weekend wordt verstaan, van zaterdag 8 uur tot maandag 8 uur. De in de artikelen 3, 18 en 24 vermelde verstrekkingen inzake klinische biologie die zaterdags van 8 uur tot 21 uur worden verricht, geven geen aanleiding tot het bijkomend honorarium voor dringende verstrekkingen. »

2° In § 8 wordt :

— de tekst die de lijst van de genoemde verstrekkingen voorafgaat vervangen door :

« Onder de verstrekkingen inzake klinische biologie van artikel 3, § 1, van artikel 18, § 2, B, e, van artikel 24, van artikel 32 en artikel 33, wordt alleen een bijkomend honorarium betaald voor de hierna opgesomde verstrekkingen : »

— moet in de lijst van de nummers de verstrekkingen 585550 — 585561 en 585616 — 585620 geschrapt worden. »

Art. 18. De bijlage bij hetzelfde besluit wordt aangevuld met een als volgt gesteld hoofdstuk VII :

« Hoofdstuk VII. Pathologische anatomie en genetische onderzoeken.

Afdeling I. Pathologische anatomie.

-Art. 32, § 1. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bewaking van geneesheer, specialist voor pathologische anatomie (A) vereist is :

a) Histologische onderzoeken :

588011 — 588022

Pathologisch-anatomisch onderzoek door inclusie en coupe, ongeacht het aantal coupes en de aangewende technieken en ongeacht het aantal onderzochte organen, voor het gehele onderzoek B 1362

588033 — 588044

Peroperatoir pathologisch-anatomisch extempore onderzoek, ongeacht het aantal afnamen volgens de congelatiemethode B 1833

De honoraria voor de controleonderzoeken na paraffine-inbedding (588011 — 588022) mogen tegen 50 % van de waarde worden gecumuleerd met het honorarium voor het peroperatoir spoedonderzoek (588033 — 588044), ongeacht het aantal controleonderzoeken.

588055 — 588066

Histo-enzymologisch onderzoek op verse weefsels na incubatie, ongeacht het aantal bestudeerde enzymen (p.m. uitstrijkpreparaten van bloed, cf. hoofdstuk hematologie) B 1390

Immunohistologische onderzoeken voor het aantonen van antigenen in de weefselcoupes, na incubatie met antisera, per anatomisch orgaan, per gebruikt antiserum :

588070 — 588081

Het eerste antiserum B 1390

588092 — 588103

De volgende (maximum drie), elk B 690

588114 — 588125

Pathologisch-anatomisch onderzoek met een elektronenmicroscop, ongeacht de aangewende techniek of technieken, ongeacht het aantal afnamen B 3000

588136 — 588140

Supplement voor macroscopisch onderzoek en dissectie van operatiestukken die afkomstig zijn van heelkundige ingrepen waarvan de betreffende waarde gelijk is aan of hoger is dan K 225 of N 400 B 800

b) Cytologische onderzoeken :

588313 — 588324

Cytopathologisch onderzoek van omwikkelde cellen . B 782

Les prestations n°s 590100, 590122 et 590144 sont destinées à rémunérer les différents médecins qui, sous la responsabilité du médecin chef, responsable de la continuité des soins, assurent la garde quotidienne selon les règles propres à chaque institution et attestent les prestations.

Lorsque la garde 100 est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager *pro rata temporis*.

Art. 17. A l'article 26 du même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 30 et 31 janvier 1986, 28 novembre 1986 et 7 janvier 1987, les modifications suivantes sont apportées :

1° Au § 2 le 1er alinéa est modifié comme suit :

« § 2. La nuit s'entend de 21 heures à 8 heures. Le week-end s'entend du samedi à 8 heures au lundi à 8 heures. Néanmoins, les prestations de biologie clinique visées aux articles 3, 18 et 24 effectuées le samedi de 8 heures à 21 heures ne donnent pas lieu au supplément d'urgence. »

2° Au § 8 :

— le texte précédant la liste des prestations énumérée est remplacé par :

« Parmi les prestations de biologie clinique de l'article 3, § 1er, de l'article 18, § 2, B, e), de l'article 24, de l'article 32 et de l'article 33, seules donnent lieu à des honoraires supplémentaires les prestations énumérées ci-après : »

— il y a lieu de supprimer dans la liste les n°s de prestations 585550 — 585561 et 585616 — 585620. »

Art. 18. L'annexe au même arrêté, est complétée par un chapitre VII rédigé comme suit :

« Chapitre VII. Anato-pathologie et examens génétiques.

Section I. Anato-pathologie.

Art. 32, § 1er. Sont considérées comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste en anatomopathologie (A) :

a) Examens histologiques :

588011 — 588022

Examen anato-pathologique par inclusion et coupe, quel que soit le nombre de coupes et les techniques mises en œuvre et quel que soit le nombre d'organes examinés, pour l'ensemble de l'examen B 1362

588033 — 588044

Examen anato-pathologique extemporané peropératoire, quel que soit le nombre de prélèvements par la méthode à congélation B 1833

Les honoraires pour les examens de contrôle après enrobage à la paraffine (588011 — 588022) sont cumulables à 50 % de la valeur, avec ceux de l'examen peropératoire d'urgence (588033 — 588044), quel que soit le nombre d'examens de contrôle.

588055 — 588066

Examen histo-enzymologique sur tissus frais après incubation, quel que soit le nombre d'enzymes étudiées (p.m. frottis sanguins cf. chapitre hématologie) B 1390

Examens immuno-histologiques pour la mise en évidence d'antigènes au niveau des coupes tissulaires, après incubation avec antisérums, par organe anatomique, par antiserum utilisé :

588070 — 588081

Le premier antiserum B 1390

588092 — 588103

Les suivants (maximum trois), chacun B 690

588114 — 588125

Examen anato-pathologique au microscope électronique quelles que soient la ou les techniques utilisées, quel que soit le nombre de prélèvements B 3000

588136 — 588140

Supplément pour examen macroscopique et dissection de pièces opératoires provenant d'interventions chirurgicales dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 225 ou N 400 B 800

b) Examens cytologiques :

588313 — 588324

Examen cytopathologique de cellules enrobées B 782

588350 — 588361

Cytopathologische onderzoeken voor het opzoeken van neoplastische cellen (Papanicolaou en/of soortgelijke en/of fluorescentie) op cervicovaginale afnamen, ongeacht het aantal uitstrijkpreparaten en ongeacht het aantal verschillende cervicovaginale afnamen B 521

Die verstrekking mag niet worden gecumuleerd met de andere verstrekkingen van artikel 32.

588372 — 588383

Cytopathologisch onderzoek voor het opzoeken van neoplastische cellen (Papanicolaou en/of soortgelijke en/of fluorescentie) op andere dan cervico-vaginale afnamen, ongeacht het aantal uitstrijkpreparaten B 780

De verstrekkingen nrs. 588313 — 588324 en 588372 — 588383 mogen slechts tegen 50 % van het tweede onderzoek gecumuleerd worden.

§ 2. De verstrekkingen nrs. 580053 — 580064, 580075 — 580086, 586935 — 586946, 586950 — 586961 en 586972 — 586983 mogen eveneens worden aangerekend wanneer zij worden verricht door een geneesheer die is erkend als specialist voor pathologische anatomie.

§ 3. De geneesheren die als specialist zijn erkend voor een ander specialisme dan pathologie anatomie, mogen, voor de zieken die zij in het raam van hun specialisme verzorgen, de met dat specialisme verwante verstrekkingen aanrekenen.

§ 4. De verstrekkingen inzake pathologische anatomie die met de hulp van medewerkers met bekwaamheid worden verricht, mogen door de geneesheer worden aangerekend voor zover hij in het laboratorium fysiek aanwezig is op het ogenblik dat de verstrekkingen worden uitgevoerd. Die aanwezigheid impliceert een reële en daadwerkelijke rechtstreekse controle op de verstrekkingen.

Wanneer één enkele specialist voor pathologische anatomie in een laboratorium is erkend, mag hij de verstrekkingen van een ander laboratorium slechts aanrekenen gedurende de tijdvakken waarin het eerste laboratorium geen enkele verstrekking uitvoert.

De geneesheren die niet de bekwaamheid van specialist voor pathologische anatomie hebben moeten niet elke fase van de verstrekkingen bijwonen, maar moeten in het laboratorium aanwezig zijn terwijl de essentiële fasen van die verstrekkingen plaatshebben, zodat zij daarop een rechtstreekse en daadwerkelijke controle uitoefenen.

§ 5. De honoraria voor de verstrekkingen inzake pathologische anatomie die worden verricht door een geneesheer die door de Minister van Volksgezondheid is erkend als specialist voor pathologische anatomie, mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer of voor bezoek bij de zieke thuis.

§ 6. De speciale afnamen die nodig zijn voor de verstrekkingen, inzake pathologische anatomie, worden bijgehonoreerd overeenkomstig de desbetreffende bepalingen van de nomenclatuur.

§ 7. Elke verstrekking inzake pathologische anatomie omvat het geheel van de manipulaties waarmee een onderzoek kan worden verricht en de waarde van het resultaat ervan kan worden gegarandeerd.

Wanneer onderzoeken worden verricht op twee of meer monsters van een zelfde afname of wanneer verscheidene doseringen van een zelfde stof worden uitgevoerd volgens verschillende methodes, mag de verstrekking maar een keer worden aangerekend.

§ 8. Bij elk pathologisch-anatomisch onderzoek moet een verslag gaan.

§ 9. Om te mogen worden aangerekend moeten de verstrekkingen inzake pathologische anatomie die worden verricht door een geneesheer, specialist voor pathologische anatomie aan de volgende voorwaarden voldoen :

1. Voor de patiënt zijn voorgeschreven door een geneesheer die deze patiënt in behandeling heeft, hetzij in het raam van de algemene geneeskunde, hetzij in het raam van een geneeskundig specialisme, met uitsluiting van de klinische biologie en de anatomische pathologie.

In afwijking van die algemene regel mag de geneesheer, specialist voor pathologische anatomie wijzigingen aanrekenen die zijn aangebracht aan het oorspronkelijk voorschrift van de behandelend geneesheer, voor zover :

- de geneeskundige verantwoording van die wijziging voor elk geval is opgemaakt op grond van objectieve en individuele feiten;
- die geneeskundige verantwoording is opgegeven in de aanvraag om onderzoek en in het antwoord wordt vermeld;
- op het getuigschrift voor verstrekte hulp, bij de bijkomende onderzoeken die overeenstemmen met die wijziging aan het voorschrift, is vermeld : « verstrekking aangevraagd door de geneesheer, specialist voor pathologische anatomie. »

588350 — 588361

Examens cytopathologiques pour la recherche de cellules néoplasiques (Papanicolaou et/ou similaire et/ou fluorescence) sur des prélèvements cervicovaginaux, quel que soit le nombre de frottis et quel que soit le nombre de prélèvements cervico-vaginaux différents B 521

Cette prestation n'est pas cumulable avec les autres prestations de l'article 32.

588372 — 588383

Examen cytopathologique pour la recherche de cellules néoplasiques (Papanicolaou et/ou similaire et/ou fluorescence) sur des prélèvements autres que cervico-vaginaux, quel que soit le nombre de frottis B 780

Les prestations nos 588313 — 588324 et 588372 — 588383 ne peuvent être cumulées qu'à 50 % du deuxième examen.

§ 2. Les prestations nos 580053 — 580064, 580075 — 580086, 586935 — 586946, 586950 — 586961 et 586972 — 586983 peuvent également être portées en compte lorsqu'elles sont effectuées par un médecin agréé au titre de médecin spécialiste en anatomo-pathologie.

§ 3. Les médecins agréés au titre de spécialiste dans une discipline autre que l'anatomo-pathologie sont autorisés, pour les malades qu'ils soignent dans le cadre de leur spécialité, à porter en compte les prestations connexes à cette spécialité.

§ 4. Les prestations d'anatomo-pathologie pratiquées à l'aide d'auxiliaires qualifiés peuvent être portées en compte par le médecin pour autant qu'il soit physiquement présent dans le laboratoire au moment où les prestations sont effectuées. Cette présence implique un contrôle direct, réel et effectif des prestations.

Lorsqu'un seul spécialiste en anatomo-pathologie est agréé dans un laboratoire, il ne peut porter en compte les prestations d'un autre laboratoire que pendant les périodes où le premier laboratoire n'effectue aucune prestation.

Les médecins n'ayant pas la qualification de spécialiste en anatomo-pathologie ne doivent pas assister à chacune des phases que comportent les prestations, mais doivent être présents dans le laboratoire pendant que se déroulent les phases essentielles de celles-ci de façon à en assurer un contrôle direct et effectif.

§ 5. Les honoraires pour les prestations d'anatomo-pathologie effectuées par un médecin agréé par le Ministre de la Santé publique au titre de spécialiste en anatomo-pathologie ne peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin ou pour visite au domicile du malade.

§ 6. Les prélèvements spéciaux nécessaires aux prestations d'anatomo-pathologie sont honorés en supplément, conformément aux dispositions de la nomenclature qui les concernent.

§ 7. Chaque prestation d'anatomo pathologie comporte l'ensemble des manipulations permettant de réaliser une analyse et de garantir la valeur de son résultat.

Lorsque des examens sont effectués sur deux ou plusieurs échantillons d'un même prélèvement ou lorsque plusieurs dosages d'une même substance sont exécutés selon des méthodes différentes, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

§ 8. Chaque examen d'anatomo-pathologie doit être accompagné d'un rapport.

§ 9. Pour pouvoir être portées en compte, les prestations d'anatomo-pathologie effectuées par un médecin spécialiste en anatomo-pathologie doivent répondre aux conditions suivantes :

1. Avoir été prescrites au patient par un médecin ayant ce patient en traitement soit dans le cadre de la médecine générale soit dans le cadre d'une spécialité médicale, à l'exclusion de la biologie clinique et de l'anatomo-pathologie.

En dérogation à cette règle générale, le médecin spécialiste en anatomo-pathologie peut porter en compte des modifications apportées à la prescription originale du médecin traitant pour autant :

- que la justification médicale de cette modification soit établie sur des bases objectives et individuelles dans chaque cas;
- que cette justification médicale soit inscrite sur la demande d'examen et figure sur la réponse;
- que les examens supplémentaires correspondant à cette modification de prescription soient accompagnés sur l'attestation de soins de la mention : « prestation demandée par le médecin spécialiste en anatomo-pathologie. »

2. Op het voorschrift voor onderzoeken inzake pathologische anatomie moeten de volgende inlichtingen voorkomen :

— naam, voornaam, adres, geboortedatum en kunnen van de patiënt;

— naam, voornaam, adres en identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer;

— datum van het voorschrift en handtekening van de voorschrijvende geneesheer.

3. De onderzoeken moeten afzonderlijk worden voorgeschreven, aangezien één enkele omschrijving niet verscheidene verstrekkingen mag dekken die in de nomenclatuur voorkomen onder verschillende codenummers.

Wanneer de aanvragen tot onderzoek uit vooraf gedrukte lijsten bestaan of worden aangebracht met een stempel, moeten ze vakjes bevatten zodat de voorschrijvende geneesheer elk gevraagd onderzoek positief en afzonderlijk kan opgeven door afvinken, onderstrepen of ponsen.

Het gebruik van de omschrijvingen die talrijke verstrekkingen omvatten of van een hoofdvak waarmee verscheidene onderzoeken ineens kunnen worden gevraagd, is niet toegelaten, zelfs indien het aanvraagformulier het voorts mogelijk maakt de onderzoeken individueel aan te vragen.

Geen enkel onderzoek kan als deugdelijk aangevraagd worden beschouwd als, op vooraf opgemaakte lijsten, de andere, niet gewenste onderzoeken zijn geschrapt.

Op de voorschriften moeten de geneeskundige aanwijzingen voorkomen die de specialist voor pathologische anatomie nodig heeft om zijn onderzoek te kunnen oriënteren en vakkundig uit te voeren. Die gegevens mogen met name nooit ontbreken bij aanvragen in het raam van de therapeutische monitoring, de toxicologie, de virologie, de parasitologie en de mycologie.

4. Op het getuigschrift voor verstrekte hulp moeten de naam, de voornaam en het identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer, alsmede de datum van ontvangst van de aanvraag in het laboratorium voorkomen. De onderzoeken die tot een zelfde voorschrift behoren, moeten duidelijk zijn gegroepeerd op het getuigschrift voor verstrekte hulp.

5. De voorschriften voor onderzoeken inzake pathologische anatomie moeten door de specialist voor pathologische anatomie gedurende drie jaar worden bewaard. Ze moeten chronologisch worden gerangschikt volgens de ontvangstdatum van de aanvragen. Ze mogen voor verificatie worden opgevraagd, zelfs buiten ieder enquête door de Orden, de Dienst voor geneeskundige controle van het R.I.Z.I.V., de gerechtelijke organen.

Afdeling II. — Genetische onderzoeken

Art. 33. § 1. Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bewaking van de in § 2 bedoelde geneesheer vereist is :

Genetische onderzoeken :	
588615 — 588626	
Karyogram (andere gevallen dan die bedoeld onder verstrekking nr. 588652 — 588663)	B 8000
588630 — 588641	
Bepalen van geslachtschromatine	B 209
588652 — 588663	
Karyogram op kweek van amniotische cellen	B 8000
588674 — 588685	
Kweek van amniotische cellen met het oog op een karyogram (verstrekking 588652 — 588663) en/of voor het doseren van intracellulaire enzymen (verstrekking 588733 — 588744) (mag slechts eenmaal worden aangekend, zelfs als de twee verstrekkingen 588652 — 588663 en 588733 — 588744 moesten worden verricht ...	B 3000
588696 — 588700	
Opzoeken van genetische anomalieën volgens de methoden van hybridisatie van DNA-fragmenten	B 8000
588711 — 588722	
Doseren op biopsieën van intracellulaire enzymen ongeacht het aantal gedoseerde enzymen, met het oog op de diagnose van een aangeboren aandoening	B 1343
588733 — 588744	
Doseren op kweek van amniotische cellen van intracellulaire enzymen ongeacht het aantal gedoseerde enzymen, met het oog op het opsporen van een aangeboren anomalie	B 1343
588755 — 588766	
Doseren op biopsieën van een of meer producten voor intracellulaire overbelasting met het oog op de diagnose van een aangeboren aandoening	B 1050

2. La prescription d'examens d'anatomo-pathologie doit comporter les indications suivantes :

— nom, prénom, adresse, date de naissance et sexe du patient;

— nom, prénom, adresse, numéro d'identification du médecin prescripteur;

— date de la prescription et signature du médecin prescripteur.

3. Les examens doivent être prescrits séparément, une seule appellation ne pouvant couvrir plusieurs prestations figurant à la nomenclature sous des numéros de code différents.

Lorsque les demandes d'examens sont constituées par des listes préimprimées ou apposées à l'aide de cachets, elles doivent comporter des cases permettant au médecin prescripteur d'indiquer positivement et séparément chaque examen demandé par cochage, soulignement ou perforation.

L'usage des libellés à prestations multiples ou de case de tête permettant de demander en une fois plusieurs examens n'est pas autorisé, même si le formulaire de demande permet par ailleurs la réquisition individuelle des examens.

Aucun examen ne peut être considéré comme ayant été valablement demandé par suppression sur des listes préétablies des autres examens non désirés.

Les prescriptions comporteront des indications médicales nécessaires au spécialiste en anatomo-pathologie pour pouvoir orienter son examen et l'effectuer selon les règles de l'art. Ces données ne feront notamment jamais défaut lors de demandes dans le cadre du monitoring thérapeutique, de la toxicologie, de la virologie, de la parasitologie et de la mycologie.

4. L'attestation de soins doit porter le nom, prénom et numéro d'identification du médecin prescripteur ainsi que la date de réception de la demande au laboratoire. Les examens appartenant à une même prescription doivent être groupés clairement sur l'attestation de soins.

5. Les prescriptions d'examens d'anatomo-pathologie doivent être gardées pendant trois ans par le spécialiste en anatomo-pathologie. Elles doivent être classées par ordre chronologique sur base de la date de réception des demandes. Elles sont exigibles pour vérification, même en dehors de toute enquête par les Ordres, le Service du contrôle médical de l'I.N.A.M.I., les instances judiciaires.

Section II. — Examens génétiques

Art. 33. § 1^{er}. Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin visé au § 2 :

Examens génétiques :	
588615 — 588626	
Caryogramme (autres cas que ceux prévus à la prestation n° 588652 — 588663)	B 8000
588630 — 588641	
Détermination de la chromatine sexuelle	B 209
588652 — 588663	
Caryogramme sur culture de cellules amniotiques ...	B 8000
588674 — 588685	
Mise en culture de cellules amniotiques en vue d'un caryogramme (prestation n° 588652 — 588663) et/ou d'un dosage d'enzymes intracellulaires (prestation n° 588733 — 588744) (ne peut être portée en compte qu'une fois même si les deux prestations nos 588652 — 588663 et 588733 — 588744 ont dû être effectuées)	B 3000
588696 — 588700	
Recherche d'anomalies génétiques par les méthodes d'hybridation de fragments d'A.D.N.	B 8000
— 588711 — 588722	
Dosage sur biopsies d'enzymes intracellulaires quel que soit le nombre d'enzymes dosées, en vue du diagnostic d'une affection congénitale	B 1343
588733 — 588744	
Dosage sur culture de cellules amniotiques d'enzymes intracellulaires quel que soit le nombre d'enzymes dosées, en vue de la détection d'une anomalie congénitale	B 1343
588755 — 588766	
Dosage sur biopsies d'un ou plusieurs produits de surcharge intracellulaire en vue du diagnostic d'une affection congénitale	B 1050

Overeenkomstig de wettelijke bepalingen terzake moeten die verstrekkingen worden verricht in laboratoria die tot de erkende centra antropogenetica behoren, en zijn ze voorbehouden voor de geneesheren die door de Minister die Volksgezondheid in zijn bevoegdheid heeft, gemachtigd zijn om ze te verrichten.

§ 3. De honoraria voor de genetische onderzoeken die worden verricht door een in § 2 bedoeld geneesheer mogen worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer.

§ 4. Elk genetisch onderzoek omvat het geheel van de manipulaties waarmee een onderzoek kan worden verricht en de waarde van het resultaat ervan kan worden gegarandeerd.

Wanneer onderzoeken worden verricht op twee of meer monsters van eenzelfde afname of wanneer verscheidene doseringen van eenzelfde stof worden uitgevoerd volgens verschillende methodes, mag de verstrekking maar eenmaal worden aangerekend.

§ 5. Bij elk genetisch onderzoek moet een verslag gaan.

§ 6. Om te mogen worden aangerekend moeten de genetische verstrekkingen die door een in § 2 bedoelde geneesheer worden verricht, aan de volgende voorwaarden voldoen :

1° voor de patiënt zijn voorgeschreven door een geneesheer die werkt in het raam van de « genetische raad » in een erkend centrum voor antropogenetica;

2° op het voorschrift voor genetisch onderzoek moeten naam, voornaam, adres, en geboortedatum van de patiënt evenals naam, voornaam en identificatienummer van de voorschrijver voorkomen;

3° op het getuigschrift voor verstrekte hulp moeten naam, voornaam en identificatienummer van de voorschrijvende geneesheer voorkomen;

4° de voorschriften voor genetische onderzoeken moeten door de in § 2 bedoelde geneesheer gedurende drie jaar worden bewaard.

§ 7. De genetische onderzoeken die met de hulp van medewerkers met bewaking worden verricht, mogen door de in § 2 bedoelde geneesheer worden aangerekend voor zover hij in het laboratorium fysiek aanwezig is op het ogenblik dat de essentiële fasen van de verstrekkingen plaatshebben. »

Art. 19. Dit besluit treedt in werking op 1 augustus 1988.

Art. 20. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 22 juli 1988.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN

§ 2. Conformément aux dispositions légales en la matière, ces prestations doivent être effectuées dans des laboratoires appartenant aux centres agréés de génétique humaine et sont réservées aux médecins autorisés à les pratiquer par le Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions.

§ 3. Les honoraires pour les examens génétiques effectués par un médecin visé au § 2 peuvent être cumulés avec les honoraires pour consultation au cabinet du médecin.

§ 4. Chaque examen génétique comporte l'ensemble des manipulations permettant de réaliser un examen et de garantir la valeur de son résultat.

Lorsque des examens sont effectués sur deux ou plusieurs échantillons d'un même prélèvement ou lorsque plusieurs dosages d'une même substance sont exécutés selon des méthodes différentes, la prestation ne peut être portée qu'une fois en compte.

§ 5. Chaque examen génétique doit être accompagné d'un protocole.

§ 6. Pour pouvoir être portés en compte, les examens de génétique effectués par un médecin visé au § 2, doivent répondre aux conditions suivantes :

1° avoir été prescrits au patient par un médecin travaillant dans le cadre du « Conseil Génétique » dans un centre agréé de génétique humaine;

2° la prescription d'examen génétique doit comporter le nom, prénom, adresse, et date de naissance du patient ainsi que le nom, prénom et numéro d'identification du prescripteur;

3° l'attestation de soins doit porter les nom, prénom et numéro d'identification du médecin prescripteur;

4° les prescriptions d'examens génétiques doivent être gardées pendant trois ans par le médecin visé au § 2.

§ 7. Les examens génétiques pratiqués à l'aide d'auxiliaires qualifiés peuvent être portés en compte par le médecin visé au § 2 pour autant qu'il soit physiquement présent dans le laboratoire au moment où les phases essentielles des prestations sont effectuées. »

Art. 19. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} août 1988.

Art. 20. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 22 juillet 1988.

BAUDOUIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,

Ph. BUSQUIN

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG



N. 88 — 2250

21 DECEMBER 1988. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

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

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, 6°, gewijzigd bij de wet van 24 december 1963, 24, gewijzigd bij de wetten van 24 december 1963,

3

MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F. 88 — 2250

21 DÉCEMBRE 1988. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, 6°, modifié par la loi du 24 décembre 1963, 24, modifié par les lois des 24 décembre 1963, 8 avril 1965, 8 août 1980 et 1^{er} août 1985

8 april 1965, 8 augustus 1980 en 1 augustus 1985 en bij de koninklijke besluiten nr. 58 van 22 juli 1982, nr. 132 van 30 december 1982, nr. 283 van 31 maart 1984 en nr. 500 van 31 december 1986 en 24bis, ingevoegd bij de wet van 7 juli 1966 en gewijzigd bij de wet van 8 augustus 1980;

Gelet op het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op de artikelen 12, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 22 juli 1988, 14, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, 24, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988, 25, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988 en 22 juli 1988 en 26, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 en 31 januari 1986, 28 november 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan op 22 november 1988;

Gelet op het advies, uitgebracht op 5 december 1988 door het Beheerscomité van de Dienst voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 9 augustus 1980;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat een doeltreffende werking van de Rijksadministratie vereist dat de bepalingen van dit besluit zo vlug mogelijk worden bekendgemaakt;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986 en 22 juli 1988, wordt § 3, 2^o, d) geschrapt en vervangen door de volgende tekst :

« § 3, 2^o, d) het postoperatief toezicht op de gevolgen van die anesthesie. Niettemin mogen de verstrekkingen nrs. 211013 — 211024, 211035 — 211046, 211116 — 211120, 211131 — 211142, 212111 — 212122, 212214 — 212225, 212516 — 212520, 212531 — 212542, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045, 214115 — 214126 worden aangerekend bij een patiënt bij wie een heelkundige ingreep is verricht waarvan de betreffende waarde gelijk is aan of hoger is dan K 500 of N 700 ».

Art. 2. In artikel 14, i, van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 14 november 1984, 23 mei 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, wordt de omschrijving van de verstrekking 2680 — 257530 — 257541 als volgt gewijzigd :

« 257530 — 257541

Aspiratie van cholesteatoom onder microscoop K 20 ».

Art. 3. In artikel 24 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 23 mei 1985, 14 oktober 1985, 30 januari 1986, 31 januari 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

§ 1. In § 1, 1^o, wordt de toepassingsregel na de omschrijving van de verstrekking nr. 6551 — 572073 — 572084 geschrapt.

§ 2. In § 1, 5^o, d) wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 585211 — 585222 als volgt gewijzigd :

« 585211 — 585222

Serodiagnose van de andere parasitosen dan toxoplasmosse, per test (er mogen maximum vijf tests worden aangerekend) B 288 ».

§ 3. In § 1, 6^o, wordt de omschrijving van de verstrekking nr. 585675 — 585686 als volgt gewijzigd :

« 585675 — 585686

Opzoeken van parasieten na concentratie, inclusief opzoeken van cryptosporidium na kleuring (mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking nr. 139112 — 139123) B 400 ».

§ 4. De §§ 2 en 3 worden geschrapt en vervangen door :

« § 2. Aanvullend honorarium dat geldt voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn opgenomen in artikel 3, § 1, 18, § 2, B, e) en 24, § 1, en die worden verricht voor niet in een ziekenhuis opgenomen patiënten.

et par les arrêtés royaux n° 58 du 22 juillet 1982, n° 132 du 30 décembre 1982, n° 283 du 31 mars 1984 et n° 500 du 31 décembre 1986 et 24bis, inséré par la loi du 7 juillet 1966 et modifié par la loi du 8 août 1980;

Vu l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment les articles 12, modifié par les arrêtés royaux du 30 janvier 1986 et 22 juillet 1988, 14, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 juillet 1988, 24, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988 et 22 juillet 1988, 25, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988 et 22 juillet 1988 et 26, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 30 et 31 janvier 1986, 28 novembre 1986, 7 janvier 1987 et 22 juillet 1988;

Vu la proposition du Conseil technique médical faite en date du 22 novembre 1988;

Vu l'avis émis par le Comité de gestion du Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité en date du 5 décembre 1988;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1^{er}, modifié par la loi du 9 août 1980;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace de l'Administration de l'Etat nécessite que les dispositions du présent arrêté soient publiées au plus tôt;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 12, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986 et 22 juillet 1988, le § 3, 2^o, d) est supprimé et remplacé par le texte suivant :

« § 3, 2^o, d) la surveillance postopératoire des suites de cette anesthésie. Néanmoins les prestations n°s 211013 — 211024, 211035 — 211046, 211116 — 211120, 211131 — 211142, 212111 — 212122, 212214 — 212225, 212516 — 212520, 212531 — 212542, 213010 — 213021, 213032 — 213043, 214012 — 214023, 214034 — 214045, 214115 — 214126 peuvent être portées en compte chez un patient qui a subi une intervention chirurgicale dont la valeur relative est égale ou supérieure à K 500 ou N 700 ».

Art. 2. A l'article 14, i, de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 14 novembre 1984, 23 mai 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 juillet 1988, le libellé de la prestation 2680 — 257530 — 257541 est modifié comme suit :

« 257530 — 257541

Aspiration de cholesteatome sous microscope K 20 ».

Art. 3. A l'article 24 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 23 mai 1985, 14 octobre 1985, 30 janvier 1986, 31 janvier 1986, 7 janvier 1987 et 22 juillet 1988, sont apportées les modifications suivantes :

§ 1^{er}. Au § 1^{er}, 1^o, la règle d'application qui suit le libellé de la prestation n° 6551 — 572073 — 572084 est supprimée.

§ 2. Au § 1^{er}, 5^o, d) le libellé de la prestation n° 585211 — 585222 est modifié comme suit :

« 585211 — 585222

Serodiagnostic des autres parasitoses que la toxoplasmosse, par test (maximum cinq tests peuvent être portés en compte) B 288 ».

§ 3. Au § 1^{er}, 6^o, le libellé de la prestation n° 585675 — 585686 est modifié comme suit :

« 585675 — 585686

Recherche de parasites après concentration, y compris la recherche de cryptosporidium après coloration (non cumulable avec la prestation n° 139112 — 139123) B 400 ».

§ 4. Les §§ 2 et 3 sont supprimés et remplacés par :

« § 2. Complément d'honoraires applicable aux prestations de biologie clinique reprises à l'article 3, 1^{er}, 18, § 2, B, e) et 24, § 1, effectuées pour des patients non hospitalisés.

591010 —

Aanvullend honorarium bij de analyses inzake klinische biologie en/of nucleaire geneeskunde in vitro indien de betrekkelijke waarde van al die analyses samen lager ligt dan B 1435

B 194

591032 —

Aanvullend honorarium bij de analyses inzake klinische biologie en/of nucleaire geneeskunde in vitro indien de betrekkelijke waarde van al die analyses samen gelijk is aan of hoger ligt dan B 1435

B 387

De verstrekkingen 591010 en 591032 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

Die verstrekkingen zijn voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Het geheel van de analyses dat wordt bedoeld in de omschrijving van de verstrekkingen, heeft betrekking op alle analyses die op een zelfde dag voor een zelfde patiënt worden voorgeschreven, ongeacht het aantal voorschriften en voorschrijvers.

Als een gedeelte van de analyses voor uitvoering naar een ander laboratorium wordt gestuurd, mogen de verstrekkingen nrs 591010 en 591032 niet worden geattesteerd door dat andere laboratorium. Het eerste laboratorium behoort evenwel de forfaitaire bedragen te delen met het tweede laboratorium, rekening houdende met de bedragen van de analyses die het heeft verricht en van de analyses die het heeft onderaanbesteed.

Het eerste laboratorium moet voor zijn facturering alleen het pseudocodenummer 591216 (B 194) gebruiken indien alle analyses samen niet B 1435 bereiken en het pseudocodenummer 591231 (B 387) indien alle analyses samen gelijk zijn aan of hoger liggen dan B 1435.

Die pseudocodenummers betekenen dat het eerste laboratorium een gedeelte van de voorgeschreven analyses heeft onderaanbesteed.

In beide gevallen moet het pseudocodenummer worden gevolgd door het erkenningsnummer van het laboratorium waaraan de analyses zijn onderaanbesteed.

Laatstgenoemd laboratorium moet het pseudocodenummer 591290 (waarde 0) gebruiken, gevolgd door het erkenningsnummer van het laboratorium dat het de analyses in onderaanneming heeft gegeven.

Dat pseudocodenummer betekent dat de geattesteerde analyses in onderaanneming zijn verricht.

Het eerste laboratorium moet evenwel rekening houden met de doorgestuurde analyses om vast te stellen of de waarde B 1435 wordt bereikt of overschreden.

§ 3. Forfaitaire honoraria die gelden voor de verstrekkingen inzake klinische biologie die zijn opgenomen in de artikelen 3, § 1, 18, § 2, B, e) en 24, § 1, en die worden verricht voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten.

591091 — 591102

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of super forfait

F 10

591113 — 591124

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opname in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N, of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of super forfait, voor zover het laboratorium :

als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen, die een dienst C en een dienst D met ten minste 50 bedden elk of een dienst C + D met ten minste 150 bedden of een dienst H met ten minste 100 bedden omvat;

erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie;

24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis;

in zijn personeelsformatie ten minste 3 voltijdse biologen heeft, van wie ten minste 1 geneesheer-specialist of een apotheker of een licentiaat in de wetenschappen die beiden een opleiding van ten minste vijf jaar moeten hebben gevolgd, overeenkomstig de bepalingen van de bijlage bij het koninklijk besluit van 3 september 1984 tot vaststelling van de criteria voor de machtiging en de erkenning van de apothekers die bevoegd zijn om verstrekkingen te verrichten die tot de klinische biologie behoren

F 10

591010 —

Complément d'honoraires aux analyses de biologie clinique et/ou de médecine nucléaire in vitro, si la valeur relative pour l'ensemble de ces analyses est inférieure à B 1435

B 194

591032 —

Complément d'honoraires aux analyses de biologie clinique et/ou de médecine nucléaire in vitro, si la valeur relative pour l'ensemble de ces analyses est égale ou supérieure à B 1435

B 387

Les prestations n^{os} 591010 et 591032 ne sont pas cumulables entre elles.

Ces prestations sont réservées aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

L'ensemble des analyses, visé dans l'intitulé des prestations, concerne toutes les analyses prescrites un même jour pour un même patient quel que soit le nombre de prescriptions et de prescripteurs.

Lorsqu'une partie des analyses est envoyée pour exécution à un autre laboratoire, les prestations n^{os} 591010 et 591032 ne peuvent être attestées par cet autre laboratoire. Il appartient cependant au premier laboratoire de partager ces forfaits avec le second laboratoire en tenant compte des montants des analyses effectuées par lui et de celles dont il a confié la sous-traitance au second.

Le premier laboratoire doit utiliser uniquement pour sa facturation le pseudo-code 591216 (B 194) dans le cas où l'ensemble des analyses n'atteint pas B 1435 et le pseudo-code 591231 (B 387) dans le cas où l'ensemble des analyses est égal ou supérieur à B 1435.

Ces pseudo-codes signifient que le premier laboratoire a donné en sous-traitance une partie des analyses prescrites.

Dans les deux cas, le pseudo-code doit être suivi du numéro d'agrément du laboratoire auquel les analyses ont été données en sous-traitance.

Quant à ce dernier, il doit utiliser le pseudo-code 591290 (valeur 0) suivi du numéro d'agrément du laboratoire qui lui a donné les analyses en sous-traitance.

Ce pseudo-code signifie que les analyses attestées ont été effectuées en sous-traitance.

Le premier laboratoire doit cependant tenir compte des analyses transmises pour déterminer si la valeur B 1435 est atteinte ou dépassée.

§ 3. Honoraires forfaitaires applicables aux prestations de biologie clinique reprises aux articles 3, § 1^{er}, 18, § 2, B, e) et 24, § 1^{er}, effectuées pour des patients hospitalisés.

591091 — 591102

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière, dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou super-forfait

F 10

591113 — 591124

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou super forfait, pour autant que le laboratoire :

soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux, comportant un service C et un service D d'au moins 50 lits chacun ou un service C + D d'au moins 150 lits ou un service H d'au moins 100 lits;

soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique;

assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital;

soit encadré par au moins 3 biologistes plein-temps dont au moins 1 médecin spécialiste ou un pharmacien ou un licencié en sciences, ces deux derniers devant avoir reçu une formation de cinq ans ou moins, conformément aux dispositions de l'annexe jointe à l'arrêté ministériel du 3 septembre 1984 fixant les critères d'habilitation et d'agrément des pharmaciens appelés à effectuer des prestations de biologie clinique

F 10

591135 — 591146

Forfaitair honorarium, betaalbaar per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N, of S van een algemeen ziekenhuis of per dag die recht geeft op het maxi- of super forfait, voor zover het laboratorium :

als medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis of groepering van ziekenhuizen, die een dienst C en een dienst D met ten minste 50 bedden een dienst C + D met ten minste 150 bedden elk of een dienst H met ten minste 100 bedden omvat;

erkend is voor alle disciplines van de klinische biologie, eventueel met uitsluiting van de pathologische anatomie;

24 uur per dag de continuïteit verzekert in samenwerking met de eenheden voor intensieve verzorging en de wachtdienst van het ziekenhuis;

waarvan de basispersoneelsformatie 2 equivalent voltijdse biologen bereikt F 5

De verstrekkingen 591113 — 591124 en 591135 — 591146 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

In geval van overbrenging naar een ander ziekenhuis van de groepering tijdens een continue opnemingsperiode moet worden beschouwd dat het gaat om een interne overbrenging en niet om een nieuwe opneming.

Benevens de laboratoria die werken voor een groepering van ziekenhuizen, mag een laboratorium dat voor verscheidene ziekenhuizen werkt, de forfaitaire honoraria nr. 591113 — 591124 en nr. 591135 — 591146 aanrekenen voor zover is voldaan aan de volgende voorwaarden :

— alle analysevoorschriften worden verwerkt door het centraal laboratorium;

— de andere laboratoria zijn niet meer actief en de samenwerkende inrichtingen maken gebruik van één laboratoriumerkenningsnummer;

— het centraal laboratorium is intra-muros gevestigd en voldoet aan de voorwaarden die door de nomenclatuur worden opgelegd inzake personeel, continuïteit en activiteit;

— de samenwerkende ziekenhuizen liggen op minder dan 20 km van elkaar;

— tussen de ziekenhuizen is een overeenkomst betreffende de laboratoriumverstrekkingen gesloten.

— de bewijslast ligt bij de inrichtingen die samenwerken.

Die voorwaarden moeten eveneens worden vervuld in het geval van een groepering van ziekenhuizen.

Die verstrekkingen zijn voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Forfaitair honorarium voor dringende verstrekkingen voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten :

— 591161

Forfaitair honorarium, gekoppeld aan de continuïteit van de verzorging per opneming in een algemeen ziekenhuis in één of meer van de acute diensten : A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S, voorbehouden voor de geneesheren, specialisten voor klinische biologie of voor nucleaire geneeskunde, of voor de apothekers en licentiaten in de wetenschappen die door de Minister van Volksgezondheid zijn erkend om verstrekkingen inzake klinische biologie te verrichten.

Voor het eerste jaar wordt dat forfait als volgt berekend :

(1) De in aanmerking genomen honorariummassa stemt overeen met 2,25 keer de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen inzake klinische biologie die verschuldigd zijn voor de verstrekkingen die 's nachts, op zondagen en op feestdagen zijn verricht tussen 1 januari en 31 december van het voorgaande jaar, waarbij dat gedeelte niet meer mag bedragen dan 70 % van het totaal van de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen.

Als het laboratorium of de inrichting de uitsplitsing van de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen in nachten, zaterdagen, zondagen en feestdagen niet kan geven zal de massa worden vastgesteld door 40 % van het totaal van in het voorgaande jaar door dat laboratorium of die inrichting aan het R.I.Z.I.V. gefactureerde bijkomende honoraria N-WE te vermenigvuldigen met de coëfficiënt 2,25.

(2) Het honorarium per opneming zal worden vastgesteld door die massa te delen door het aantal opnemingen in een ziekenhuis in vorengenoemde diensten dat in het voorgaande jaar is opgetekend.

591135 — 591146

Honoraires forfaitaires, payables par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général ou par journée donnant droit au maxi- ou super forfait, pour autant que le laboratoire :

soit intégré comme service médico-technique dans un hôpital ou groupement d'hôpitaux, comportant un service C et un service D d'au moins 50 lits chacun ou un service C + D d'au moins 150 lits ou un service H d'au moins 100 lits;

soit agréé pour l'ensemble des disciplines de la biologie clinique à l'exclusion éventuelle de l'anatomie pathologique;

assure la continuité 24 heures chaque jour en collaboration avec les unités de soins intensifs et la garde de l'hôpital;

dont l'encadrement de base atteint 2 biologistes équivalents plein-temps F 5

Les prestations nos 591113 — 591124 et 591135 — 591146 ne sont pas cumulables entre elles.

En cas de transfert dans un autre hôpital du groupement au cours d'une période d'hospitalisation continue, il y a lieu de considérer qu'il s'agit d'un transfert interne et non d'une nouvelle admission.

En dehors des laboratoires fonctionnant pour un groupement d'hôpitaux, un laboratoire fonctionnant pour plusieurs hôpitaux peut porter en compte les honoraires forfaitaires n° 591113 — 591124 et n° 591135 — 591146 pour autant que les conditions suivantes soient remplies :

— toutes les prescriptions d'analyses sont traitées par le laboratoire central;

— les autres laboratoires ne sont plus actifs et les établissements qui collaborent font usage d'un seul numéro d'agrément de laboratoire;

— le laboratoire central est établi intra muros et satisfait aux conditions imposées par la nomenclature en matière de personnel, de continuité et d'activité;

— les hôpitaux qui collaborent se situent à moins de 20 km l'un de l'autre;

— une convention relative aux prestations de laboratoire a été établie entre les hôpitaux.

— la charge de la preuve incombe aux établissements qui collaborent.

Ces conditions doivent aussi être satisfaites dans le cas d'un groupement d'hôpitaux.

Ces prestations sont réservées aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

Honoraires forfaitaires pour prestations d'urgence en faveur de patients hospitalisés :

— 591161

Honoraires forfaitaires liés à la continuité des soins par admission dans un hôpital général au sein de l'un ou de plusieurs des services aigus suivants : A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S, réservés aux seuls médecins spécialistes en biologie clinique ou en médecine nucléaire ou aux pharmaciens et licenciés en sciences agrées par le Ministre de la Santé publique pour effectuer des prestations de biologie clinique.

Pour la première année, ce forfait est calculé de la manière suivante :

(1) La masse des honoraires prise en considération correspond à 2,25 fois les suppléments d'urgence en biologie clinique dus pour les prestations effectuées entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'année précédente durant les nuits ainsi que les dimanches et jours fériés, sans que cette fraction ne puisse dépasser 70 % du total des suppléments d'urgence.

Si le laboratoire ou l'institution ne peut fournir la ventilation des suppléments d'urgence entre nuits, samedis, dimanches et jours fériés, la masse sera établie en multipliant, par le coefficient 2,25, 40 % du total des suppléments N-WE facturés à l'I.N.A.M.I. au cours de l'année précédente par ledit laboratoire ou institution.

(2) Les honoraires par admission seront établis en divisant cette masse par le nombre d'admissions hospitalières dans les services précités enregistré au cours de l'année précédente.

Voor de latere jaren zal het forfait als volgt worden aangepast :

(1) Het totaal bedrag van de bijkomende honoraria voor dringende verstrekkingen 's nachts, op zondagen en op feestdagen die zijn gefactureerd voor de patiënten die in een ziekenhuis zijn opgenomen tussen 1 januari en 31 december van het voorgaande dienstjaar, uitgedrukt in aantal K, zal worden vergeleken met hetzelfde bedrag van het referentiejaar.

De honorariummassa zal worden aangepast aan de stijging of aan de daling, rekening houdende met de verhouding van die 2 aantallen K.

(2) Het honorarium per opname zal worden berekend door dat aangepast bedrag te delen door het aantal opnames in een ziekenhuis van het voorgaande jaar.

De invoering van dat honorarium heeft tot gevolg dat de betaling per handeling van de verstrekkingen nrs. 599826, 599841, 599863, 599885, 599900, 599922, 599944 en 599966 wordt afgeschaft. Voor 's nachts, zondagen en feestdagen moeten ze blijven voorkomen op de verpleegnota's, maar met waarde nul.

De voorwaarde inzake opname van het laboratorium in een ziekenhuis als medisch-technische dienst geldt voor die honoraria.

Een medisch-technische dienst is opgenomen in een ziekenhuis als alle verstrekkers een statuut hebben dat gelijkaardig is aan het statuut van de ziekenhuisgeneesheren van de andere disciplines en de honoraria inzake klinische biologie op dezelfde manier worden behandeld als die van de andere diensten. De eerste voorwaarde impliceert dat de biologen deel uitmaken van de algemene vergadering van de ziekenhuisgeneesheren van de inrichting.

Art. 4. In artikel 25 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 januari 1986, 7 januari 1987, 11 januari 1988 en 22 juli 1988 worden in § 3 de volgende wijzigingen aangebracht :

1° de omschrijving van de verstrekking nr. 590144 wordt als volgt gewijzigd :

« 590144

Per opname in een acute dienst A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N of S van een algemeen ziekenhuis dat bovenop de wettelijke wachtdienst verbonden is met een dienst 100, met intramurale wachtdienst door ten minste één geneesheer-specialist of geneesheer-stagiair met ten minste twee jaar opleiding, die een bijkomende wachtdienst verzekert in de dienst voor intensieve verzorging door ten minste één geneesheer-specialist of geneesheer-stagiair met ten minste twee jaar opleiding A 21 »;

2° het laatste lid wordt aangevuld met de volgende tekst :

« ; het volledige forfait bedrag wordt door het ziekenhuis aangeerekend voor al zijn opnames die hebben plaatsgehad gedurende de periode dat het instond voor de wachtdienst, terwijl de andere ziekenhuizen niets aanrekenen voor hun opnames die tijdens die periode hebben plaatsgehad. »

Art. 5. In artikel 26, § 8 van de bijlage bij hetzelfde besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 9 januari 1985, 30 en 31 januari 1986, 28 november 1986, 7 januari 1987 en 22 juli 1988, moeten in de lijst de verstrekkingen nummers 577813 — 577824, 578535 — 578546 en 579235 — 579246 worden geschrapt.

Art. 6. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 augustus 1988, met uitzondering van artikel 2 dat in werking treedt de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekend gemaakt; die uitzondering geldt eveneens voor het gebruik van de pseudocodenummers 591216, 591231 en 591290 opgenomen in artikel 3, § 4 en het vermelden van het erkenningsnummer van het laboratorium dat op de pseudocodenummers moet volgen.

Art. 7. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 21 december 1988.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :
De Minister van Sociale Zaken,
Ph. BUSQUIN

Pour les années ultérieures, le forfait sera adapté de la manière suivante :

(1) Le montant total des suppléments d'urgence des nuits, des dimanches et jours fériés facturés pour les patients hospitalisés entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre de l'exercice précédent, exprimé en nombre de K, sera comparé au même montant de l'année de référence.

La masse d'honoraires sera adaptée à la hausse ou à la baisse en tenant compte du rapport de ces 2 nombres de K.

(2) Les honoraires par admission seront calculés en divisant ce montant adapté par le nombre d'admissions hospitalières de l'année précédente.

La création de ces honoraires entraîne la suppression du paiement à l'acte des prestations n^{os} 599826, 599841, 599863, 599885, 599900, 599922, 599944 et 599966. Pour les nuits, dimanches et jours fériés, elles doivent continuer à figurer sur les factures d'hospitalisation mais avec valorisation à zéro.

La condition d'intégration du laboratoire comme service médico-technique dans un hôpital vaut aussi pour ces honoraires.

Un service médico-technique est intégré dans un hôpital lorsque tous les dispensateurs ont un statut similaire au statut des médecins hospitaliers des autres disciplines et que les honoraires de biologie clinique font l'objet du même traitement que ceux des autres services. La première condition implique que les biologistes fassent partie de l'assemblée générale des médecins hospitaliers de l'institution.

Art. 4. A l'article 25 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 janvier 1986, 7 janvier 1987, 11 janvier 1988 et 22 juillet 1988 sont apportées les modifications suivantes au § 3 :

1° le libellé de la prestation n^o 590144 est modifié comme suit

« 590144

Par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, H, I, K, L, M, N ou S d'un hôpital général qui en sus de la garde légale est lié au service 100 avec permanence intra-muros par au moins un médecin spécialiste ou médecin stagiaire avec au moins deux ans de formation et qui assure une garde supplémentaire dans le service de soins intensifs par au moins un médecin spécialiste ou médecin stagiaire avec, au moins deux ans de formation ... A 21. ».

2° le dernier alinéa est complété par le texte ci-après :

« ; le forfait total est porté en compte par l'hôpital pour toutes ses admissions ayant lieu au cours de sa période de garde, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour leurs admissions effectuées au cours de cette période. »

Art. 5. A l'article 26, § 8 de l'annexe au même arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 9 janvier 1985, 30 et 31 janvier 1986, 28 novembre 1986, 7 janvier 1987 et 22 juillet 1988, il y a lieu de supprimer dans la liste les n^{os} de prestations 577813 — 577824, 578535 — 578546 et 579235 — 579246.

Art. 6. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} août 1988, à l'exception de l'article 2 qui entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*; cette exception vaut également pour l'utilisation des pseudo-codes 591216, 591231 et 591290 visés à l'article 3, § 4 ainsi que pour la mention du numéro d'agrément du laboratoire qui doit suivre ces pseudocodes.

Art. 7. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 21 décembre 1988.

BAUDOUIN

Par le Roi :
Le Ministre des Affaires sociales,
Ph. BUSQUIN