

R.I.Z.I.V.

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

Geneeskundige Verzorging

Omzendbrief VI nr 2020/33 van 5 februari 2020

170/1023

Van toepassing vanaf 1 januari 2020

Nieuwe Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen ZH 2020 van 12 december 2019.

De overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen sloot op 12 december 2019 een nieuwe nationale overeenkomst. Deze overeenkomst bevat volgende wijzigingen.

6^{de} staatshervorming – gespecialiseerde algemene ziekenhuizen

De ziekenhuizen die uitsluitend bestaan uit psychiatrische diensten samen met een geïsoleerde Sp en/of G dienst en een ziekenhuis dat uitsluitend bestaat uit een dienst Sp palliatief kunnen wel toetreden tot de Nationale overeenkomst. Voor deze ziekenhuizen werd de definitie 'gespecialiseerde algemene ziekenhuizen' voorzien aan het begin van de overeenkomst.

Daghospitalisatie

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) en de overeenkomstencommissie ziekenhuizen-verzekeringsinstellingen keurden op 12 september 2019 een visienota goed betreffende de herziening van de werking, organisatie en financiering van de daghospitalisatie.

In artikel 14 van voorliggende nationale overeenkomst is voorzien om in uitvoering van de visienota een aantal opdrachten toe te vertrouwen aan artsen-expertengroepen inzake het actualiseren van de lijsten van de daghospitalisatie.

- a) Een lijst van kandidaat verstrekkingsvoorstellen die kunnen toegevoegd worden aan de lijsten 1-7 (in bijlage bij deze overeenkomst) en/of de lijst A (bijlage bij het KB van 25/04/2002);
- b) De verstrekkingsvoorstellen aan te duiden op de lijsten 1-7 of op de lijst A die dienen geschrapt te worden voor financiering in daghospitalisatie; De verstrekkingsvoorstellen aan te duiden op de lijsten 1-7 waarvoor ingevolge de evolutie van de medische vooruitgang of van de best practices het forfait daghospitalisatie moet worden herzien of die moeten ondergebracht worden in een andere groep van verstrekkingsvoorstellen;
- c) De verstrekkingsvoorstellen aan te duiden op de lijsten 1-7 en op de lijst A die dienen verschoven te worden van of naar de lijst A/de lijsten 1-7;
- d) Eventueel de voorwaarden te bepalen waaronder verstrekkingsvoorstellen alsnog in klassieke hospitalisatie en/of daghospitalisatie kunnen worden verricht met financiering via het budget van financiële middelen en/of via de forfaits van de lijsten 1-7;

- e) In antwoord op de aanbeveling van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle om de verstrekkingen 220253-220264, 260271-260282, 310914-310925, 311135-311146, 355073-355084 en 432353-432364 te schrappen in de lijsten 1-7 en in uitvoering van de principes die opgenomen zijn in de visienota zoals bedoeld in het eerste lid, ten laatste tegen 30 juni 2020 een advies te formuleren waarbij de aanbeveling wordt bevestigd of waarbij ze argumenteren om de verstrekkingen toch te behouden in de lijsten 1-7. Indien de artsen-experten vaststellen dat deze verstrekkingen niet langer moeten opgenomen worden in de lijsten 1-7, dan zal de overeenkomstencommissie de lijsten 1-7 aanpassen.

Op basis van het advies van de artsen zal de overeenkomstencommissie een beslissing nemen over de aanpassing van de overeenkomst en een voorstel formuleren voor de aanpassing van de lijst A (chirurgische daghospitalisatie). Daarbij kan het budget dat vrijkomt door het schrappen van verstrekkingen in de financiering van de daghospitalisatie worden aangewend voor de financiering van de kost voor de eventuele nieuwe verstrekkingen die in daghospitalisatie kunnen plaatsvinden.

In uitvoering van de principes die zijn opgenomen in de visienota zal de overeenkomstencommissie in de loop van 2020 een voorstel formuleren waarbij de ziekenhuizen worden geïnformeerd omtrent hun uitgaven en aantal forfaits van de daghospitalisatie en dit ten opzichte van het gemiddelde en de mediaan van de andere ziekenhuizen.

De geïndexeerde bedragen (1,95 %) voor de forfaits van het dagziekenhuis die vermeld zijn in de nationale overeenkomst ziekenhuizen – verzekeringsinstellingen voor de toepassing van artikel 4 § 4b, 5, 7, 8 en 9 zijn :

<u>Pseudocode</u>	<u>Omschrijving</u>	<u>Bedrag 1-1-2020</u>
767852-767863	Forfait oncologische basiszorg	€ 49,78
767874-767885	Maxiforfait monotherapie	€ 126,20
767896-767900	Maxiforfait combitherapie	€ 169,31
767911-767922	Forfait pediatrie mono	€ 163,11
767933-767944	Forfait pediatrie combi	€ 276,50
768176-768180	Forfait «Groep 1» :	€ 173,54
768191-768202	Forfait «Groep 2» :	€ 211,98
768213-768224	Forfait «Groep 3» :	€ 306,18
768235-768246	Forfait «Groep 4» :	€ 218,17
768250-768261	Forfait «Groep 5» :	€ 226,84
768272-768283	Forfait «Groep 6» :	€ 270,25
768294-768305	Forfait «Groep 7» :	€ 223,13
761036-761040	Gipskamer	€ 31,49
768316-768320	Forfait 1 chronische pijn :	€ 242,96
768331-768342	Forfait 2 chronische pijn :	€ 135,12
768353-768364	Forfait 3 chronische pijn :	€ 105,36
768375-768386	Forfait poortkatheter	€ 29,85

Actualisering verwijzingen

Tot slot bevat deze overeenkomst een actualisering van de verwijzingen naar andere regelgeving.

De overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2020 en wordt in afwachting van de voorstellen inzake de herziening van de daghospitalisatie gesloten voor 1 jaar

De leidend ambtenaar,

M. Daubie
Directeur-generaal a.i.

Bijlagen :
[HOP-2020 V4](#)
[ZH-2020 - V4](#)

**Institut national d'assurance
maladie-invalidité**



**Service des soins
de santé**

**Convention nationale entre les établissements hospitaliers
et les organismes assureurs du 12 décembre 2019**

Lors de la réunion de la Commission de conventions entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs du 12 décembre 2019, sous la présidence de monsieur D. CRABBE, conseiller général, délégué à cette fin par monsieur M. DAUBIE, fonctionnaire dirigeant, du Service des Soins de santé, il a été convenu,

vu la législation en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Il a été convenu ce qui suit, entre :

d'une part,

les représentants des organismes assureurs et

d'autre part,

les représentants des associations d'établissements hospitaliers,

CHAPITRE I : Dispositions générales

Article premier.

La présente convention définit, conformément aux dispositions de l'article 42 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les rapports entre :

- les établissements hospitaliers tels que définis à l'article 2 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 10 juillet 2008, à l'exception des hôpitaux psychiatriques tels que définis à l'article 3 de cette même loi,
- les organismes assureurs tels que définis à l'article 2, i) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et
- les bénéficiaires tels que définis à l'article 2, j) de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 2.

Pour l'application de la présente convention, on entend par :

- **hospitalisation de jour:**

Une hospitalisation de jour est une admission et un séjour dans un hôpital agréé sans nuitée et où le patient subit une ou plusieurs interventions planifiables.

Ces interventions requièrent des procédures établies pour la sélection des patients⁽¹⁾, la sécurité, le contrôle de la qualité, la continuité, les soins de suivi, la rédaction des rapports et la coopération avec les divers services medicotechniques sous la surveillance et la direction d'un médecin spécialiste attaché à l'hôpital avec une surveillance et une administration des soins adéquates.

- **une fonction «hospitalisation chirurgicale de jour»**

Est agréée sur la base des dispositions prévues par l'AR du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée.

- **hospitalisation à domicile**

La prise en charge spécifique des soins à un patient à domicile ou dans un établissement de soins résidentiel qui, s'ils n'étaient pas prestés là/à cet endroit, devraient l'être lors d'une hospitalisation classique ou lors d'une succession d'hospitalisations de jour ou d'une des situations prévues à l'article 4 de la convention. Il s'agit en l'occurrence des soins décrits dans la convention "hospitalisation à domicile" qui est conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

¹ Les AR normatifs du 25/11/1997 (article 8) "hospitalisation chirurgicale de jour" et du 10/2/2008 (article 4, 2°) "hospitalisation non chirurgicale de jour" limitent à juste titre la prise en charge en hospitalisation de jour aux seuls patients « qui chez eux, peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate, pendant au moins 24 heures après leur sortie ».

- **montant par admission:**

le montant de la partie variable du budget des moyens financiers qui est liquidée par admission en vertu des dispositions de l'article 99 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

- **montant par journée d'entretien**

le montant de la partie variable du budget des moyens financiers qui est liquidée par journée d'hospitalisation en vertu des dispositions de l'article 99 de l'AR du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux;

- **hôpitaux généraux spécialisés**

des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) et/ou à un service de gériatrie (indice G), ainsi que les hôpitaux disposant uniquement d'un service Sp palliatif.

- **salle de plâtre**

un local destiné à la pose de dispositifs de contention à base de bandes plâtrées ou à base de matières synthétiques et utilisées notamment dans le cadre de fracture, luxation, traitement orthopédique ou prise de moulage;

- **congé**

la période pendant laquelle le patient hospitalisé quitte l'hôpital sans qu'il soit mis fin à son séjour par communication d'un formulaire 727 à l'organisme assureur et sans qu'il soit transféré vers un autre hôpital ; la durée du congé ne peut excéder 5 jours et la date du retour du patient à l'hôpital est fixée dès le début du congé.

- **loi sur les hôpitaux**

loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

CHAPITRE II : Montant par admission et montant par journée d'entretien

Article 3.

Le paiement du montant par admission est dû pour chaque première journée d'hospitalisation comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par admission est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 5. (liste A) de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté. Ce montant par admission n'est pas dû en cas d'admission dans un service Sp (y compris Sp palliatifs), un hôpital général spécialisé ou dans des unités pour le traitement des grands brûlés.

Le paiement du montant par journée d'entretien est dû pour chaque journée d'hospitalisation au cours d'un séjour comprenant au moins une nuit, c'est-à-dire une admission qui commence avant minuit et se termine après huit heures le lendemain. Ce montant par journée d'entretien est également dû en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour lors de laquelle est effectuée une prestation figurant dans l'annexe 3, 5. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté.

Au cas où, le même jour et dans le même hôpital, une admission en hospitalisation chirurgicale de jour est suivie immédiatement ou non d'une hospitalisation, le montant par admission et le montant par journée d'entretien ne sont dus qu'une seule fois pour cette journée.

Le transfert du bénéficiaire vers un autre service du même hôpital, situé ou non sur le même campus, est considéré comme une continuation de l'hospitalisation et ne donne droit à aucun montant par admission sauf s'il concerne un patient qui, initialement admis à l'hôpital dans un service Sp, fait ensuite l'objet d'un transfert interne vers un service qui n'est pas un service Sp. Toutefois, en cas de deuxième transfert (ou suivant) entre les services précités, aucun nouveau montant par admission ne peut être porté en compte.

Sont comptés ensemble pour une journée d'hospitalisation, le jour d'entrée et le jour de sortie, sauf dans les cas où les conditions suivantes sont réalisées conjointement: admission du bénéficiaire avant 12 heures le jour de son entrée et départ du bénéficiaire après 14 heures le jour de sa sortie.

En application de l'alinéa précédent, lorsque le jour d'admission et le jour de départ sont considérés comme deux journées d'hospitalisation, le montant par journée est comptabilisé pour le jour d'admission et le jour de départ est comptabilisé pour une valeur de zéro euro.

Dans les autres situations, les jours d'hospitalisation du bénéficiaire sont comptabilisés comme suit :

- en cas d'admission avant 12 heures le jour de son entrée et départ avant 14 heures le jour de sa sortie: comptabilisation du jour d'admission;
- en cas d'admission après 12 heures le jour de son entrée, quelle que soit l'heure de départ le jour de sa sortie: comptabilisation du jour de sortie.

En dérogation à l'alinéa précédent, les hôpitaux généraux spécialisés peuvent en cas d'une admission avant 12 heures le jour de l'admission et de départ après 14 heures le jour de sortie, porter en compte le « montant par jour » tant pour le jour d'admission que pour le jour de sortie.

Le montant par journée doit être facturé avec le code service du service dans lequel le patient a séjourné à 12 heures. Si le patient n'est plus présent à 12 heures (départ ou départ en congé) le montant par journée doit être facturé avec le code service du service où le patient séjournait au moment de son départ.

Le montant par admission est toujours comptabilisé à la date d'admission du bénéficiaire.

Toutefois, si un bénéficiaire décède le jour même de son admission, le paiement d'une journée d'hospitalisation est dû tant pour le montant de l'admission que pour le montant de la journée d'entretien.

En cas d'octroi de congé le jour de départ ne peut être porté en compte que lorsque le bénéficiaire quitte l'établissement hospitalier après 14 heures et le jour de retour ne peut être porté en compte que lorsque le bénéficiaire revient à l'établissement hospitalier avant 12 heures.

CHAPITRE III : Les différents forfaits

Article 4.

§ 1^{er}. Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour) et § 8 (forfait douleur chronique) et 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) sont dus dans les situations qui sont visées aux mêmes paragraphes, et ce aux conditions suivantes :

- l'hospitalisation donne lieu à un séjour hospitalier ne comprenant pas une nuitée (une admission avant minuit et finissant après huit heures le lendemain), quelle que soit la durée du séjour,
- et l'hospitalisation ne se fait ni en salle d'attente ni dans un local de consultation policlinique de l'établissement hospitalier,
- et l'hospitalisation n'est pas suivie immédiatement par une hospitalisation programmée dans le même établissement hospitalier,
- et, en cas d'hospitalisation pour une prestation prévue aux § 5 et § 8, une procédure telle que prévue à l'article 7 de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles la fonction «hospitalisation chirurgicale de jour» doit répondre pour être agréée est mise en place pour le suivi du patient à l'issue de son hospitalisation.

§ 2. Le montant du maxi forfait visé au § 4, a), est égal au montant que l'hôpital a pu porter en compte le 31 décembre 2013 majorée de 1,39% selon les dispositions de l'article 4, § 4 de la convention conclue le 24 juin 2011 entre les établissements hospitaliers et les organismes assureurs.

S'il s'agit d'un nouvel hôpital le montant du maxi forfait est égal à 42,87 % du prix par paramètre de l'activité de l'hôpital comme prévu dans l'article 116 de la loi sur les hôpitaux.

En cas de fusion d'hôpitaux le Service des Soins de santé calcule sur la base des données les plus récentes concernant le nombre de maxi forfaits facturés par les hôpitaux concernés et sur la base des montants des maxi-forfaits de ces hôpitaux, la moyenne pondérée des maxi forfaits pour l'hôpital fusionné.

En cas de défusion chaque hôpital garde le maxiforfait de l'hôpital fusionné.

Le maxi forfait s'élève au moins à 25 euros.

§ 3. La rémunération des miniforfaits est supprimée à partir du 1er janvier 2014. Ce financement est repris à partir de cette date par le budget des moyens financiers.

§ 4. En cas de surveillance médicale et infirmière :

- a) lors d'une prestation effectuée sous anesthésie générale, sous la surveillance d'un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation, un maxi-forfait est dû comme visé au § 2 ;
- b) lors de l'administration/prise de médicaments de la catégorie de remboursement A enregistrés sous les codes ATC L01 ou L03AX03 les forfaits suivants peuvent être portés en compte :
 - a. forfait "soins de base oncologiques" : 49,78 euros pour médication orale d'une ou de plusieurs molécules enregistrées sous les codes ATC susmentionnés. Ce forfait peut être porté en compte au maximum 1 fois par mois calendrier.
 - b. "maxi-forfait monothérapie" :126,2 euros par jour de traitement pour l'administration d'une molécule enregistrée sous les codes ATC susmentionnés. L'administration se fait par voie intraveineuse, intrathécale, intramusculaire, intra-artérielle, intracavitaire (= intrapleurale, intravésicale, intraventriculaire, intrapéritonéale, intrapéricardiale) ou sous-cutanée.

- c. "maxi-forfait combithérapie" : 169,31 euros par jour de traitement pour l'administration d'au moins deux molécules enregistrées sous les codes ATC susmentionnés. L'administration se fait par voie intraveineuse, intrathécale, intramusculaire, intra-artérielle, intracavitaire (= intrapleurale, intravésicale, intraventriculaire, intrapéritonéale, intrapéricardiale) ou sous-cutanée.
- d. forfait "pédiatrie mono" : 36,91 euros par jour de traitement chez les enfants. Ce forfait est toujours porté en compte avec le forfait " maxi-forfait monothérapie". Ce forfait peut être porté en compte pour des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans inclus.
- e. forfait "pédiatrie combi" : 107,19 euros par jour de traitement chez les enfants. Ce forfait est toujours porté en compte avec le forfait "maxi-forfait combithérapie". Ce forfait peut être porté en compte pour des enfants jusqu'à l'âge de 16 ans inclus.

Le "maxi-forfait monothérapie" et le "maxi-forfait combithérapie" peuvent être cumulés avec le forfait "soins de base oncologiques". Le "maxi-forfait monothérapie" et le "maxi-forfait combithérapie" ne peuvent être cumulés.

Ces forfaits peuvent, sous ces mêmes conditions, être portés en compte pour l'administration de médicaments enregistrés sous les codes ATC mentionnés au premier alinéa mais pour lesquels aucun remboursement n'a encore été fixé, si les conditions cumulatives suivantes sont remplies :

- l'utilité thérapeutique pour l'indication enregistrée est prouvée ;
- la médication est administrée en dehors d'un essai clinique."

§ 5. Le forfait d'hôpital de jour est dû pour les prestations reprises à l'annexe I de la présente convention pour autant qu'elles soient réalisées en hôpital de jour.

La valeur du forfait d'hôpital de jour est fixée à :

- forfait « Groupe 1 » : 173,54 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 1» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 2 » : 211,98 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 2» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 3 » : 306,18 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 3» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 4 » : 218,17 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 4» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 5 » : 226,84 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 5» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 6 » : 270,25 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 6» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention;
- forfait « Groupe 7 » : 223,13 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Groupe 7» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe I à la présente convention.

§ 6. La liste nominative des prestations en annexe I à la présente convention est revue et mise à jour annuellement par la Commission de convention.

§ 7. En cas d'utilisation de la salle de plâtre dans les mêmes conditions de durée de séjour que celles fixées au § 1^{er}, un montant forfaitaire de 31,49 euros est dû en cas de pose d'un plâtre, de bandes plâtrées ou de dispositifs de contention à base de matière synthétique comme matériel de substitution aux plâtres/ bandes plâtrées classiques

- pour toute fracture ou luxation
- ou pour tout traitement orthopédique
- ou prise de moulage d'une valeur relative égale ou supérieure à N 66.

Les matières plâtrées peuvent être portées en compte en conformité avec la section 9 de la partie I, chapitre 2, de la liste figurant en annexe à l'AR du 24/10/2002. En cas d'utilisation de matériel synthétique, la facturation est autorisée à concurrence du montant d'une simple bande plâtrée et la différence entre le coût réel et le remboursement reste à charge du patient.

§ 8. Un forfait pour le traitement de la douleur chronique est dû dans le cas d'une prestation reprise à l'annexe II de la présente convention pour autant qu'elle soit réalisée en hôpital de jour.

La valeur du forfait douleur chronique est fixée à :

- « forfait 1 douleur chronique » : 242,96 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait 1 douleur chronique» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention;
- « forfait 2 douleur chronique » : 135,12 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée sous la partie «Forfait 2 douleur chronique» de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II à la présente convention;
- « forfait 3 douleur chronique » : 105,36 euros : dans le cas d'une prestation mentionnée dans la catégorie "Forfait 3 maladie chronique" de la liste nominative des prestations figurant à l'annexe II de la présente convention."

La liste nominative des prestations en annexe II à la présente convention peut être revue et mise à jour annuellement par la Commission de convention.

§ 9. En cas de la manipulation d'une voie d'accès intraveineux par dispositif d'accès intraveineux sous-cutané dans le but de réaliser le même jour :

- un acte d'imagerie médicale, repris à l'article 17 et 17ter (radiologie), 17bis et 17 quater (Echographie) ou à l'article 18 (médecine nucléaire) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités , nécessitant l'injection d'un produit de contraste ou radio-isotopique par voie intraveineuse ;

et/ou

- un prélèvement sanguin en vue d'analyses biologiques reprises à l'article 3 §1^{er}, A, II et C, I ou à l'article 18, §2, B, e) ou à l'article 24, § 1^{er} ou à l'article 24 bis (biologie moléculaire) ou à l'article 33 (examens génétiques) ou à l'article 33bis (biologie moléculaire) de la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

un forfait de 29,85 euros peut être porté en compte (=forfait manipulation d'un cathéter à chambre).

§ 9bis. Pour l'application de cette Convention, l'hospitalisation à domicile est assimilée aux situations prévues au §4 ou §5, et considérée comme prestée dans le périmètre de soins de l'hôpital sous la responsabilité de l'hôpital. Son financement est réglé par la convention "hospitalisation à domicile", conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

Pour l'application de l'article 80ter de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, le bénéficiaire, qui selon les dispositions de la Convention conclue en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002, est soigné en hospitalisation à domicile, est assimilé à un bénéficiaire hospitalisé. Par conséquent, l'accord préalable du médecin-conseil pour les spécialités pharmaceutiques du chapitre IV de la liste annexée à l'arrêté précité du 21 décembre 2001 qui sont délivrés par l'officine hospitalière à des bénéficiaires en hospitalisation à domicile, n'est pas requis si le bénéficiaire concerné répond aux conditions de remboursement prévues dans la liste, sauf si les conditions de remboursement mentionnent explicitement qu'un accord préalable du médecin-conseil est requis. Lorsqu'une spécialité pharmaceutique visée à l'article 95, § 3, de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 est prescrite à un patient qui est soigné en hospitalisation à domicile, conformément aux dispositions prévues par cet article, il est présumé de façon irréfragable que le bénéficiaire concerné satisfait aux conditions de remboursement prévues dans la liste, et l'autorisation du médecin-conseil n'est par conséquent pas requise.

Si lors d'un contrôle effectué par le médecin-conseil de l'organisme assureur d'une facturation en tiers payant à l'organisme assureur, il s'avère que le patient ne remplissait pas les conditions de remboursement du chapitre IV, une rectification de la facture du patient avec mise à sa charge du montant rejeté par l'organisme assureur, n'est pas permise (*).

(*) sur base des dispositions de l'article 8, § 2 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§ 10. Le cumul des montants visés au, § 4, § 5, § 8 et 9 de cet article avec le montant par journée d'entretien visé à l'article 3 n'est pas possible.

Les montants prévus au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique) et § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) ainsi que les montants par admission et par journée en cas d'hospitalisation de jour chirurgicale comme stipulé à l'article 3, ne sont pas dus pour un patient hospitalisé sauf s'il est hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, dans un service isolé de gériatrie et revalidation (G), un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (Sp) isolé ou un hôpital général spécialisé.

Les montants prévus au § 5 (forfait d'hôpital de jour) sont dus dans le cas des prestations 355084, 453165, 453180, 453563, 453585, 453600, 464166, 464181, 464203, 589024, 589061, 589120, 589142, 589164, 589186, 589223 lorsque les soins en question sont dispensés à un bénéficiaire qui est hospitalisé dans un autre établissement hospitalier.

§ 11. Si, pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, il est effectué plusieurs prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu au § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre) et/ou § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre) seul le montant le plus élevé peut être porté en compte.

Si, pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, il est effectué une prestation donnant lieu à la facturation d'un montant prévu au § 8 (forfait douleur chronique), les montants prévus au § 4 (maxi forfait) ne sont pas dus.

La facturation du forfait «manipulation d'un cathéter à chambre» (§9) ne peut être cumulée avec aucun autre forfait défini à l'article 4.

Lorsque pour la même admission d'un patient en hôpital de jour, sont exécutées aussi bien une prestation visée au § 5 (forfait d'hôpital de jour) et/ou au § 7 (salle de plâtre) et/ou au § 8 (forfait douleur chronique), seul le montant le plus élevé peut être porté en compte.

Si en plus des prestations donnant lieu à la facturation d'un montant prévu aux § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait d'hôpital de jour), § 7 (salle de plâtre), § 8 (forfait douleur chronique), et/ou au § 9 (forfait manipulation d'un cathéter à chambre), il est effectuée une prestation donnant lieu à l'attestation de montants tels que ceux visés dans l'article 3 en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 5. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté, seul les montants par admission et par jour sont dus.

§ 12. Le montant des forfaits visés aux § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9 sont indexés chaque année en date du 1^{er} janvier en fonction de l'évolution de la valeur de l'indice santé, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé entre le 30 juin de la pénultième année et le 30 juin de l'année précédente, à condition que la Commission de convention constate qu'une marge budgétaire suffisante est prévue par le Conseil Général.

Par dérogation à l'alinéa précédent, la Commission de conventions établissements hospitaliers – organismes assureurs peut, au plus tard le 31 décembre de l'année en cours et avec le même quorum que le quorum requis pour conclure une convention, décider d'utiliser différemment la marge financière pour l'indexation des forfaits prévue dans l'objectif budgétaire de l'année civile suivante.

Pour couvrir la charge de l'évolution de l'ancienneté du personnel, à cette même date, les forfaits visés aux § 5, § 8 et § 9 sont également adaptés selon le pourcentage de majoration octroyé au cours de l'année civile précédente dans le cadre du calcul du budget des moyens financiers tel que prévu par l'arrêté royal du 25 avril 2002.

La majoration visée à l'alinéa précédent est calculée en proportion des charges salariales qui composent les forfaits.

CHAPITRE IV : Traitement de l'insuffisance rénale chronique

Article 5.

Par hémodialyse exécutée dans un centre d'hémodialyse chronique agréé par l'autorité compétente, est dû le montant tel que fixé dans la convention spécifique concernant le financement de l'hémodialyse qui a été conclue avec les centres concernés en application de l'article 22, 6 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Article 5bis.

Pour des bénéficiaires admis dans un hôpital général spécialisé qui doivent, dans un hôpital général ou un service collectif d'autodialyse :

1° soit suivre un traitement (traitement chimiothérapeutique, traitement par radiations) comme prévu à l'article 1, 1° et 2° de l'arrêté ministériel du 6 juillet 1989 portant exécution de l'article 37, § 11 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

2° soit subir une hémodialyse chronique ou une dialyse péritonéale comme prévu comme prévu dans la convention spécifique concernant le financement de l'hémodialyse qui a été conclue avec les centres concernés en application de l'article 22, 6° de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

l'hôpital général spécialisé peut porter en compte à l'organisme assureur, pour les frais de voyage aller-retour, une indemnité à raison de 0,25 EUR par km sur la base de la distance réelle entre l'hôpital général spécialisé et le service spécialisé de l'hôpital ou le service collectif d'autodialyse où il suit son traitement, avec un maximum de deux fois trente kilomètres, en sus de l'intervention prévue au budget des moyens financiers visé à l'article 102 de la loi sur les hôpitaux.

CHAPITRE V : Intervention du patient dans les frais de séjour

Article 6.

§ 1^{er}. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 (suppléments de chambre) de la loi relative aux hôpitaux, le budget des moyens financiers tel que visé dans l'article 95 de la même loi couvre de manière forfaitaire les frais résultant du séjour du bénéficiaire en chambre commune et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier. Ne sont pas compris dans ces montants, les coûts prévus dans l'article 102 de la loi sur les hôpitaux.

§ 2. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux, les montants tels que visés dans l'article 4, § 5 et § 8 couvrent, de manière forfaitaire les frais suivants résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier pour les prestations telles que visées aux annexes I et II :

- les frais généraux et administratifs
- le confort du patient (literie et buanderie)
- les frais de prise en charge du patient (entretien et chauffage)
- le temps de travail infirmier (préparation, rangement de la salle, temps consacré au patient pendant la préparation, au cours de l'intervention et durant le post traitement)
- le coût du matériel courant de l'anesthésie (pour tous les types d'anesthésie)
- les coûts du lieu de prestation, salle de réveil et chambre du patient (petit matériel courant utilisé tant à usage unique que restérilisable)
- les boissons et nourriture.

§ 2bis. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 (suppléments de chambre) de la loi sur les hôpitaux, le montant dans l' article 4, §4 b) et §9, couvre, de manière forfaitaire les frais suivants résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier pour la prestation visée à l' article 4, §4 b) et §9:

- les frais généraux et administratifs
- le temps de travail infirmier
- le petit matériel courant utilisé tant à usage unique que restérilisable

§ 3. Sans préjudice des dispositions de l'article 97 de la loi relative aux hôpitaux, les montants tels que visés dans l' article 4, § 4, a) et § 7 , couvrent de manière forfaitaire les frais résultant du séjour du bénéficiaire et de la dispensation à celui-ci des soins dans l'établissement hospitalier.

Ne sont pas compris dans ces montants, le coût des spécialités pharmaceutiques ainsi que les honoraires des dispensateurs de soins et autres coûts relatifs aux prestations de santé énumérées à l'article 102, 2° de la loi sur les hôpitaux.

§4. Dans les situations qui nécessitent des soins urgents dans un lit d'hôpital et/ou dans les cas où une perfusion intraveineuse ou sous-cutanée est administrée, sans préjudice de l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, le budget des moyens financiers couvre de manière forfaitaire les frais qui découlent du séjour du bénéficiaire dans l'établissement et des soins qui ont été dispensés à ce bénéficiaire dans l'établissement hospitalier.

Ce budget ne comprend pas le coût des spécialités pharmaceutiques, ni les honoraires des dispensateurs de soins et autres frais liés aux prestations de santé énumérées à l'article 102, 2° de la loi sur les hôpitaux.

§5 En application de l'article 97 de loi des hôpitaux il n'est pas permis de facturer des suppléments de chambre au patient pendant le séjour dans une unité de soins intensifs.

Article 7.

§ 1^{er}. Au bénéficiaire hospitalisé dans une chambre commune et dans un chambre à deux lits, quel que soit le service et au plus tôt au moment de l'admission, un acompte de 150 euros maximum peut être demandé pour les frais de séjour (tels que prévus à l'article 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1997), l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables (telle que prévue à l'article 2, §2 de l'A.R. du 7 mai 1991), la quote-part complémentaire du patient relative au premier jour d'hospitalisation (telle que prévue à l'article 2, §3 de l'A.R. du 21 septembre 1993) et les autres interventions personnelles dans le prix de la journée d'entretien.

Ce maximum est ramené à 75 euros pour les enfants ayant la qualité de personne à charge pour l'assurance soins de santé qui n'ont pas droit à l'intervention majorée de l'assurance et à 50 euros pour les personnes qui ont droit à l'intervention majorée de l'assurance ainsi que pour les personnes à leur charge.

Les montants visés aux alinéas précédents peuvent être revus par la Commission des conventions s'il apparaît que la somme de sept fois l'intervention personnelle dans les frais de séjour du 1^{er} au 7^{ème} jour d'hospitalisation, comme prévu à l'article 1^{er} de l'A.R. du 5 mars 1997, et de l'intervention personnelle forfaitaire dans le coût des spécialités pharmaceutiques remboursables, comme prévu à l'article 2, b de l'A.R. du 7 mai 1991, majorée du montant défini à l'article 2, § 3, de l'A.R. du 21 septembre 1993 et de toute autre intervention personnelle dans le prix de la journée d'entretien, les dépasse.

§2. Au bénéficiaire hospitalisé à sa demande dans une chambre à un lit, avec supplément de

chambre, il peut être demandé un acompte supplémentaire qui atteint au maximum sept fois le montant du supplément pour une chambre à un lit.

§ 3. Un nouvel acompte comme prévu au § 1^{er} et au § 2 du présent article peut être réclamé au début de chaque nouvelle période de séjour de sept jours.

§ 4. En cas de trop-perçu par le biais des acomptes, le solde dû au patient doit être réglé au guichet de l'établissement au cas où, lors de la sortie du bénéficiaire, la facture définitive est payée au comptant ; sinon, le solde est réglé lors de l'envoi de la facture au bénéficiaire. Le solde est remboursé dans les 3 mois qui suivent la fin du mois dans lequel le bénéficiaire a quitté l'établissement.

§ 5. L'impossibilité de payer l'acompte ne peut constituer un motif de refuser le séjour d'un bénéficiaire dans une chambre de l'établissement hospitalier au prix visé à l'article 95 de la loi sur les hôpitaux.

§6. Au bénéficiaire qui est traité dans une des situations décrites à l'article 4 de la présente convention ou en cas d'admission en hospitalisation chirurgicale de jour où une prestation est effectuée qui figure dans l'annexe 3, 6. (liste A) de l'arrêté royal précité du 25 avril 2002 ou une prestation visée à l'article 101bis de ce même arrêté, il ne peut être réclamé aucun acompte, de quelque nature qu'il soit, sauf s'il a exigé d'être soigné dans une chambre à un lit. Dans ce cas, l'acompte s'élève au maximum au montant du supplément pour une chambre à un lit.

§ 7. Si l'hôpital en application de l'article 1 de l'arrêté royal du 8 juin 2007 portant exécution de l'article 3, alinéa 3, de la loi du 5 juin 2002 relative au maximum à facturer dans l'assurance soins de santé, est informé de manière irréfutable au moment où l'acompte aurait été demandé, de ce que le bénéficiaire bénéficie du maximum à facturer, celui-ci ne peut plus facturer d'acompte pour couvrir les frais déterminés au § 1 du même article, en cas de séjour dans une chambre commune ou une chambre à deux lits. En cas de séjour dans une chambre à un lit, il peut être demandé un acompte qui atteint au maximum sept fois le montant du supplément pour une chambre à un lit.

Article 8.

L'établissement s'engage à ne pas porter en compte au patient d'autres frais que :

a) les frais prévus à :

- l'article 3 (montants par admission et par journée d'entretien);
- article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9;
- l'article 97 de la loi sur les hôpitaux, (suppléments de chambre) dans les conditions prévues par cet article et ses arrêtés d'exécution ;
- l'article 2 de l'arrêté royal du 7 mai 1991 fixant l'intervention personnelle des bénéficiaires dans le coût des fournitures pharmaceutiques remboursables dans le cadre de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité ; ce montant reste dû en cas de congé pour autant que l'établissement délivre au patient les fournitures pharmaceutiques nécessaires à la poursuite de son traitement pendant la durée du congé;
- l'arrêté royal du 5 mars 1997 fixant le montant de la réduction de l'intervention de l'assurance en cas d'hospitalisation ou de séjour dans un centre de rééducation;
- l'arrêté royal du 23 juin 2003 portant exécution de l'article 71bis, §1 et § 2 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (hémodialyse).
- la convention "hospitalisation à domicile" conclue entre le Ministre de la Santé publique et l'hôpital en application de l'article 63 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

- b) les frais conformément à l'article 6;
- c) les produits et services sans indication médicale stricte et fournis à la demande du patient ou son représentant. Lors de son admission, le patient ou son représentant reçoit la liste des produits et services les plus couramment demandés et des tarifs qui peuvent être portés en compte ; cette obligation entre en vigueur le 1^{er} septembre 2007. Le patient a le droit, au moment de l'admission, via la déclaration d'admission de refuser ou d'accepter préalablement des produits et services.

Pour la fourniture de produits et services qui n'apparaissent pas sur cette liste, l'accord du patient ou de son représentant est requis.

Ces produits et services, livrés par l'hôpital, sont portés en compte au patient exclusivement au moyen de la facture, à la rubrique «frais divers».

L'établissement s'engage, dans les limites de sa compétence, à créer autant que possible, vis-à-vis de ses patients, la transparence quant à ces produits. A cet effet, la liste visée au point c) ci-dessus contient un alinéa incitant le patient à s'informer de la façon la plus complète possible sur ces produits.

L'établissement s'engage pour une spécialité pharmaceutique administrée par voie inhalée – gazeux, lorsque le code ATC 5e niveau n'est pas repris dans la liste constituant l'annexe IV de l'A.R. du 1er février 2018, à ne facturer en aucun cas une spécialité pharmaceutique avec ce même ATC5e niveau au patient.

Chapitre VI : Modalités de Paiement et de facturation

Article 9.

Pour l'application du régime du tiers payant, les dispositions de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, et modifié par l'arrêté royal du 18 septembre 2017 sont en vigueur.

Les modalités de facturation et de paiement sont établies par le même arrêté royal.

Chapitre VII : Divers

Article 10.

L'établissement s'engage à fournir aux organismes assureurs les documents qui leur sont nécessaires au remboursement des prestations visées dans la présente convention et au contrôle des dispositions légales, réglementaires ou conventionnelles en la matière.

Article 11.

L'établissement s'engage à permettre aux médecins-conseil des organismes assureurs et aux médecins-inspecteurs du Service d'évaluation et contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité d'effectuer les visites qu'ils jugent utiles pour l'accomplissement de leur mission.

Article 12.

Sans préjudice des dispositions légales en la matière, la Commission permanente chargée de négocier et de conclure les conventions avec les établissements hospitaliers est compétente pour se prononcer sur tout litige découlant de l'application de la présente convention.

L'examen de ces litiges peut être confié à des comités régionaux institués par la Commission de convention qui fixe le règlement d'ordre intérieur.

Article 13.

L'objectif budgétaire des montants prévus à l'article 4 de la présente convention est fixé sur la base des dispositions légales et réglementaires en vigueur en la matière.

Conformément à l'article 51, § 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée, les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé sont les suivants :

- par priorité des mesures sélectives, qui doivent encore être précisées ;
- à défaut de mesures sélectives, une diminution linéaire des montants prévus à l'article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9.

En cas de non application, constatée par le Conseil général dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies structurelles visées à l'article 40, § 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée ou de celles visées à l'article 18 de la même loi, une réduction automatique et immédiatement applicable du montant de l'intervention visée à l'article 4, § 4, § 5, § 7, § 8 et § 9 sera appliquée d'office, via une circulaire aux institutions et aux organismes assureurs, le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

L'application des mesures de correction visées aux alinéas 2 et 3 ne peut être invoquée, ni par une des parties ayant conclu la convention, ni par le dispensateur individuel qui y adhère, pour dénoncer cette convention.

Article 14.

En application des principes repris dans la note conceptuelle concernant la révision de l'hospitalisation de jour qui a été soumise par la Commission de conventions et le Conseil national de l'hospitalisation au Comité de l'assurance de l'INAMI en sa séance du 18 novembre 2019 et compte tenu du fait que des prestations peuvent être supprimées ou ajoutées dans le cadre du financement de l'hôpital de jour à condition qu'elles puissent être réalisées de manière sûre et qualitative hors de ou en hospitalisation de jour et ceci dans le respect d'un budget garanti, la Commission de conventions fera appel à des groupes de travail de médecins experts afin de pouvoir :

- a) proposer une liste de prestations candidates qui peuvent être ajoutées aux listes 1-7 (en annexe de la présente convention) et/ou la liste A (annexe à l'AR du 25-04-2002) ;
- b) indiquer les prestations sur les listes 1-7 ou sur la liste A qui doivent être supprimées pour le financement en hospitalisation de jour ;
- c) indiquer les prestations sur les listes 1-7 pour lesquelles, suite à l'évolution de la médecine ou des meilleures pratiques, le forfait de l'hospitalisation de jour doit être revu ou qui doivent être réparties dans un autre groupe de prestations ;
- d) indiquer les prestations sur les listes 1-7 et sur la liste A qui doivent être transférées de ou vers la liste A / les listes 1-7 ;
- e) déterminer éventuellement les conditions permettant de continuer à réaliser des prestations en hospitalisation classique et/ou hospitalisation de jour, financées par le budget des moyens financiers et/ou par les forfaits des listes 1-7 ;

- f) en réponse à la recommandation du Service d'évaluation et de contrôle médical de supprimer les prestations 220253-220264, 260271-260282, 310914-310925, 311135-311146, 355073-355084 et 432353-432364 des listes 1-7 et en exécution des principes reprises dans la note conceptuelle mentionnée dans le premier alinéa, formuler pour le 30 juin 2020 au plus tard un avis qui confirmera la recommandation ou qui argumentera de garder les prestations dans les listes 1-7. Au cas où le groupe de travail d'experts-médicaux a confirmé que ces prestations ne doivent plus être reprises dans les listes 1-7, la commission de conventions s'engage à adapter les listes 1-7.

La Commission de conventions décidera sur la base des propositions des médecins experts et dans les limites de l'objectif budgétaire attribué, d'adapter les listes des prestations en hospitalisation de jour (ajouter et supprimer). Le budget ainsi libéré par la suppression de prestations en hospitalisation de jour pourra être utilisé pour le financement de nouvelles prestations pouvant être réalisées en hospitalisation de jour.

En exécution de ces principes reprises dans la note conceptuelle, la Commission de conventions formulera une proposition dans le courant de 2020 informant les hôpitaux de leurs dépenses et de leur nombre de forfaits en hospitalisation de jour et ce par rapport à la moyenne et la médiane des autres hôpitaux.

Article 15.

La présente convention entre en vigueur le 1^{er} janvier 2020.

Elle est valable jusqu'au 31 décembre 2020 et n'est pas tacitement reconductible.

L'adhésion individuelle vaut pour la durée de la convention. Les établissements hospitaliers qui ont adhéré à la convention précédente sont, sauf manifestation contraire de leur volonté dans les trente jours suivant l'envoi par le Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de la présente convention, censés maintenir leur adhésion à cette dernière.

La commission de conventions établissements hospitaliers – organismes assureurs peut conclure des avenants à cette Convention nationale. Le refus d'un tel avenant par un établissement hospitalier signifie la fin de l'adhésion individuelle de cet établissement à la présente convention à partir de la date d'entrée en vigueur de l'avenant.

Article 16.

Par dérogation aux dispositions de l'article 14, l'adhésion à la présente convention par un établissement hospitalier nouvellement agréé ou par un établissement hospitalier ayant fait l'objet d'une reprise ou d'une fusion entre en vigueur au premier jour du mois qui suit celui de la notification au Service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de l'adhésion, par ledit établissement, à la présente convention, sauf si cette adhésion s'effectue dans un délai de 30 jours suivant la réception, par l'établissement hospitalier, de la présente convention. Dans ce cas, l'adhésion produit ses effets à partir de la date de l'agrément, la reprise ou de la fusion.

Fait à Bruxelles le 12 décembre 2019.

Pour les associations des établissements
hospitaliers,

L. GERKENS
F. IDE
I. NOLIS
C. ROSSINI
A. VERBURGT
Y. WUYTS

Pour les organismes assureurs,

Y. ADRIAENS
S. BRABANT
L. COBBAERT
B. LANDTMETERS
F. MAROY
M. NEELEN
M. VAN IMSCHOOT

ANNEXE I

LISTE NOMINATIVE DES PRESTATIONS VISEE A L'ARTICLE 4, § 5.

GROUPE 1

256874	256885	Curetage de fistule du cou
257294	257305	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique, et/ou bronchoscopie avec aspiration thérapeutique
257316	257320	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions
260271	260282	Cystoscopie avec ou sans prélèvement biopsique chez l'homme
260293	260304	Cystoscopie avec cathétérisme des uretères
312336	312340	Lambeau mucopériosté (y compris le glissement apical du lambeau mucopériosté) au-dessus d'une dent incluse dans le but de libérer la couronne dentaire
312351	312362	Enlèvement d'un élément surnuméraire inclus dans le maxillaire supérieur, dans la région de canine à canine
312373	312384	Transplantation hétérotopique de l'organe dentaire, y compris la création d'une néo-alvéole, fixation comprise
312395	312406	Transplantation dentaire transalvéolaire (ostéotomie de l'os environnant avec conservation du ligament dentaire), fixation comprise
471715	471726	Bronchoscopie sans prélèvement biopsique
471730	471741	Bronchoscopie avec prélèvement biopsique, et/ou ablation de tumeurs, et/ou coagulation de lésions
471752	471763	Bronchoscopie avec ponction transcarinale et contrôle radioscopique éventuel
476652	476663	Cathétérisme cardiaque avec biopsie endomyocardique par voie veineuse

GROUPE 2

212111	212122	Défibrillation électrique du cœur en cas d'arrêt circulatoire et/ou électrostimulation du cœur par pacemaker externe, y compris le contrôle électrocardiographique, en dehors des interventions à thorax ouvert et des prestations 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180
244370	244381	Ablation de tumeurs bénignes ou de polypes du sigmoïde par voie endoscopique, par séance
355751	355762	Ponction du foie.
355950	355961	Gastrostomie percutanée sous contrôle endoscopique en vue du placement d'une sonde d'alimentation entérale
451813	451824	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation n° 451894-451905, effectuée le même jour
451894	451905	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation nr 451813-451824, effectuée le même jour
462814	462825	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation nr 462895 - 462906, effectuée le même jour
462895	462906	Cholangio-wirsungographie par fibro-duodénoscopie et cathétérisme des voies pancréaticobiliaires, avec papillectomie (minimum 10 clichés), non cumulable avec la prestation 462814 - 462825, effectuée le même jour
471811	471822	Bronchoscopie avec prélèvement de biopsies pulmonaires périphériques (soit prélèvements multiples minimum 5, soit prélèvement dirigé en cas de tumeur périphérique) y compris le contrôle radioscopique éventuel
472091	472102	Dilatation pneumatique de œsophage, par traitement
473174	473185	Colonoscopie totale, c.à.d. atteignant l'angle droit du côlon ou la valvule iléo-caecale,
473270	473281	Traitement de varices œsophagiennes par voie endoscopique quel que soit le type de traitement endoscopique, y compris le produit éventuellement utilisé
473292	473303	Mise en place d'une prothèse œsophagiennes par méthode endoscopique, y compris la radioscopie éventuelle Les honoraires couvrent les frais de la prothèse utilisée.
473432	473443	Iléoscopie
473535	473546	Mise en place d'une endoprothèse des voies biliaires par voie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision

473690	473701	Fibroduodéoscopie avec papillotomie
473712	473723	Placement d'une prothèse de dilatation des voies biliaires par fibroduodéoscopie
474751	474762	Examen de l'iléum avec un endoscope muni d'un dispositif facilitant sa progression, par voie anale
474736	474740	Examen des voies biliopancréatiques par endoscopie
474795	474806	Excision d'une tumeur du tube digestif par mucosectomie, par endoscopie.
474832	474843	Section du muscle cricopharyngien, par endoscopie
474773	474784	Fragmentation de calcul(s) biliaire(s) ou pancréatique(s) par laser ou sonde électrohydraulique

GROUPE 3

453154	453165	Artériographie viscérale après cathétérisme sélectif d'une artère viscérale à partir de son origine
453176	453180	Artériographie viscérale multiple, après cathétérisme sélectif de plusieurs artères viscérales à partir de leur origine, quel que soit le nombre d'artères
453235	453246	Radiographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches, minimum trois clichés (non cumulable avec la prestation n° 453294-453305, effectuée le même jour)
453272	453283	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches, et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre)
453294	453305	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés
453316	453320	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés
453552	453563	Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence)
453574	453585	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque
453596	453600	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage
454016	454020	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés
454031	454042	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés
454053	454064	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés
454075	454086	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés
464155	464166	Angiographie digitale du ventricule droit et/ou artère pulmonaire (minimum une incidence)
464170	464181	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque
464192	464203	Coronarographie digitale par cathétérisme cardiaque avec minimum deux séquences filmées par pontage
464236	464240	Radiographie de l'aorte thoracique et/ou abdominale et de ses branches, minimum 3 clichés (non cumulable avec la prestation nr 464295 - 464306, effectuée le même jour)
464273	464284	Radiographie de l'aorte abdominale et de ses branches et artériographie des membres inférieurs (minimum 6 clichés ou 3 clichés d'un mètre)
464295	464306	Artériographie d'une ou des artères d'un membre, minimum 3 clichés
464310	464321	Cavographie et/ou phlébographie viscérale, minimum 3 clichés
465010	465021	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, deux incidences différentes, minimum 5 clichés

465032	465043	Angiographie cérébrale carotidienne ou angiographie cérébrale totale, plus de deux incidences, minimum 8 clichés
465054	465065	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum 3 clichés
465076	465080	Angiographie cérébrale par voie vertébrale isolée, minimum deux incidences différentes et 10 clichés
476276	476280	Examen électrophysiologique approfondi en vue de l'éveil et de l'arrêt de tachycardies au moyen de trois cathéters ou plus, y compris la prise d'échantillons de sang, les contrôles radioscopiques et électrocardiographiques, l'administration de produits pharmaceutiques et opacifiants, avec protocole et tracés
476291	476302	Examen électrophysiologique restreint en vue de l'étude de la fonction du nœud sino-auriculaire et de la conduction atrioventriculaire au moyen d'un ou de plusieurs cathéters, y compris les enregistrements électrocardiographiques
589013	589024	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère coronaire y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion du cathéter de dilatation et des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour l'ensemble des artères coronaires
589050	589061	Dilatation endovasculaire percutanée avec ou sans placement de stent(s) sous contrôle d'imagerie médicale d'une sténose et/ou occlusion d'une artère, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et tout le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation et des produits pharmaceutique et de contraste . Pour les artères autres que les artères coronaires
589131	589142	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse de lésions pathologiques ou d'hémorragie artérielle dans la région faciale, thoracique, abdominale ou pelvienne, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation
589153	589164	Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant la dissolution d'un ou de plusieurs caillots, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux coronaires
589212	589223	Mise en place endovasculaire percutanée d'un filtre dans la veine cave, y compris la cavographie de contrôle
589374	589385	Plastie endovasculaire percutanée de la veine pour sténose veineuse à la suite d'un traitement chronique par hémodialyse ou pour compression de la veine cave supérieure ou inférieure de la veine sous-clavière ou de la veine iliaque par processus expansif, y compris les manipulations et les contrôles au cours du traitement et/ou le matériel utilisé, à l'exclusion du ou des cathéter(s) de dilatation, des produits pharmaceutiques et de contraste et du ou des stent(s) éventuel(s)

GROUPE 4

149170	149181	Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang, de concentré de globules rouges ou de plaquettes pour une indication autre que post-traumatique, post-chirurgicale ou post-hémorragique
251591	251602	Enlèvement d'une prothèse mammaire, pour raison de complication documentée, par sein
423010	423021	Accouchement normal ou dystocique y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie
470013	470024	Transfusion de globules blancs avec le prélèvement au donneur (échange du contenu en leucocytes de 2 l. de sang minimum)
470271	470282	Surveillance médicale d'une transfusion à haut risque de sang complet, de globules rouges, de concentré de plaquettes sanguines, granulocytes ou lymphocytes
474331	474342	Exsanguinotransfusion
474655	474666	Surveillance médicale lors d'une transfusion de sang ou de plasma chez un enfant de moins de sept ans

GROUPE 5

230252	230263	Neurolyse intrafasciculaire sous microscope opératoire
232094	232105	Réparation nerveuse par sutures ou greffe Suture interfasciculaire (Millesi) d'un nerf dans un champ opératoire
275273	275284	Arthroplastie acromio-claviculaire
275892	275903	Arthroplastie d'une articulation d'un doigt
275936	275940	Arthrodèse d'une articulation d'un doigt
276290	276301	Désinsertion des muscles fléchisseurs de l'avant-bras pour séquelles d'un syndrome des loges de deux tendons
276312	276323	Transplantations tendineuses à l'avant-bras ou à la main : de trois tendons ou plus
277756	277760	Cure d'une tumeur intra-osseuse d'un os de la main ou du pied
277771	277782	Cure d'une tumeur intra-osseuse d'un os autre que ceux de la main ou du pied
278530	278541	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par ténotomie
278552	278563	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par ténodèse
278574	278585	Cure chirurgicale d'une lésion du bourrelet supérieur (SLAP lésion) : par suture
278596	278600	Traitement chirurgical du syndrome compressif du nerf ulnaire : par translocation sous-musculaire du nerf et/ou épitrochléoplastie
278611	278622	Traitement chirurgical d'un syndrome compressif du nerf radial au delà du coude
278633	278644	Traitement chirurgical d'un syndrome compressif du nerf médian au coude ou à l'avant-bras
278655	278666	Dénervation du poignet
278714	278725	Dénervation articulaire ou sympathectomie au niveau d'un doigt
278736	278740	Suture ligamentaire d'une articulation d'un doigt
278751	278762	Ligamentoplastie d'une articulation d'un doigt
278773	278784	Libération du canal de Guyon
278795	278806	Excision d'une tumeur ténosynoviale de la main ou du pied (Giant Cell Tumor)
278810	278821	Excision d'une tumeur des tissus mous de la main ou du pied à l'exception de toute structure kystique

278854	278865	Ténosynovectomie des fléchisseurs, sauf pour libération du canal carpien
280512	280523	Incision de gaine tendineuse
287276	287280	Exérèse de bursite olécrânienne avec ou sans résection ostéopériostée
287291	287302	Traitement chirurgical du syndrome compressif du nerf ulnaire : par translocation sous-cutanée ou neurolyse in situ
287733	287744	Ténolyse des fléchisseurs
288072	288083	Incision et drainage des phlegmons profonds de la paume
293414	293425	Ablation d'exostose sous-unguéale
471796	471800	Bronchoscopie avec extraction de corps étranger ou mise en place d'un élément prothétique

GROUPE 6

220253	220264	Cure chirurgicale de phlegmon profond
227113	227124	Intervention chirurgicale pour gynécomastie
238092	238103	Ligature, fulguration (vein eraser) ou résections étagées de 2 ou 3 veines variqueuses
238136	238140	Exérèse totale de la veine saphène externe
238151	238162	Résection isolée de la crosse de la saphène interne
241894	241905	Traitement chirurgical d'une hernie inguinale, fémorale ou obturatrice bilatérale
244510	244521	Résection de fissure anale
244576	244580	Cure complète d'hémorroïdes internes multiples par diathermorésection ou résection chirurgicale
244591	244602	Excision ou diathermorésection d'un paquet hémorroïdaire interne unique avec dilatation anale
251296	251300	Greffe dermo-épidermique couvrant une surface de 10 cm ² à 50 cm ²
251355	251366	Greffe de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) couvrant une surface de 10 cm ² à 50 cm ²
251672	251683	Placement sous-cutané d'une prothèse d'expansion
253654	253665	Greffe de peau totale (y compris le recouvrement de la surface donneuse) couvrant une surface inférieure à 10 cm ² , au niveau de la face
254833	254844	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
254855	254866	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
256896	256900	Intervention chirurgicale pour fistule congénitale du cou
258075	258086	Microlaryngoscopie en suspension (Kleinsasser) avec ou sans prélèvement biopsique
260750	260761	Ablation de tumeur de l'épididyme
261155	261166	Réduction chirurgicale de paraphimosis
275730	275741	Cure chirurgicale d'une pseudarthrose d'un os de la main
276732	276743	Synovectomie totale de la cheville ou de l'arrière-pied (y compris l'ostéochondromatose)
277012	277023	Cure chirurgicale de pseudarthrose(s) : un os de l'avant-pied à l'exclusion de l'orteil
277056	277760	Arthroplastie ou capsulectomie ou synovectomie métatarso-phalangienne : plus d'un rayon par la même incision
277115	277126	Cure chirurgicale de l'hallux valgus ou flexus : par plus d'une ostéotomie (métatarse ou phalange) et geste sur les tissus mous

277174	277185	Cure chirurgicale de l'hallux rigidus : par cheilectomie et ostéotomie (métatarse ou phalange)
277196	277200	Cure chirurgicale de l'hallux rigidus : par cheilectomie et plus d'une ostéotomie (métatarse ou phalange)
277351	277362	Plastie par matériel tendineux, cutané ou aponévrotique d'un ou des ligaments croisés du genou, quelle que soit la technique
279090	279101	Cure chirurgicale du conflit tibio-talaire au moyen d'un geste sur les tissus mous
279112	279123	Cure chirurgicale du conflit tibio-talaire au moyen d'un geste sur les tissus osseux
280556	280560	Exploration tendineuse
280593	280604	Ténotomie
280615	280626	Allongement tendineux
292132	292143	Cure chirurgicale de pseudarthrose(s) : un os de l'arrière du pied et/ou du médio-pied
293333	293344	Cure chirurgicale de l'hallux valgus ou flexus : par une ostéotomie du métatarse et geste sur les tissus mous
294630	294641	Désinsertion de l'aponévrose plantaire (Steindler)
294652	294663	Aponévrectomie plantaire
294696	294700	Evidement du sinus du tarse
300392	300403	Traitement de l'ostéochondrite par ostéosynthèse
300414	300425	Suture d'une déchirure méniscale chez un patient de moins de 25 ans
310435	310446	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de deux sinus
310450	310461	Traitement chirurgical complet unilatéral de la pathologie inflammatoire de trois ou quatre sinus
311393	311404	Ostéotomie double (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face
311651	311662	Enlèvement d'une racine ou de corps étrangers par la fosse canine
312071	312082	Pharyngoplastie (type Sanvenero-Rosselli)
312535	312546	Excision pour biopsie d'un petit ganglion profond du cou
422671		Accouchement effectué par une accoucheuse dans le cadre d'une hospitalisation de jour pendant un jour ouvrable
423673		Accouchement effectué par une accoucheuse dans le cadre d'une hospitalisation de jour durant le week-end ou un jour férié
424012	424023	Accouchement normal ou dystocique, y compris les honoraires pour l'anesthésie éventuelle, à l'exclusion des anesthésies effectuées par les médecins spécialistes en anesthésie
424115	424126	Intervention obstétricale pour fausse couche de 4 à 6 mois à condition que la femme ait fait preuve d'avoir fait surveiller médicalement sa grossesse dans le courant du troisième mois de gestation

431115	431126	Ovarectomie ou plastique ovarienne, unilatérale ou bilatérale
431432	431443	Salpingectomie et salpingostomie
431653	431664	Myomectomie par voie abdominale ou vaginale
432456	432460	Résection complète de l'endomètre, y compris l'hystéroscopie et le curetage.
589116	589120	Occlusion percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de la vascularisation artérielle ou veineuse d'un ou de plusieurs organes et de lésions pathologiques par des moyens physiques et chimiques, dans la région encéphalique ou médullaire, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement et les cathéters utilisés, à l'exclusion du ou des cathéter(s) d'embolisation utilisé, des produits pharmaceutiques et de contraste, du matériel d'embolisation
589175	589186	Introduction percutanée sous contrôle d'imagerie médicale de cathéters endovasculaires visant à la recanalisation d'une occlusion vasculaire documentée, par fibrinolyse, par recanalisation mécanique, par utilisation d'énergie (thermique, laser, radiofréquence) et par aspiration, y compris les manipulations et contrôles pendant le traitement ainsi que le matériel utilisé, à l'exclusion des cathéters d'angioplastie, des produits pharmaceutiques et de contraste. Pour les vaisseaux autres que les vaisseaux coronaires

GROUPE 7

212214	212225	Cathétérismes cardiaques en vue du placement d'un ou plusieurs cathéters par voie veineuse pour stimulation atriale et/ou ventriculaire temporaire et/ou pour monitoring des pressions ou des débits cardiaques, y compris les éventuels contrôles radioscopiques télévisés, la dénudation et les contrôles électro cardiographiques
220091	220102	Prélèvement biopsique à la Daniels
220356	220360	Exérèse ganglionnaire
256535	256546	Amygdalectomie, avec ou sans adénoïdectomie, chez l'adulte, c'est-à-dire la personne qui a atteint ou dépassé le jour anniversaire de ses dix-huit ans
256933	256944	Intervention chirurgicale pour kyste ou tumeur profonde du cou
257471	257482	Drainage prothétique transtympanal uni ou bilatéral
258532	258543	Intervention microchirurgicale du larynx pour la correction ou la préservation de la voix
260175	260186	Enlèvement d'un calcul urétéral par voie endoscopique, par séance, y compris la cystoscopie
260713	260724	Epididymectomie
261531	261542	Biopsie testiculaire
261612	261623	Méatoplastie par glissement de muqueuse
261811	261822	Pyélo- ou néphrostomie percutanée sous contrôle échoscopique ou radioscopique avec amplificateur de brillance et chaîne de télévision
262356	262360	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie diagnostique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale.
262371	262382	Urétéroscopie ou urétéroréno-scopie thérapeutique avec dilatation urétérale sous contrôle d'imagerie médicale pour le traitement de la lithiase, d'abcès, de lésions ou sténose.
276533	276544	Reconstruction du lit de l'ongle par greffe
287851	287862	Suture du lit de l'ongle
300355	300366	Nucléotomie percutanée pour hernie discale sous contrôle d'amplificateur de brillance
310914	310925	Traitement d'ostéite inflammatoire du maxillaire par curetage, en un ou plusieurs temps

311135	311146	Trépanation du maxillaire supérieur pour tumeur, ostéite, séquestre ou pour recherche de corps étrangers
311371	311382	Ostéotomie simple (prélèvement compris) d'un os du massif osseux de la face
311415	311426	Ostéotomie avec déplacement de parties de maxillaires ou chirurgie reconstructrice du maxillaire y compris la fixation d'une plaque et éventuellement le prélèvement d'un greffon osseux autogène
312012	312023	Ostéosynthèse pour fracture du maxillaire supérieur ou du malaire
312130	312141	Traitement par méthode simple de fracture d'un os du massif osseux de la face, à l'exclusion des os du nez
355073	355084	Traitement de la lithiase (rénale, biliaire, de pancréas) au moyen du lithotriporteur extracorporel par ondes de choc sous contrôle radioscopique ou échographique
431093	431104	Marsupialisation de la glande de Bartholin
431491	431502	Amputation du col utérin et plastie par lambeaux vaginaux (Sturmdorf)
431756	431760	Plastique vaginale et vulvaire
432294	432305	Conisation du col utérin
432353	432364	Procédure obstétricale invasive (amniocentèse, ponction foetale, cordocentèse) sous contrôle échographique
532210	532221	Ponçage ou dermabrasion par procédé chirurgical d'au moins la moitié du visage ou étendu à moins le cinquième de la surface du corps, à l'exclusion de techniques chimiques

ANNEXE II

LISTE NOMINATIVE DES PRESTATIONS VISEE A L'ARTICLE 4, § 8

Forfait douleur chronique 1

202355	202366	Cordotomie cervicale au moyen d'une technique percutanée par radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202392	202403	Traitement percutané du ganglion sphéno-palatin à l'aide de courants de radiofréquence, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202716	202720	Placement par tunnellisation sous-cutanée et fixation d'un cathéter épidural, intrathécal ou plexique en vue d'une injection de longue durée d'analgésiques, avec ou sans utilisation de l'amplificateur de brillance
202753	202764	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du système sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an
202775	202786	Traitement chimique ou traitement par radiofréquence du ganglion coélique bilatéral, avec utilisation de l'amplificateur de brillance

Forfait douleur chronique 2

202370	202381	Traitement percutané du ganglion de Gasser à l'aide de courants de radiofréquence, de glycérol ou de compression à ballonnet, avec utilisation de l'amplificateur de brillance
202414	202425	Sympathectomie intraveineuse, attestable au maximum quatre fois par an, par séance
202436	202440	Blocage diagnostique sélectif de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an Traitement percutané par radiofréquence de l'innervation de l'articulation zygo-apophysaire, au minimum trois niveaux d'articulation (unilatéraux), avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an:
202451	202462	au niveau cervical
202473	202484	au niveau thoracique
202495	202506	au niveau lombaire/sacré
202510	202521	Blocage diagnostique sélectif du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an

202532	202543	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion dorsal lombaire ou sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202576	202580	Blocage diagnostique sélectif du ganglion cervico-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an
202591	202602	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion cervico-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202635	202646	Blocage diagnostique sélectif du ganglion thoraco-dorsal avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par traitement et six fois par an
202650	202661	Traitement percutané par radiofréquence du ganglion thoraco-dorsal, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, 1 ^{er} niveau nerveux, attestable au maximum deux fois par an
202694	202705	Cryothérapie d'un nerf ou d'un ganglion, attestable au maximum six fois par an
202731	202742	Blocage diagnostique sélectif du sympathique cervical, thoracique ou lombo-sacré, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, attestable au maximum trois fois par an
202790	202801	Infiltration radiculaire ou transforaminale, avec utilisation de l'amplificateur de brillance, maximum une racine nerveuse par séance, attestable au maximum six fois par an

Forfait douleur chronique 3

202834	202845	Infiltration épidurale à visée thérapeutique, au niveau thoracique ou cervical, effectuée dans un local techniquement équipé à cette fin au sein d'un établissement hospitalier agréé, attestable au maximum six fois par an
--------	--------	--

Zh/2020

Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel
☎ 02/739 78 74
hospit@riziv-inami.fgov.be

**Rijksinstituut voor Ziekte- en
Invaliditeitsverzekering**



**Dienst voor
Geneeskundige Verzorging**

**Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen
en de verzekeringsinstellingen van 12 december 2019**

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen-Verzekeringsinstellingen van 12 december 2019, onder het voorzitterschap van de heer Daniel CRABBE, adviseur-generaal, daartoe gedelegeerd door de heer M. DAUBIE, leidend ambtenaar van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging,

Gelet op de wetgeving inzake de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

werd overeengekomen wat volgt tussen:

enerzijds,

de vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen,

en anderzijds,

de vertegenwoordigers van de verenigingen van de verpleeginrichtingen.

HOOFDSTUK I: Algemene bepalingen

Eerste artikel.

Deze overeenkomst omschrijft, overeenkomstig de bepalingen van artikel 42 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, de betrekkingen tussen

- de verpleeginrichtingen, zoals gedefinieerd in artikel 2 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 10 juli 2008, met uitzondering van de psychiatrische ziekenhuizen zoals gedefinieerd in artikel 3 van diezelfde wet,
- de verzekeringsinstellingen, zoals gedefinieerd in artikel 2, i) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en
- de rechthebbenden, zoals gedefinieerd in artikel 2, j) van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 2.

Voor de toepassing van deze overeenkomst verstaat men onder:

- **daghospitalisatie :**

Een daghospitalisatie is een opname en verblijf in een erkend ziekenhuis zonder overnachting waarbij de patiënt één of meerdere planbare interventies ondergaat. Bedoelde interventies vereisen vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten¹, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de nazorg, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten onder toezicht en leiding van een arts-specialist verbonden aan het ziekenhuis met adequaat toezicht en toediening van zorg.

- **een functie “chirurgische daghospitalisatie”:**

Is erkend op basis van de bepalingen die zijn vastgesteld bij het KB van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend.

- **thuishospitalisatie:**

De specifieke ten laste neming van zorgen aan een patiënt thuis of in een residentiële zorginstelling waarbij, indien deze daar niet worden verricht, ze verleend zouden moeten worden tijdens een klassieke opname in een ziekenhuis of gedurende een opeenvolging van opnames in het dagziekenhuis of van een van de situaties zoals voorzien in artikel 4 van de overeenkomst. Specifiek gaat het om de zorg die is beschreven in de overeenkomst “thuishospitalisatie” die is gesloten tussen de Minister van Volksgezondheid en het ziekenhuis in uitvoering van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

¹ De normen van de KB's van 25/11/1997 (artikel 8) « chirurgisch dagziekenhuis » en van 10/2/2008 (artikel 4, 2°) (niet-chirurgisch dagziekenhuis) beperken terecht de ten laste neming in het dagziekenhuis tot patiënten « die bij hen thuis, kunnen genieten van een adequate ten laste neming gedurende minstens 24 uur na hun ontslag».

- **bedrag per opname :**

het bedrag van het variabele gedeelte van het budget van de financiële middelen dat wordt vereffend per opname krachtens de bepalingen van artikel 99 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

- **bedrag per verpleegdag :**

het bedrag van het variabele gedeelte van het budget van de financiële middelen dat per hospitalisatiedag wordt vereffend krachtens de bepalingen van artikel 99 van het KB van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen.

- **gespecialiseerde algemene ziekenhuizen:**

ziekenhuizen die enkel beschikken over psychiatrische ziekenhuisdiensten samen met gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) en/of een dienst voor geriatrie (kenletter G) of ziekenhuizen die enkel beschikken over een dienst Sp palliatief.

- **gipskamer**

een kamer bestemd voor het aanbrengen van fixatiemateriaal op basis van gipsverbanden of synthetisch materiaal, die meer bepaald gebruikt worden voor een breuk, een luxatie, een orthopedische behandeling of het nemen van een afgietsel.

- **verlof**

de periode tijdens welke de in een ziekenhuis opgenomen patiënt het ziekenhuis verlaat zonder dat een einde wordt gesteld aan zijn verblijf door mededeling van een formulier 727 aan de verzekeringsinstelling en zonder dat hij naar een ander ziekenhuis wordt overgebracht; de duur van het verlof mag niet meer dan 5 dagen bedragen en de datum van terugkeer van de patiënt naar het ziekenhuis wordt vastgesteld bij het begin van het verlof.

- **ziekenhuiswet**

wet betreffende de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, gecoördineerd op 10 juli 2008.

HOOFDSTUK II: bedrag per opname en bedrag per verpleegdag

Artikel 3.

Het bedrag per opname is verschuldigd voor elke eerste hospitalisatiedag die ten minste één nacht behelst, d.w.z. een opname die plaatsvindt vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags. Dit bedrag per opname is eveneens verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 5. (lijst A) van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen of een in artikel 101bis van datzelfde besluit beoogde verstrekking. Dat bedrag per opname is niet verschuldigd in geval van opname in een Sp-dienst (met inbegrip van de palliatieve Sp), in een gespecialiseerd algemeen ziekenhuis of in eenheden voor de behandeling van zwaar verbranden.

Het bedrag per verpleegdag is verschuldigd voor elke hospitalisatiedag die ten minste één nacht behelst, d.w.z. een opname die aanvangt vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags. Dit bedrag per verpleegdag is eveneens verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 5. (lijst A) van het voornoemde koninklijk besluit van 25 april 2002 of een in artikel 101bis van datzelfde besluit beoogde verstrekking.

In geval tijdens dezelfde dag en in hetzelfde ziekenhuis een opname in de chirurgische daghospitalisatie al dan niet onmiddellijk wordt gevolgd door een opname in het ziekenhuis, is voor die dag slechts eenmaal het bedrag per opname en slechts eenmaal het bedrag per verpleegdag verschuldigd.

De overbrenging van de rechthebbende naar een andere dienst van hetzelfde ziekenhuis, dat al dan niet op dezelfde site is gelegen, wordt beschouwd als een voortzetting van de ziekenhuisopname en geeft geen recht op een bedrag per opname behalve indien het een patiënt betreft die oorspronkelijk is opgenomen in een Sp-dienst van het ziekenhuis, vervolgens intern wordt overgebracht naar een dienst die geen Sp-dienst is. In geval van een tweede (of volgende) transfer tussen de voornoemde diensten zal geen enkel nieuw opnamebedrag mogen worden aangerekend.

De dag van opname en de dag van ontslag worden gezamenlijk beschouwd als één hospitalisatiedag, behalve in de gevallen waarin de volgende voorwaarden tegelijkertijd worden vervuld: opname van de rechthebbende voor 12 uur op de dag van opname en vertrek van de rechthebbende na 14 uur op de dag van zijn ontslag uit het ziekenhuis.

In geval de dag van opname en de dag van ontslag in toepassing van het vorige lid als twee hospitalisatiedagen worden beschouwd wordt het bedrag per dag aangerekend op de dag van opname en wordt op de dag van ontslag een bedrag per dag aangerekend ter waarde van 0 euro.

In de andere situaties worden de hospitalisatiedagen van de rechthebbende als volgt geboekt:

- in geval van opname vóór 12 uur op de dag van opname en vertrek vóór 14 uur op de dag van zijn ontslag: boeking van de dag van opname;
- in geval van opname na 12 uur op de dag van opname, ongeacht het vertrekkuur op de dag van ontslag : boeking van de dag van ontslag.”

In afwijking van het voorgaande lid kan in de gespecialiseerde algemene ziekenhuizen in geval van opname voor 12 uur op de dag van opname en vertrek na 14 uur op de dag van ontslag 'het bedrag per dag' aangerekend worden voor zowel de dag van opname als de dag van ontslag.

Het bedrag per dag moet gefactureerd worden met de dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef om 12u 's middags. Indien de patiënt om 12u 's middags niet meer aanwezig is, (verlof of ontslag vóór 12u), dan wordt het bedrag per dag gefactureerd met de dienstcode van de dienst waar de patiënt verbleef op het ogenblik van zijn ontslag.

Het bedrag per opname wordt steeds geboekt op de datum van opname van de rechthebbende.

Indien een rechthebbende echter de dag zelf van zijn opname overlijdt, is de betaling van één hospitalisatiedag verschuldigd voor zowel het bedrag van de opname als dat van de verpleegdag.

In geval van toekenning van verlof mag de dag van vertrek alleen worden aangerekend wanneer de rechthebbende de verpleeginrichting verlaat na 14 uur en mag de dag van terugkeer alleen worden aangerekend wanneer de rechthebbende vóór 12 uur naar de verpleeginrichting terugkeert.

HOOFDSTUK III: De verschillende forfaits

Artikel 4.

§ 1. De in § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 8 (forfait chronische pijn) en 9 (forfait manipulatie poortkatheter) vastgestelde bedragen zijn verschuldigd in de situaties die in dezelfde paragrafen worden beoogd, en dit onder de volgende voorwaarden:

- de opname geeft geen aanleiding tot een ziekenhuisverblijf met overnachting (een opname die plaatsvindt voor middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags), ongeacht de duur van het verblijf,
- en de opname gebeurt niet in de wachtkamer, noch in een poliklinische raadplegingsdienst van de verpleeginrichting,
- en de opname wordt niet onmiddellijk gevolgd door een geprogrammeerde ziekenhuisverpleging in dezelfde verpleeginrichting,
- en indien bij de opname naar aanleiding van een verstrekking die is opgenomen in § 5 en § 8, een procedure, zoals bedoeld in artikel 7 van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, is ingevoerd voor de follow-up van de patiënt na zijn ziekenhuisopname.

§ 2. Het bedrag van het maxiforfait, zoals bedoeld in § 4, a), is gelijk aan het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 4 van de overeenkomst van 24 juni 2011 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 31 december 2013 in rekening kon brengen vermeerderd met 1,39%.

Indien het gaat om een nieuw ziekenhuis is het bedrag van het maxiforfait gelijk aan 42,87 % van de prijs per parameter van activiteit van dit ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 116 van de ziekenhuiswet.

Bij fusie van ziekenhuizen berekent de Dienst voor Geneeskundige Verzorging op basis van de meest recent beschikbare gegevens betreffende het aantal maxiforfaits in de betrokken ziekenhuizen en op basis van de bedragen van de maxiforfaits in deze ziekenhuizen, het gewogen gemiddelde als maxiforfait voor het fusieziekenhuis.

Bij defusie behoudt elk van de ziekenhuizen het maxiforfait van het fusieziekenhuis.

Het maxiforfait bedraagt minstens 25 euro.

§ 3. De vergoeding van de miniforfaits is opgeheven vanaf 1 januari 2014. De financiering ervan wordt vanaf die datum ten laste genomen via het budget van financiële middelen.

§ 4 In geval van medisch en verpleegkundig toezicht

- a) bij een verstrekking uitgevoerd onder algemene anesthesie, onder toezicht van een arts gespecialiseerd in anesthesie-reatimatie is een maxiforfait verschuldigd zoals bedoeld in § 2;
- b) bij de toediening/inname van medicatie van de vergoedingscategorie A geregistreerd onder de ATC-codes L01 of L03AX03 kunnen volgende forfaits aangerekend worden:
 - a. forfait "oncologische basiszorg": 49,78 euro bij orale medicatie van één of meerdere moleculen geregistreerd onder bovenvermelde ATC-codes. Dit forfait kan maximaal 1 keer per kalendermaand aangerekend worden.
 - b. "maxiforfait monotherapie": 126,20 euro per behandelingsdag bij toediening van één molecule geregistreerd onder bovenvermelde ATC-codes. De toediening ervan gebeurt intraveneus, intrathecaal, intramusculair, intra-arterieel, intracavitair (= intrapleuraal, intravesicaal, intraventriculair, intraperitoneaal, intrapericardiaal) of subcutaan.

- c. “maxiforfait combitherapie”: 169,31 euro per behandelingsdag bij toediening van minstens twee moleculen geregistreerd onder bovenvermelde ATC-codes. De toediening ervan gebeurt intraveneus, intrathecaal, intramusculair, intra-arterieel, intracavitair (= intrapleuraal, intravesicaal, intraventriculair, intraperitoneaal, intrapericardiaal) of subcutaan.
- d. forfait “pediatrie mono”: 36,91 euro per behandelingsdag bij kinderen. Dit forfait wordt steeds samen aangerekend met het “maxiforfait monotherapie”. Dit forfait kan aangerekend worden voor kinderen tot en met 16 jaar.
- e. forfait “pediatrie combi”: 107,19 euro per behandelingsdag bij kinderen. Dit forfait wordt steeds samen aangerekend met het “maxiforfait combitherapie”. Dit forfait kan aangerekend worden voor kinderen tot en met 16 jaar.

De forfaits “maxiforfait monotherapie” en “maxiforfait combitherapie” mogen gecumuleerd worden met het forfait “oncologische basiszorg”. De forfaits “maxiforfait monotherapie” en “maxiforfait combitherapie” mogen niet onderling gecumuleerd worden.

Deze forfaits mogen onder dezelfde voorwaarden aangerekend worden bij de toediening van medicatie die geregistreerd is onder de in het eerste lid vermelde ATC-codes maar waarvoor nog geen vergoeding werd vastgelegd, indien aan de volgende cumulatieve voorwaarden is voldaan:

- het therapeutisch nut voor de geregistreerde indicatie is bewezen;
- de medicatie wordt toegediend buiten een klinische trial.

§ 5. Het dagziekenhuisforfait is verschuldigd voor de verstrekkingen die zijn opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst, voor zover ze uitgevoerd worden in een dagziekenhuis.

De waarde van het dagziekenhuisforfait wordt vastgesteld op:

- forfait “Groep 1” : 173,54 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 1” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 2” : 211,98 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 2” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 3” : 306,18 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 3” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 4” : 218,17 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 4” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 5” : 226,84 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 5” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 6” : 270,25 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 6” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst;
- forfait “Groep 7” : 223,13 euro : in geval van een verstrekking die is vermeld onder het deel “Groep 7” van de nominatieve lijst van de verstrekkingen die is opgenomen in bijlage I bij deze overeenkomst.

§ 6. De nominatieve lijst van de verstrekkingen van bijlage I bij deze overeenkomst kan jaarlijks door de overeenkomstencommissie worden herzien en bijgewerkt.

§ 7. Ingeval de gipskamer wordt gebruikt onder dezelfde voorwaarden inzake verblijfsduur als die welke zijn vastgesteld in § 1, is een forfaitair bedrag van 31,49 euro verschuldigd als gips, gipsverbanden of fixatiemateriaal op basis van synthetisch materiaal ter vervanging van klassiek gips(verband), wordt aangebracht

- voor een breuk of luxatie;
- of voor een orthopedische behandeling;
- of voor het nemen van een afgietsel met een betrekkelijke waarde, gelijk aan of hoger dan N 66.

Het gipsmateriaal mag worden aangerekend in overeenstemming met afdeling 9 van deel I, hoofdstuk 2 van de lijst in bijlage bij het KB van 24-10-2002. Ingeval synthetisch materiaal wordt gebruikt, is de facturering tegen het bedrag van een gewoon gipsverband toegestaan en het verschil tussen de kostprijs en de vergoeding blijft ten laste van de patiënt.

§ 8. Een forfait voor de behandeling van chronische pijn is verschuldigd in geval van een verstrekking die is vermeld in bijlage II van deze overeenkomst als ze in het dagziekenhuis worden uitgevoerd.

De waarde van het forfait chronische pijn is vastgesteld op:

- Forfait 1 chronische pijn: 242,96 euro: in het geval van een verstrekking vermeld onder het gedeelte "Forfait 1 chronische pijn" van de nominatieve lijst van de verstrekkingen van bijlage II bij deze overeenkomst;
- Forfait 2 chronische pijn: 135,12 euro: in het geval van een verstrekking vermeld onder het gedeelte "Forfait 2 chronische pijn" van de nominatieve lijst van de verstrekkingen van bijlage II bij deze overeenkomst;
- "Forfait 3 chronische pijn: 105,36 euro: in het geval van een verstrekking vermeld onder het gedeelte "Forfait 3 chronische pijn" van de nominatieve lijst van de verstrekkingen van bijlage II bij deze overeenkomst."

De nominatieve lijst van de verstrekkingen van bijlage II bij deze overeenkomst kan jaarlijks door de overeenkomstencommissie worden herzien en bijgewerkt.

§ 9. Bij manipulatie van een subcutaan geplaatste intraveneuze toegangsweg met als doel dezelfde dag:

- Een prestatie medische beeldvorming, opgenomen in artikel 17 en 17ter (radiologie), 17bis en 17 quater (echografie) of artikel 18 (nucleaire geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvoor de inspuiting van een contrastvloeistof of een radio-isotoop via intraveneuze weg nodig is;

en/of

- Een bloedafname voor biologische analyse opgenomen in artikel 3, §1er, A, II et C, I of artikel 18, §2, B, e of artikel 24, §1, of artikel 24 bis (moleculaire biologie) of artikel 33 (genetisch onderzoek) of artikel 33bis (moleculaire biologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

kan een forfait aangerekend worden van 29,85 euro (= forfait manipulatie poortkatheter).

§ 9bis. Voor de toepassing van deze overeenkomst wordt de thuishospitalisatie gelijkgesteld met de situaties zoals bedoeld in § 4 of § 5, en beschouwd als uitgevoerd binnen de zorgperimeter van het ziekenhuis onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis. De financiering ervan is geregeld in toepassing van de overeenkomst “thuishospitalisatie”, gesloten tussen de Minister van Volksgezondheid en het ziekenhuis in uitvoering van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002.

Voor de toepassing van artikel 80ter van het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, wordt de rechthebbende, die volgens de bepalingen van de overeenkomst die is gesloten in uitvoering van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002 in thuishospitalisatie wordt verzorgd, gelijkgeschakeld met een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende. Bijgevolg is de voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer voor de farmaceutische specialiteiten uit hoofdstuk IV van de lijst als bijlage van het voornoemd besluit van 21 december 2001 die door de ziekenhuisapotheek zijn afgeleverd aan rechthebbenden in thuishospitalisatie niet vereist als de betrokken rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, tenzij er in de vergoedingsvoorwaarden expliciet vermeld wordt dat er een voorafgaande machtiging van de adviserend geneesheer vereist is. Wanneer een farmaceutische specialiteit bedoeld in artikel 95, § 3, van het koninklijk besluit van 21 december 2001 wordt voorgeschreven aan een patiënt die in thuishospitalisatie wordt verzorgd, overeenkomstig de bepalingen van dat artikel, is er een onweerlegbaar vermoeden dat de betrokken rechthebbende voldoet aan de vergoedingsvoorwaarden die in de lijst zijn voorzien, en is de machtiging van de adviserend geneesheer bijgevolg niet vereist. Indien naar aanleiding van een controle door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling van de facturering aan derdebetalersregeling aan de verzekeringsinstelling blijkt dat de patiënt niet voldeed aan de vergoedingsvoorwaarden van hoofdstuk IV, is een correctie van de patiëntenfactuur waarbij het bedrag dat door de verzekeringsinstelling verworpen werd aan de patiënt aangerekend wordt, niet toegelaten (*).

(*) op basis van de bepalingen van artikel 8, § 2 van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt.

§ 10. De bedragen, bedoeld in, § 4, § 5, § 8 en § 9 van dit artikel, en het bedrag per verpleegdag, bedoeld in artikel 3, mogen niet worden gecumuleerd.

De bedragen die zijn vastgesteld in § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer), § 8 (forfait chronische pijn) en § 9 (forfait manipulatie poortkatheter) evenals de bedragen per opname en per dag bij opname in chirurgische daghospitalisatie zoals bepaald in artikel 3, zijn niet verschuldigd voor een gehospitaliseerde patiënt, behalve indien hij is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, in een geïsoleerde gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp), in een geïsoleerde dienst voor geriatrie en revalidatie (G) of in een gespecialiseerd algemeen ziekenhuis.

De bedragen die zijn vastgesteld in § 5 (dagziekenhuisforfait), zijn verschuldigd in het geval van de verstrekkingen 355084, 453165, 453180, 453563, 453585, 453600, 464166, 464181, 464203, 589024, 589061, 589120, 589142, 589164, 589186, 589223, wanneer de desbetreffende verzorging wordt verleend aan een rechthebbende die in een andere verpleeginrichting is opgenomen.

§ 11. Als voor dezelfde opname van een patiënt in een dagziekenhuis verscheidene verstrekkingen worden uitgevoerd die aanleiding geven tot de facturering van een bedrag dat is vastgesteld in § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer) en/of § 9 (forfait manipulatie poortkatheter) kan enkel het hoogste bedrag worden aangerekend.

Als voor dezelfde opname van een patiënt in een dagziekenhuis een verstrekking wordt verricht die aanleiding geeft tot de facturering van een bedrag zoals bedoeld in § 8 (forfait chronische pijn), zijn de bedragen bedoeld in § 4 (maxiforfait) niet verschuldigd.

De facturatie van het forfait “manipulatie poortkatheter” (§9) kan met geen enkel ander forfait bedoeld in artikel 4 gecumuleerd worden.

Als voor dezelfde opname van een patiënt in een dagziekenhuis zowel een prestatie wordt verricht zoals bedoeld in § 5 (dagziekenhuisforfait) en/of in § 7 (gipskamer) en/of in § 8 (forfait chronische pijn), kan enkel het hoogste bedrag worden aangerekend.

Als bovenop die verstrekkingen die aanleiding geven tot de facturering van een bedrag zoals bedoeld in § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer), § 8 (forfait chronische pijn) en/of § 9 (forfait manipulatie poortkatheter), een verstrekking wordt verricht die aanleiding geeft tot de aanrekening van bedragen zoals bedoeld in artikel 3 in geval van een opname in het kader van een chirurgische daghospitalisatie waar een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 5. (lijst A) van het voornoemde koninklijk besluit van 25 april 2002 of een in artikel 101bis van datzelfde besluit beoogde verstrekking, zijn alleen de bedragen per opname en per dag verschuldigd.

§ 12. Het bedrag van de forfaits, bedoeld in § 4, § 5, § 7, § 8 en § 9 wordt elk jaar geïndexeerd op 1 januari op grond van de evolutie tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging, op voorwaarde dat de overeenkomstencommissie vaststelt dat hiervoor een toereikende begrotingsmarge voorzien is door de Algemene Raad.

In afwijking van het voorgaande lid kan de overeenkomstencommissie ziekenhuizen – verzekeringsinstellingen uiterlijk op 31 december van het lopende jaar en met hetzelfde quorum als het quorum dat noodzakelijk is voor het sluiten van een overeenkomst beslissen om de financiële marge voor de indexering van de forfaits die in de begrotingsdoelstelling is voorzien voor het daaropvolgende kalenderjaar op een andere wijze te besteden.

Om rekening te houden met de kost die veroorzaakt wordt door de evolutie van de anciënniteit van het personeel, worden op diezelfde datum de forfaits, bedoeld in § 5, § 8 en § 9 aangepast volgens het stijgingspercentage dat in de loop van het vorige kalenderjaar werd toegekend in het kader van de berekening van het budget van de financiële middelen, zoals bepaald wordt door het koninklijk besluit van 25 april 2002.

De verhogingen, bedoeld in de vorige alinea, worden berekend in verhouding tot de loonlasten die de forfaits samenstellen.

HOOFDSTUK IV: Behandeling van de chronische nierinsufficiëntie

Artikel 5.

Per hemodialyse, verricht in een door de bevoegde overheid erkend centrum voor chronische hemodialyse, is het bedrag verschuldigd zoals bepaald in de specifieke overeenkomsten betreffende de financiering van hemodialyse die met de betrokken centra werden afgesloten in toepassing van artikel 22, 6 de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Artikel 5bis.

Voor de rechthebbenden opgenomen in een gespecialiseerd algemeen ziekenhuis, en die in een algemeen ziekenhuis of in een dienst voor collectieve autodialyse :

1° ofwel een behandeling (chemotherapeutische behandeling, behandeling door stralingen) moeten krijgen zoals bedoeld in artikel 1, 1° en 2° van het ministerieel besluit van 6 juli 1989 tot uitvoering van artikel 37, § 11, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

2° ofwel chronische hemodialyse of peritoneale dialyse moeten krijgen zoals bepaald in de specifieke overeenkomsten betreffende de financiering van hemodialyse die met de betrokken centra werden afgesloten in toepassing van artikel 22, 6° van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

kan het gespecialiseerd algemeen ziekenhuis aan de verzekeringsinstelling, voor de heen- en terugreis, een vergoeding voor de reiskosten aanrekenen a rata van 0,25 EUR per km op grond van de werkelijke afstand tussen het gespecialiseerd algemeen ziekenhuis en de gespecialiseerde dienst van het ziekenhuis of de dienst voor collectieve autodialyse waar de rechthebbende in behandeling is, met een maximum van tweemaal dertig kilometer, bovenop de vergoeding die hiervoor voorzien is in het budget van financiële middelen zoals bedoeld in artikel 102 van de wet op de ziekenhuizen.

HOOFDTUK V: Tegemoetkoming van de patiënt in de verblijfskosten

Artikel 6.

§ 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 (kamersupplementen) van de wet op de ziekenhuizen dekt het budget van de financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 95 van dezelfde wet, op forfaitaire wijze de kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende in een gemeenschappelijke kamer en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting.

Zijn niet begrepen in die bedragen, de kosten die zijn vastgesteld in artikel 102 van de ziekenhuiswet.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 (kamersupplementen) van de wet op de ziekenhuizen dekken de bedragen, bedoeld in artikel 4, § 5 en § 8, op forfaitaire wijze de volgende kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting voor de verstrekkingen zoals bedoeld in de bijlagen I en II :

- de algemene kosten en de administratiekosten
- het comfort van de patiënt (kosten voor beddengoed en wasserij)
- de kosten voor de tenlasteneming van de patiënt (onderhouds- en verwarmingskosten)
- de tijd van verpleegkundige activiteit (voorbereiding, het in orde brengen van de zaal, de tijd die aan de patiënt wordt besteed tijdens de voorbereiding, de ingreep en de nabehandeling)
- de kosten van het courante anesthesiemateriaal (voor alle types van anesthesie)
- de kosten van de plaats van de verstrekking, ontwaakzaal en kamer van de patiënt (het gebruikte gewone klein materiaal, zowel voor eenmalig gebruik als hersteriliseerbaar)
- drank en voedsel.

§ 2 bis. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 (kamersupplementen) van de ziekenhuiswet, dekt het bedrag in artikel 4 § 4 b) en § 9, op forfaitaire wijze de volgende kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting voor de verstrekking bedoeld in artikel 4 § 4 b) en § 9:

- de algemene kosten en administratiekosten
- de tijd van verpleegkundige activiteit
- het courant klein materiaal: zowel materiaal voor éénmalig gebruik als steriliseerbaar materiaal.

§ 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, dekken de bedragen, zoals bedoeld in artikel 4, § 4 a) en § 7, op forfaitaire wijze de kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende in de inrichting en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting.

In deze bedragen zijn niet begrepen, de kosten voor de farmaceutische specialiteiten, alsook de honoraria van de zorgverleners en andere kosten in verband met de in artikel 102, 2° van de ziekenhuiswet opgesomde geneeskundige verstrekkingen.

§ 4. In geval van situaties die een dringende verzorging in een ziekenhuisbed verantwoordend en/of in geval van situaties waarbij een intraveneuze of subcutane perfusie wordt toegediend, dekt, onverminderd de bepalingen van artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, het budget van financiële middelen op forfaitaire wijze de kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende in de inrichting en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting.

In dit budget zijn niet begrepen, de kosten voor de farmaceutische specialiteiten, alsook de honoraria van de zorgverleners en andere kosten in verband met de in artikel 102, 2° van de ziekenhuiswet opgesomde geneeskundige verstrekkingen.

§ 5. In toepassing van artikelen 97 van de wet op de ziekenhuizen mag er aan de patiënt geen kamersupplement worden aangerekend tijdens het verblijf op een eenheid voor intensieve zorg.

Artikel 7.

§ 1. Aan de rechthebbende die is opgenomen in een gemeenschappelijke kamer of in een tweepersoonskamer, mag, ongeacht de dienst en op zijn vroegst op het ogenblik van de opname, een voorschot worden gevraagd van maximum 150,00 euro voor de verblijfskosten (zoals vastgesteld in artikel 1 van het KB van 5 maart 1997), het forfaitair persoonlijk aandeel in de kosten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten (zoals vastgesteld in artikel 2, §2 van het KB van 7 mei 1991), het bijkomend aandeel van de patiënt betreffende de eerste hospitalisatiedag (zoals vastgesteld in artikel 2, § 3 van het KB van 21 september 1993 en de andere persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs.

Dit maximum wordt verminderd tot 75 euro voor de kinderen die de hoedanigheid hebben van persoon ten laste in de verzekering voor geneeskundige verzorging en die geen recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en tot 50 euro voor de personen die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en hun personen ten laste.

De bedragen, bedoeld in de vorige alinea's kunnen worden herzien door de Overeenkomstencommissie, als blijkt dat de som van zevenmaal het persoonlijk aandeel in de verblijfskosten van de eerste tot de zevende hospitalisatiedag, zoals vastgesteld in artikel 1 van het KB van 5 maart 1997, en van het forfaitair persoonlijk aandeel in de kosten van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, zoals vastgesteld in artikel 2, b van het KB van 7 mei 1991, verhoogd met het bedrag dat is bepaald in artikel 2, § 3 van het KB van 21 september 1993 en van alle andere persoonlijke aandelen in de verpleegdagprijs, deze bedragen overschrijdt.

§ 2. Aan de rechthebbende die op zijn verzoek is opgenomen in een eenpersoonskamer met kamersupplement, mag een bijkomend voorschot worden gevraagd van maximum zevenmaal het bedrag van het supplement voor een eenpersoonskamer.

§ 3. Een nieuw voorschot, zoals bepaald in § 1 en § 2 van dit artikel, mag worden gevraagd bij het begin van elke nieuwe verblijfsperiode van zeven dagen.

§ 4. In geval er te veel voorschotten werden betaald, moet het saldo worden vereffend aan het loket van de inrichting ingeval bij het ontslag van de rechthebbende de definitieve factuur contant wordt betaald; zoniet wordt het saldo vereffend bij het versturen van de factuur aan de rechthebbende. Het saldo wordt terugbetaald uiterlijk binnen 3 maanden die volgen op het einde van de maand waarin de rechthebbende uit de instelling werd ontslagen.

§ 5. De onmogelijkheid om het voorschot te betalen, kan geen reden zijn om het verblijf van een rechthebbende in een kamer van de verpleeginrichting te weigeren tegen de prijs, bedoeld in artikel 95 van de ziekenhuiswet.

§ 6. Aan de rechthebbende die behandeld wordt in een van de situaties, beschreven in artikel 4 van deze overeenkomst, of in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 6. (lijst A) van het voornoemde koninklijk besluit van 25 april 2002, of een in artikel 101bis van datzelfde besluit beoogde verstrekking, mag geen voorschot van welke aard ook worden gevraagd behalve indien de rechthebbende geëist heeft in een eenpersoonskamer verpleegd te worden. In dat geval bedraagt het voorschot maximaal het bedrag van het supplement voor een eenpersoonskamer.”

§ 7. Indien het ziekenhuis in toepassing van artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 juni 2007 tot uitvoering van artikel 3, derde lid, van de wet van 5 juni 2002 betreffende de maximumfactuur in de verzekering voor geneeskundige verzorging, op het moment dat het voorschot zou gevraagd worden, ontegensprekelijk in kennis werd gesteld van het feit dat de rechthebbende het voordeel van de maximumfactuur geniet, mag het ziekenhuis vanaf dat ogenblik geen voorschotten meer aanrekenen voor de vergoeding van de kosten bepaald in § 1 van hetzelfde artikel, bij verblijf in een gemeenschappelijke kamer of tweepersoonskamer. Bij verblijf in een eenpersoonskamer kan nog maximum zevenmaal het bedrag van het supplement voor een eenpersoonskamer als voorschot gevraagd worden.

Artikel 8.

De inrichting verbindt zich ertoe aan de patiënt geen andere kosten aan te rekenen dan:

- a) de kosten voorzien in :
- artikel 3 (bedragen per opname en per verpleegdag)
 - artikel 4, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 9;
 - artikel 97 van de ziekenhuiswet (kamersupplementen) onder de voorwaarden bepaald in dit artikel en zijn uitvoeringsbesluiten
 - artikel 2 van het koninklijk besluit van 7 mei 1991 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbende in de kosten van de in het kader van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering vergoedbare farmaceutische verstrekkingen; dit bedrag blijft verschuldigd in geval van verlof voor zover de inrichting aan de patiënt de farmaceutische verstrekkingen aflevert die nodig zijn voor de voortzetting van zijn behandeling tijdens de duur van het verlof
 - het koninklijk besluit van 5 maart 1997 tot vaststelling van het bedrag van de vermindering van de verzekeringstegemoetkoming in geval van opname in een ziekenhuis of van verblijf in een revalidatiecentrum
 - het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71bis, §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hemodialyse)

- de overeenkomst ‘thuishospitalisatie’ gesloten tussen de Minister van Volksgezondheid en het ziekenhuis in uitvoering van artikel 63 van het koninklijk besluit van 25 april 2002.
- b) de kosten overeenkomstig artikel 6
- c) producten en diensten, die geen strikt medische indicatie hebben en die door de patiënt of zijn vertegenwoordiger worden gevraagd. Bij de opname in het ziekenhuis ontvangt de patiënt of zijn vertegenwoordiger de lijst van de meest frequent gevraagde producten en diensten en van de tarieven die mogen worden aangerekend; deze laatste verplichting is van toepassing met ingang van 1 september 2007. De patiënt moet bij de opname en in het kader van de opnameverklaring de keuze hebben om producten en diensten te weigeren.

Voor de levering van producten en diensten die niet op deze lijst voorkomen, is het akkoord van de patiënt of zijn vertegenwoordiger vereist.

Deze producten en diensten die worden geleverd door het ziekenhuis, worden uitsluitend via de factuur in de rubriek «diverse kosten» aangerekend aan de patiënt.

De inrichting verbindt zich ertoe binnen de perken van haar bevoegdheid, ten overstaan van de patiënt, zo veel mogelijk transparantie te creëren over deze producten. Daartoe zal de lijst, bedoeld in punt c) hierboven, een alinea bevatten die de patiënt ertoe aanzet zich over deze producten zo volledig mogelijk te informeren.

De inrichting verbindt zich ertoe om voor een gasvormige farmaceutische specialiteit toegediend via inhalatie, waarvoor de ATC-code 5^e niveau niet opgenomen is in de lijst van bijlage IV van het K.B. van 1 februari 2018, in geen geval een farmaceutische specialiteit met dezelfde ATC-code 5^e niveau aan de patiënt aan te rekenen.

Hoofdstuk VI: Betalings- en facturatiecriteria

Artikel 9.

Voor de toepassing van de derdebetalersregeling geldt de reglementering zoals ze is vastgesteld bij het koninklijk besluit van 18 september 2015 tot uitvoering van artikel 53, §1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, betreffende de derdebetalersregeling, zoals gewijzigd door het koninklijk besluit van 18 september 2017.

De facturatie- en betalingscriteria zijn bepaald in hetzelfde koninklijk besluit.

Hoofdstuk VII: Diverse bepalingen

Artikel 10.

De inrichting verbindt zich ertoe aan de verzekeringsinstellingen de bescheiden te bezorgen die zij nodig hebben voor de vergoeding van de prestaties die zijn bedoeld in deze overeenkomst en voor de controle op de wets-, verordening- of overeenkomstenbepalingen ter zake.

Artikel 11.

De inrichting verbindt zich ertoe de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen en de geneesheren-inspecteurs van de Dienst voor Geneeskundige Evaluatie en Controle van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering toe te laten de bezoeken af te leggen die zij voor het vervullen van hun taak nuttig achten.

Artikel 12.

Onverminderd de wetsbepalingen ter zake is de overeenkomstencommissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten met de verpleeginrichtingen, bevoegd om een uitspraak te doen over alle geschillen die voortvloeien uit de toepassing van deze overeenkomst.

Het onderzoek van die geschillen kan worden toevertrouwd aan gewestelijke comités ingesteld door de Overeenkomstencommissie die het huishoudelijk reglement opstelt.

Artikel 13.

De begrotingsdoelstelling van de in artikel 4 van deze overeenkomst bepaalde bedragen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordeningsbepalingen die ter zake gelden.

Overeenkomstig artikel 51, § 2, van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 kunnen de volgende correctiemechanismen in werking treden zodra wordt vastgesteld dat de jaarlijkse partiële doelstelling is overschreden of dreigt te worden overschreden:

- bij voorrang selectieve maatregelen, die nog nader moeten worden bepaald;
- bij ontstentenis van selectieve maatregelen, een lineaire vermindering van de bedragen die zijn vastgesteld in artikel 4, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 9.

Indien de Algemene Raad binnen een termijn van een maand die volgt op de vastgestelde datum van inwerkingtreding van de in artikel 40, § 1, van de voornoemde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 bedoelde structurele besparingen of van die welke in artikel 18 van dezelfde wet worden beoogd, vaststelt dat deze maatregelen niet zijn toegepast, zal ambtshalve een automatische en onmiddellijk toepasbare vermindering van het bedrag van de in artikel 4, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 9 bedoelde tegemoetkoming worden doorgevoerd; die vermindering wordt via een omzendbrief ter kennis gebracht van de inrichtingen en de verzekeringsinstellingen en treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand die volgt op de inwerkingtreding van de beoogde besparingen.

De toepassing van de in het tweede en derde lid bedoelde correctie maatregelen mag noch door een van de partijen die de overeenkomst hebben gesloten, noch door de individuele zorgverlener die tot de overeenkomst is toetreden, worden aangevoerd om deze overeenkomst op te zeggen.

Artikel 14

In uitvoering van de principes die zijn opgenomen in de visienota omtrent de herziening van de daghospitalisatie die door de Overeenkomstencommissie en de Federale raad voor ziekenhuisverpleging aan het Verzekeringscomité van het Riziv is voorgelegd in zijn vergadering van 18 november 2019 en rekening houdende met het feit dat binnen een gegarandeerd budget verstrekkingen in het kader van de financiering van het dagziekenhuis geschrapt of toegevoegd kunnen worden, op voorwaarde dat ze op een kwaliteitsvolle en veilige manier buiten dan wel binnen daghospitalisatie kunnen doorgaan, zal de overeenkomstencommissie een beroep doen op werkgroepen van artsen—experten om :

- a) een lijst van kandidaat verstrekkingen voor te stellen die kunnen toegevoegd worden aan de lijsten 1-7 (in bijlage bij deze overeenkomst) en/of de lijst A (bijlage bij het KB van 25/04/2002);
- b) de verstrekkingen aan te duiden op de lijsten 1-7 of op de lijst A die dienen geschrapt te worden voor financiering in daghospitalisatie;
- c) de verstrekkingen aan te duiden op de lijsten 1-7 waarvoor ingevolge de evolutie van de medische vooruitgang of van de best practices het forfait daghospitalisatie moet worden herzien of die moeten ondergebracht worden in een andere groep van verstrekkingen;
- d) de verstrekkingen aan te duiden op de lijsten 1-7 en op de lijst A die dienen verschoven te worden van of naar de lijst A/de lijsten 1-7;

- e) eventueel de voorwaarden te bepalen waaronder verstrekkingen alsnog in klassieke hospitalisatie en/of daghospitalisatie kunnen worden verricht met financiering via het budget van financiële middelen en/of via de forfaits van de lijsten 1-7;
- f) in antwoord op de aanbeveling van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle om de verstrekkingen 220253-220264, 260271-260282, 310914-310925, 311135-311146, 355073-355084 en 432353-432364 te schrappen in de lijsten 1-7 en in uitvoering van de principes die opgenomen zijn in de visienota zoals bedoeld in het eerste lid, ten laatste tegen 30 juni 2020 een advies te formuleren waarbij de aanbeveling wordt bevestigd of waarbij ze argumenteren om de verstrekkingen toch te behouden in de lijsten 1-7. Indien de artsen-experten vaststellen dat deze verstrekkingen niet langer moeten opgenomen worden in de lijsten 1-7, dan zal de overeenkomstencommissie de lijsten 1-7 aanpassen.

De overeenkomstencommissie zal op basis van de voorstellen van de artsen-experten en binnen de toegekende begrotingsdoelstelling, beslissen om de lijsten van verstrekkingen van het dagziekenhuis aan te passen (toevoegen en schrappen). Daarbij kan het budget dat vrijkomt door het schrappen van verstrekkingen in de financiering van de daghospitalisatie worden aangewend voor de financiering van de kost voor de eventuele nieuwe verstrekkingen die in daghospitalisatie kunnen plaatsvinden.

In uitvoering van de principes die zijn opgenomen in de visienota zal de overeenkomstencommissie in de loop van 2020 een voorstel formuleren waarbij de ziekenhuizen worden geïnformeerd omtrent hun uitgaven en aantal forfaits van de daghospitalisatie en dit ten opzichte van het gemiddelde en de mediaan van de andere ziekenhuizen.

Artikel 15.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 januari 2020.

Zij geldt tot 31 december 2020 en wordt niet stilzwijgend verlengd.

De individuele toetreding geldt voor de duur van de overeenkomst. De verpleeginrichtingen die tot de vorige overeenkomst zijn toegetreden, worden, behoudens andersluidende wilsuiking binnen dertig dagen na de verzending van deze overeenkomst door de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, geacht hun toetreding tot deze overeenkomst te behouden.

De overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen – Verzekeringsinstellingen kan wijzigingsclausules sluiten aan deze Nationale overeenkomst. De verwerping van een dergelijke wijzigingsclausule door een verpleeginrichting betekent het einde van de individuele toetreding van die inrichting tot deze overeenkomst met ingang van de datum van inwerking treding van de wijzigingsclausule.

Artikel 16.

In afwijking van de bepalingen van artikel 14 heeft de toetreding tot deze overeenkomst door een nieuw erkende verpleeginrichting of door een verpleeginrichting die het voorwerp uitmaakt van een overname of van een fusie, uitwerking vanaf de eerste dag van de maand na die waarin aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering door vermelde inrichting kennis is gegeven van de toetreding tot deze overeenkomst, behalve wanneer de toetreding plaatsvindt binnen 30 dagen na ontvangst, door de verpleeginrichting, van deze overeenkomst. In dat geval heeft de toetreding uitwerking vanaf de datum van de erkenning, de overname of de fusie.

Opgemaakt te Brussel, op 12 december 2019.

Voor de verenigingen van de
verpleeginrichtingen,

L. GERKENS
F. IDE
I. NOLIS
C. ROSSINI
A. VERBURGT
Y. WUYTS

Voor de verzekeringsinstellingen,

Y. ADRIAENS
S. BRABANT
L. COBBAERT
B. LANDTMETERS
F. MAROY
M. NEELEN
M. VAN IMSCHOOT

BIJLAGE I

NOMINATIEVE LIJST VAN DE VERSTREKKINGEN BEDOELD IN ARTIKEL 4, § 5.

GROEP 1

256874	256885	Curettagage van halsfistel
257294	257305	Bronchoscopie zonder afname voor biopsie en/of bronchoscopie met therapeutische aspiratie
257316	257320	Bronchoscopie met afname voor biopsie en/of verwijderen van tumors en/of coagulatie van letsels
260271	260282	Cystoscopie, met of zonder afname voor biopsie bij de man
260293	260304	Cystoscopie, met uretercatheterisme
312336	312340	Mucoperiostlap (inclusief de apicaalwaartse verschuiving van de mucoperiostlap) boven een geretineerde tand met het doel de tand kroon vrij te maken
312351	312362	Verwijdering van een in de bovenkaak geretineerd surnummerair element, in de streek van hoektand tot hoektand
312373	312384	Heterotopische transplantatie van het tandorgaan, inclusief het creëren van een neoalveole fixatie inbegrepen
312395	312406	Transalveolaire tandtransplantatie (osteotomie van omgevend bot met behoud van het tandligament), fixatie inbegrepen
471715	471726	Bronchoscopie zonder afname voor biopsie
471730	471741	Bronchoscopie met afname voor biopsie, en/of verwijderen van tumors, en/of coagulatie van letsels
471752	471763	Bronchoscopie met transcarinale punctie en eventuele radioscopische controle
476652	476663	Hartcatheterisatie met endomyocardbiopsie langs veneuze weg

GROEP 2

212111	212122	Elektrische defibrillatie van het hart in geval van circulatiestilstand en/of elektrostimulatie van het hart door uitwendige hartprikkelaar, inclusief de electrocardiografische controle, buiten de ingrepen met open thorax en de verstrekkingen 229110 - 229121, 229132 - 229143, 229154 - 229165, 229176 - 229180
244370	244381	Verwijderen van goedaardige tumors of van poliepen van het sigmoideum langs endoscopische weg, per zitting
355751	355762	Leverpunctie
355950	355961	Percutane gastrostomie onder endoscopische controle met het oog op het plaatsen van een sonde voor enterale voeding
451813	451824	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451894-451905 dezelfde dag verricht
451894	451905	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés) mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 451813-451824 dezelfde dag verricht
462814	462825	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum 10 clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 462895 - 462906 dezelfde dag verricht
462895	462906	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 462814 - 462825, dezelfde dag verricht
471811	471822	Bronchoscope met perifere pulmonaire afnamen voor biopsie (ofwel veelvuldige afnamen, minimum 5, ofwel geleide afname in geval van perifere tumor), inclusief de eventuele radioscopische controle
472091	472102	Pneumatische dilatatie van slokdarm, per behandeling
473174	473185	Volledige colonoscopie, d.w.z. tot de rechterhoek van het colon of de ileocoecale klep
473270	473281	Behandeling van oesofaguspataders langs endoscopische weg onafhankelijk van het type van de endoscopische behandeling , inclusief het eventueel gebruikte product
473292	473303	Plaatsen van een oesofagusprothese volgens endoscopische methode, inclusief de eventuele radioscopie . De honoraria dekken de kosten van de gebruikte prothese.

473432	473443	Ileoscopie
473535	473546	Inbrengen van een endoprothese van de galwegen langs de huid onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten
474751	474762	Onderzoek van het ileum met een endoscoop die is uitgerust met een hulpmiddel om het inbrengen ervan langs anale weg te vergemakkelijken
474736	474740	Onderzoek van de gal- en pancreaswegen door middel van endoscopie
474795	474806	Uitsnijden van een tumor van het spijsverteringskanaal door technieken van mucosectomie, door middel van endoscopie.
474832	474843	Sectie van de musculus cricopharyngeus, door middel van endoscopie
474773	474784	Fragmenteren van een of meer gal- of pancreasstenen met behulp van een laser of elektrohydraulische sonde
473690	473701	Fibroduodenoscopie met papillotomie
473712	473723	Plaatsen van een dilatatieprothese van de galwegen door fibroduodenoscopie

GROEP 3

453154	453165	Viscerale arteriografie na selectief catheterisme van een viscerale slagader vanaf de oorsprong ervan
453176	453180	Veelvoudige viscerale arteriografie, na selectief catheterisme van verscheidene viscerale slagaders vanaf de oorsprong ervan, ongeacht het aantal slagaders
453235	453246	Radiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan, minimum drie clichés (mag niet worden gecumuleerd met verstreking nr. 453294-453305, dezelfde dag verricht)
453272	453283	Radiografie van de aorta abdominalis en van de vertakkingen ervan, en arteriografie van de onderste ledematen (minimum zes clichés of drie clichés van één meter)
453294	453305	Arteriografie van één of van de slagaders van een lidmaat, minimum drie clichés
453316	453320	Viscerale cavografie en/of viscerale flebografie, minimum drie clichés
453552	453563	Digitale angiografie van de rechter ventrikel en/of arteria pulmonalis (minimum één incidentie)
453574	453585	Digitale coronarografie voor hartcatheterisatie
453596	453600	Digitale coronarografie voor hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sequenties per overbrugging
454016	454020	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, twee verschillende invalshoeken, minimum vijf clichés
454031	454042	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, meer dan twee invalshoeken, minimum acht clichés
454053	454064	Cerebrale angiografie langs de arteria vertebralis, minimum drie clichés
454075	454086	Cerebrale angiografie langs geïsoleerde vertebrale weg, minimum twee verschillende invalshoeken en 10 clichés
464155	464166	Digitale angiografie van de rechter ventrikel en/of arteria pulmonalis (minimum één incidentie)
464170	464181	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie
464192	464203	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sequenties per overbrugging
464236	464240	Radiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan, minimum drie clichés (mag niet worden gecumuleerd met verstreking nr 464295 - 464306, dezelfde dag verricht)
464273	464284	Radiografie van de aorta abdominalis en van de vertakkingen ervan en arteriografie van de onderste ledematen (minimum zes clichés of drie clichés van één meter)
464295	464306	Arteriografie van één of van de slagaders van een lidmaat, minimum drie clichés
464310	464321	Viscerale cavografie en/of viscerale flebografie, minimum 3 clichés
465010	465021	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, twee verschillende invalshoeken, minimum 5 clichés

465032	465043	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, meer dan twee invalshoeken, minimum acht clichés
465054	465065	Cerebrale angiographie langs de geïsoleerde arteria vertebralis, minimum 3 clichés
465076	465080	Cerebrale angiografie langs geïsoleerde vertebrale weg, minimum twee verschillende invalshoeken en 10 clichés
476276	476280	Uitgebreid electrofysiologisch onderzoek voor het opwekken en beëindigen van tachycardieën met behulp van drie of meer catheters, inclusief afname van bloedstalen, radioscopische en electrocardiografische controles, toediening van farmaca en contraststoffen, met protocol en tracés
476291	476302	Beperkt elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie tot studie van de sinusknopfunctie en van de atrioventriculaire geleiding met behulp van een of meerdere catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen
589013	589024	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen. Voor het geheel van de kransslagaders
589050	589061	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stents(s) onder controle door medische beeldvorming van een artiriële vernauwing en/of occlusie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen. Voor de andere slagaders dan de coronaire
589131	589142	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de faciale, thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel
589153	589164	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op het oplossen van één of meer bloedstolsels, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de farmaca en contrastmiddelen. Voor de coronaire bloedvaten
589212	589223	Percutane endovasculaire plaatsing van een filter in de vena cava, inclusief de controle-cavografie
589374	589385	Percutane endovasculaire plastiek van de ader bij veneuze stenose ten gevolge van chronische hemodialysebehandeling of bij compressie van de vena cava superior of inferior, van de vena subclavia of van de vena iliaca door een expansief proces, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en/of het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen en de eventuele stent(s)

GROEP 4

149170	149181	Medisch toezicht op de transfusie van bloed, geconcentreerde rode bloedlichaampjes of bloedplaatjes voor een andere dan post-traumatische, post-heelkundige of post-hemorragische indicatie
251591	251602	Wegnemen van een borstprothese, omwille van gedocumenteerde complicatie, per borst
423010	423021	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie
470013	470024	Transfusie van leucocyten met afname bij de donor (uitwisselen van de inhoud aan leucocyten van minimum 2 liter bloed)
470271	470282	Medisch toezicht op een hoog risico transfusie van volledig bloed, packed cells, bloedplaatjes-, granulocyten- of lymfocytenconcentraat
474331	474342	Exsanguinatietransfusie
474655	474666	Medisch toezicht op bloed- of plasmatransfusie bij een kind jonger dan zeven jaar

GROEP 5

230252	230263	Intrafasciculaire neurolyse onder operatiemicroscoop
232094	232105	Herstellen van zenuw door hechten of enten: Interfasciculair hechten (Millesi) van een zenuw in een opereerstreek
275273	275284	Acromioclaviculaire artroplastie
275892	275903	Artroplastie van de articulatie van een vinger
275936	275940	Artrodese van een articulatie van een vinger
276290	276301	Peestransplantaties aan de onderarm of de hand : van twee pezen
276312	276323	Peestransplantaties aan de onderarm of de hand :van drie pezen of meer
277756	277760	Behandeling van een intraosseuse tumor van een been van de hand of de voet
277771	277782	Behandeling van een intraosseuse tumor van een been dat niet tot de hand of de voet behoort
278530	278541	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door tenotomie
278552	278563	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door tenodese
278574	278585	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door hechting
278596	278600	Heelkundige behandeling van compressiesyndroom van elleboogzenuw : door submusculaire translocatie van elleboogzenuw en/of plastie van de mediale epicondylus
278611	278622	Heelkundige behandeling van compressiesyndroom van de nervus radialis aan en distaal van de elleboog
278633	278644	Heelkundige behandeling van een compressiesyndroom van de nervus medianus aan de elleboog of de onderarm
278655	278666	Ontzenuwing van de pols
278714	278725	Articulare ontzenuwing of sympathectomie ter hoogte van een vinger
278736	278740	Hechting van ligamenten van een articulatie van een vinger
278751	278762	Plastie van ligamenten van een articulatie van een vinger
278773	278784	Vrijmaken van het kanaal van Guyon
278795	278806	Uitsnijden van een tenosynoviale tumor van de hand of van de voet (Giant Cell Tumor)
278810	278821	Uitsnijden van een tumor van weke weefsels van de hand of van de voet met uitzondering van cyste vorming
278854	278865	Tenosynovectomie van de flexoren, behalve voor het vrijmaken van handwortelkanaal

280512	280523	Insnijden van peesschede
287276	287280	Exeresis van olecranonbursitis met of zonder resectie van been of periost
287291	287302	par translocation sous-cutanée ou neurolyse in situ
287733	287744	Tenolysis van flexoren
288072	288083	Insnijden en draineren van diepliggende handpalmflegmonen
293414	293425	Verwijderen van een exostose onder een nagel
471796	471800	Bronchoscopie met extractie van vreemde lichamen of plaatsing van een prothetisch element

GROEP 6

220253	220264	Volledige heekundige behandeling van diepliggende phlegmone
227113	227124	Heekundige bewerking wegens gynecomastie
238092	238103	Onderbinden, fulguratie (vein eraser) of trapsgewijze resecties van twee of drie variqueuze aders
238136	238140	Totale exeresis van de vena saphena externa
238151	238162	Geïsoleerde resectie van de boog van de vena saphena interna
241894	241905	Heekundige behandeling van een bilaterale inguinale, femorale of obturatorhernia
244510	244521	Resectie van aarskloof
244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorroïden door diathermoresectie of heekundige resectie
244591	244602	Uitsnijden of diathermoresectie van een inwendig pak hemorroïden met aarsdilatie
251296	251300	Dermo-epidermale enten : Over een oppervlakte van 10 cm ² tot 50 cm ²
251355	251366	Enten van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van 10 cm ² tot 50 cm ²
251672	251683	Subcutaan plaatsen van één expansie prothese
253654	253665	Enten van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van minder dan 10 cm ² in het gelaat
254833	254844	Volledige eenzijdige heekundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen
254855	254866	Volledige eenzijdige heekundige behandeling van inflammatoire pathologie van drie of vier sinussen
256896	256900	Heekundige bewerking wegens aangeboren halsfistel
258075	258086	Microlaryngoscopie in suspensie (Kleinsasser) met of zonder afname voor biopsie
260750	260761	Wegnemen van epididymistumor
261155	261166	Heekundige reductie van paraphimosis
275730	275741	Heekundige behandeling van een pseudoartrose van een handbeen
276732	276743	Totale synovectomie van enkel of achtervoet (met inbegrip van osteochondromatose)
277012	277023	Heekundige behandeling van pseudartrosen : één been van de voorvoet met uitzondering van de teen
277056	277060	Metatarsofalangeale artroplastie of capsulectomie of synovectomie : meer dan één straal via dezelfde incisie
277115	277126	Heekundige behandeling van hallux valgus of flexus : door meer dan één osteotomie (metatarsaal of falanx) en handeling op de weke weefsels

277174	277185	Heelkundige behandeling van de hallux rigidus : door cheilectomie en osteotomie (middelvoet of falanx)
277196	277200	Heelkundige behandeling van de hallux rigidus : door cheilectomie en meer dan één osteotomie (middelvoet of falanx)
277351	277362	Plastie van één of beide gekruiste knieligamenten met tendineus, cutaan of aponeurotisch materiaal, ongeacht de techniek
279090	279101	Heelkundige behandeling van een tibio-talair conflict door middel van een weke weefselprocedure
279112	279123	Heelkundige behandeling van een tibiotalair conflict door middel van een beenderige weefselprocedure
280556	280560	Peesexploratie
280593	280604	Tenotomie
280615	280626	Verlengen van pees
292132	292143	Heelkundige behandeling van pseudartrosen : één been van de achteren/of middenvoet
293333	293344	Heelkundige behandeling van hallux valgus of flexus : door een metatarsale osteotomie en handeling op de weke weefsels
294630	294641	Losmaken van de aponeurose van voetzool (Steindler)
294652	294663	Aponeurectomie van voetzool
294696	294700	Uitruimen van voetwortelsinus
300392	300403	Behandeling van osteochondritis door osteosynthese
300414	300425	Hechten van een meniscusscheur bij een patiënt van minder dan 25 jaar
310435	310446	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen
310450	310461	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van drie of vier sinussen
311393	311404	Dubbele osteotomie (inclusief afname) van been uit beendermassief van gelaat
311651	311662	Wegnemen van wortel of vreemde lichamen langs de fossa canina
312071	312082	Pharyngoplastiek (type Sanvenero-Rosselli)
312535	312546	Excisie voor biopsie van een kleine diep gelegen halsklier
422671		Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie op een werkdag
423673		Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie in het weekend of op een feestdag
424012	424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie
424115	424126	Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden, op voorwaarde dat de vrouw het bewijs heeft geleverd dat op haar zwangerschap geneeskundig toezicht is uitgeoefend in de derde maand

431115	431126	Ovariëctomie of eierstokplastiek, één- of tweezijdig
431432	431443	Salpingectomie en salpingostomie
431653	431664	Myomectomie langs abdominale of vaginale weg
432456	432460	Volledige resectie van het endometrium, inclusief de hysteroscopie en de curettage
589116	589120	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van één of meer organen en van pathologische letsels door fysische of chemische middelen in de encefale of medullaire streek inclusief de manipulatie en controles, tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel
589175	589186	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op de rekanalisatie van een gedocumenteerde vasculaire occlusie, door fibrinolyse, door mechanische rekanalisatie, door aanwending van energie (thermische, laser, radiofrequentie) en door aspiratie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en het gebruikte materiaal, exclusief de angioplastiekcatheters, de farmaca en contrastmiddelen. Voor de andere bloedvaten dan de coronaire

GROEP 7

212214	212225	Hartcatheterisme met het oog op het plaatsen van één of meerdere catheters langs veneuze weg voor tijdelijke atriale en/of ventriculaire stimulatie en/of voor monitoring van de drukken of van de hartdebieten, inclusief de eventuele radioscopische controles met televisie, denudatie, elektrocardiografische controles
220091	220102	Biopsische afname volgens Daniels
220356	220360	Exeresis van ganglion
256535	256546	Amygdalectomie, met of zonder adenoïdectomie, bij volwassenen, d.w.z. degene die achttien jaar is of ouder
256933	256944	Heelkundige bewerking wegens diepliggende halscyste of –tumor
257471	257482	Transtympanaal draineren door middel van prothese, uni of bilateraal
258532	258543	Microchirurgische ingreep op de larynx voor het corrigeren of het behoud van de stem
260175	260186	Uitnemen van uretersteen langs endoscopische weg, per zitting, inclusief cystoscopie
260713	260724	Epididymectomie
261531	261542	Testiculaire biopsie
261612	261623	Meatoplastiek door verschuiving van het slijmvlies
261811	261822	Percutane pyelo- of nefrostomie onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten
262356	262360	Diagnostische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming.
262371	262382	Therapeutische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van lithiasis, abcessen, letsels of stenose.
276533	276544	Reconstructie van nagelbed door ent
287851	287862	Hechting van nagelbed
300355	300366	Percutane nucleotomie wegens discushernia onder controle met beeldversterker
310914	310925	Behandeling van kaakbeenostitis, door curettage, in één of meer bewerkingen
311135	311146	Trepanatie van bovenkaakbeen wegens tumor, ostitis, sequesters of voor opzoeken van vreemde lichamen
311371	311382	Enkelvoudige osteotomie (inclusief afname) van been uit beendermassief van gelaat
311415	311426	Osteotomie met verplaatsing van kaakbeenstukken of reconstructieheelkunde op het kaakbeen inclusief plaatfixatie en eventuele afname van een autogene beenent
312012	312023	Osteosynthese wegens breuk van bovenkaakbeen of van malaris

312130	312141	Behandeling - eenvoudige methode - van breuk van een been van beendermassief van gelaat, exclusief neusbeenbreuken
355073	355084	Behandeling van steenvormingen (nier-, gal-, pancreasstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle
431093	431104	Marsupialisatie van de klier van Bartholin
431491	431502	Amputatie van baarmoederhals en plastiek met vaginale lappen (Sturmdorf)
431756	431760	Vagina- en vulvoplastiek
432294	432305	Conisatie van de baarmoederhals
432353	432364	Invasieve obstetrische procedure (amniocentese,foetale punctie, cordocentese) onder echografische controle
532210	532221	Afschaven of dermabrasio door heelkundig procédé van ten minste de helft van het gelaat of uitgestrekt over ten minste één vijfde van de lichaamsoppervlakte met uitsluiting van scheikundige technieken

BIJLAGE II

NOMINATIEVE LIJST VAN DE VERSTREKKINGEN BEDOELD IN ARTIKEL 4, § 8

Forfait 1 chronische pijn

202355	202366	Cervicale cordotomie door middel van percutane radiofrequente techniek, met gebruik van beeldversterker
202392	202403	Percutane behandeling van het ganglion, sphenopalatinum door middel van radiofrequente stromen, met gebruik van beeldversterker
202716	202720	Plaatsen, subcutaan tunnels en fixeren van een epidurale, intrathecale of plexuscatheter met het oog op een langdurige infusie van analgetica, al dan niet met gebruik van beeldversterker
202753	202764	Radiofrequente of chemische behandeling van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar
202775	202786	Radiofrequente of chemische behandeling van het ganglion coeliacum bilateraal, met gebruik van beeldversterker

Forfait 2 chronische pijn

202370	202381	Percutane behandeling van het ganglion van Gasser door middel van radiofrequente stromen, glycerol of balloncompressie, met gebruik van beeldversterker
202414	202425	Intraveneuze sympatectomie, aanrekenbaar maximaal viermaal per jaar, per zitting
202436	202440	Selectieve diagnostische blokkade van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar
		Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar :
202451	202462	op cervicaal niveau
202473	202484	op thoracaal niveau
202495	202506	op lumbaal/sacraal niveau
202510	202521	Selectieve diagnostische blokkade van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar

202532	202543	Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker, 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar
202576	202580	Selectieve diagnostische blokkade van het cervicaal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar
202591	202602	Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker, 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar
202635	202646	Selectieve diagnostische blokkade van het thoracaal dorsaal ganglion met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar
202650	202661	Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal ganglion, met gebruik van beeldversterker, 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar
202694	202705	Cryotherapie van zenuw of ganglion, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar
202731	202742	Selectieve diagnostische blokkade van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van beeldversterker, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar
202790	202801	Radiculaire of transforaminale infiltratie, met gebruik van beeldversterker, maximum een zenuwwortel per zitting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar

Forfait 3 chronische pijn

202834	202845	Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op thoracaal of cervicaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar
--------	--------	--