

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Mag tijdens een zelfde zitting meer dan één verstrekking worden geattesteerd wanneer het gaat om de verstrekkingen :

112313 – 112324 * Scleroserende inspuiting wegens aambeien, per verrichting K 10;

531016 - 531020 Scleroserende inspuiting wegens angiomen K 6 ?

ANTWOORD

Verstrekking 112313 - 112324 * Scleroserende inspuiting wegens aambeien, per verrichting K 10 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal inspuitingen en behandelde letsels.

Verstrekking 531016 - 531020 Scleroserende inspuiting wegens angiomen K 6 mag slechts eenmaal per zitting worden geattesteerd, ongeacht het aantal inspuitingen en behandelde angiomen.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 21 (Dermatovenerieologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 509 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 22 (Fysiotherapie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Mag de verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling die ten minste twee van de hierna vermelde technieken omvat, per zitting (revalidatie door beweging, hydrotherapie in zwembad, ergotherapie, psychomotoriek, elektrotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen) K 15 worden geattesteerd door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde?

ANTWOORD

De therapeutische fysiotherapieverstrekkingen mogen door bepaalde zorgverleners (b.v. chirurg-orthopedist) voor hun eigen patiënten als verwante verstrekkingen worden geattesteerd, met uitzondering van de verstrekkingen inzake multidisciplinaire revalidatie (558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die door de nomenclatuur worden voorbehouden voor de fysiotherapeut of de geneesheer, specialist voor revalidatie.

Wanneer de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat : "de verstrekking nr 558633 - 558644 eveneens mag worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene geneeskunde, door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, of door een geneesheer, specialist voor reumatologie", wil ze de toegang tot de andere verstrekkingen van de nomenclatuur inzake fysiotherapie niet verbieden aan de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, maar wil ze verduidelijken dat de verstrekking 558633 - 558644 Aantonen en meten van atypische functionele dorsolumbale orthopedische rug- en gewrichtsklachten... K 50 beschouwd wordt als deel uitmakend van de nomenclatuur van de chirurg-orthopedist. Het probleem van de "connexiteit" rijst derhalve niet ten aanzien van de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde voor die verstrekking.

Dat belet niet dat de connexiteitsregels (al dan niet) worden toegepast voor de andere fysiotherapie-verstrekkingen (met uitzondering van de verstrekkingen 558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die verricht worden door een geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde of een andere zorgverlener die geen fysiotherapeut is.

De geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde, mag voor zijn eigen zieken die hij in het kader van zijn specialisme verzorgt, de verstrekkingen van artikel 22, II a) Therapeutische verstrekkingen, aanrekenen, voorzover de voorwaarden betreffende de fysieke aanwezigheid die opgenomen zijn in artikel 1, § 4bis, II, B, 2, van de nomenclatuur vervuld zijn.

De verstrekking 558795 - 558806 Revalidatie-behandeling...K 15 mag bijgevolg door de geneesheer, specialist voor orthopedische heelkunde als een verwante verstrekking worden geattesteerd, voor zijn eigen patiënten die hij in behandeling heeft in het kader van zijn specialisme.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 24 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen (klinische biologie) :

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Peut-on attester plus d'une prestation au cours de la même séance en ce qui concerne les prestations :

112313 – 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10;

531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ?

REPONSE

La prestation 112313 - 112324 * Injection sclérosante pour hémorroïdes, par séance K 10 ne peut être attestée qu'une fois par séance, quel que soit le nombre d'injections et de lésions traitées.

La prestation 531016 - 531020 Injection sclérosante pour angiomes K 6 ne peut être attestée qu'une fois par séance quel que soit le nombre d'injections et d'angiomes traités.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 21 (Dermato-vénéréologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 509 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 22, (Physiothérapie) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance (rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

REPONSE

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle.

Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que : "La prestation n° 558633 – 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 - 558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la "connexité" ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 – 558821 K 30 et 558832 – 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

Le médecin spécialiste en orthopédie peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1^{er}, § 4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

La prestation 558795 – 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 24 de la nomenclature des prestations de santé (biologie clinique) :

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Onder welk codenummer moet het meten van de zuurstofsaturatie van hemoglobine worden geattesteerd?

ANTWOORD

De verstrekking 540536 – 540540 Meten van de O₂-saturatie van hemoglobine (met uitsluiting van iedere berekening) (Maximum 1) Klasse 8 ... B 100 mag worden geattesteerd op voorwaarde dat het gaat om een directe analyse van de bloedgasen in vitro.

Deze verstrekking mag meerdere malen per dag worden geattesteerd.

Het meten van de zuurstofsaturatie van hemoglobine door transcutane oxymetrie is niet opgenomen in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen en mag niet worden geattesteerd.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 25 (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 17

VRAAG

Een geneesheer-specialist wordt door een ander geneesheer aan het bed van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende geroepen. Mogen de reiskosten worden vergoed?

ANTWOORD

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen voorziet niet in de vergoeding van de eventuele reiskosten.

INTERPRETATIEREGEL 18

VRAAG

Artikel 25, § 3 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen preciseert dat :

« Als de medische permanentie volgens een beurtrol verdeeld is over verscheidene ziekenhuizen, moeten de honoraria pro rata temporis worden betaald. Het volledig forfaitair bedrag wordt aangerekend voor al de opnemingen die hebben plaatsgehad gedurende de periode dat het betrokken ziekenhuis instond voor de permanentie, en gedurende dewelke de arts continu in het ziekenhuis aanwezig was, terwijl niets aangerekend wordt voor de opnemingen tijdens die periode in de andere ziekenhuizen. » .

Wat mag een algemeen ziekenhuis aanrekenen dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een erkende functie voor intensieve zorg, in de periode waarin het niet de permanentiedienst 100 uitoefent ?

ANTWOORD

In de periode waarin het niet de permanentie-dienst 100 uitoefent mag het betrokken ziekenhuis de verstrekking 590225 Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, (i), K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor gespecialiseerde spoedgevallenzorg en een erkende functie voor intensieve zorg A 40 niet aanrekenen.

Het kan wel de verstrekking 590203 Forfaitair honorarium voor de intramuraal aanwezige medische permanentie in het ziekenhuis, per opneming in een acute dienst A, C, D, E, G, (i), K, L, M of N van een algemeen ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie voor intensieve zorg A 28 aanrekenen voor de functie voor intensieve zorg, voor zover deze erkend is en dat de wachtdienst verzekerd is volgens de geldende functiecriteria.

Te noteren is dat het ziekenhuis dat tijdens de periode waarin het de permanentiedienst 100 organiseert de verstrekking 590225 attesteert moet beantwoorden aan de voorwaarde vermeld onder de omschrijving, namelijk :

« Minstens één van de artsen met intramurale permanentie is, of houder van de bijzondere beroepstitel in de urgentiegeneskunde, of houder van de bijzondere beroepstitel intensieve zorgen, of een erkend specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, reumatologie, neurologie, pediatrie, anesthesie-reanimatie, heilkunde, neurochirurgie, orthopedie, plastische heilkunde, urologie. ».

De voornoemde interpretatieregel is van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangt de tot op heden gepubliceerde interpretatieregel betreffende de rubriek 201 (Reiskosten) van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 26 van de nomenclatuur (Bijkomend honorarium voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen) :

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester la mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine ?

REPONSE

La prestation 540536 – 540540 Mesure de la saturation en O₂ de l'Hb (à l'exclusion de tout calcul) (Maximum 1) Classe 8, ... B 100 peut être attestée à condition qu'il s'agisse d'une analyse directe des gaz sanguins in vitro.

Cette prestation peut être attestée plusieurs fois par jour.

La mesure de la saturation en oxygène de l'hémoglobine par l'oxymétrie transcutanée n'est pas prévue à la nomenclature des prestations de santé et ne peut pas être attestée.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Un médecin spécialiste est appelé par un autre médecin au chevet d'un bénéficiaire hospitalisé. Peut-on rembourser les frais de déplacement ?

REPONSE

La nomenclature des prestations de santé ne prévoit pas le remboursement des frais de déplacement éventuels.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

L'article 25, § 3, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Lorsque la fonction de permanence médicale est partagée entre plusieurs hôpitaux, par rotation, les honoraires sont à partager pro rata temporis. Le forfait total est porté en compte pour toutes les admissions ayant eu lieu au cours de la période durant laquelle la permanence était assurée par l'hôpital en question, et au cours de laquelle le médecin était présent dans l'hôpital de façon ininterrompue, tandis que les autres hôpitaux ne portent rien en compte pour les admissions effectuées au cours de cette période. » .

Que peut attester un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs, pendant la période au cours de laquelle il n'exerce pas la permanence "100" ?

REPONSE

Pendant la période où il n'exerce pas la permanence "100", l'hôpital en question ne peut pas attester la prestation 590225 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés et d'une fonction agréée de soins intensifs A 40.

Il peut attester la prestation 590203 Honoraires forfaitaires pour la permanence médicale intrahospitalière, par admission hospitalière dans un service aigu A, C, D, E, G, (i), K, L, M ou N, d'un hôpital général qui dispose d'une fonction agréée de soins intensifs A 28 pour la fonction de soins intensifs, pour autant que cette dernière soit agréée et que la garde soit assurée selon les critères de fonctionnement en vigueur.

A noter que pendant la période où il organise la permanence "100", l'hôpital qui atteste la prestation 590225 A 40 doit répondre à la condition mentionnée sous le libellé, à savoir :

« Au moins un des médecins de permanence intramuros est soit porteur du titre professionnel particulier en soins d'urgence, soit porteur du titre professionnel particulier en soins intensifs, soit spécialiste agréé en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en rhumatologie, en neurologie, en pédiatrie, en anesthésie-réanimation, en chirurgie, en neurochirurgie, en orthopédie, en chirurgie plastique, en urologie. ».

La règle interprétative précitée est d'application le jour de sa publication au *Moniteur belge* et remplace la règle interprétative publiée à ce jour sous la rubrique 201 (Frais de déplacement) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 26 de la nomenclature des prestations de santé (Suppléments pour prestations techniques urgentes effectuées pendant la nuit ou le week-end ou durant un jour férié) :