

Dienst voor geneeskundige verzorging

Correspondent: Lieselotte Huyghe
Attaché

Tel.: 02/739.78.74. **Fax:** 02/739.73.52

E-Mail: hospit@riziv.fgov.be

Onze Referte: Omz-ziekenh-2007-10

Brussel, 29 juni 2007.

**Nieuwe nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen
(ZH/2007)**

Geachte,

Als bijlage kan u kennis nemen van de tekst van de op 18 juni 2007 gesloten nationale overeenkomst tussen de ziekenhuizen en de verzekeringsinstellingen, goedgekeurd door het Verzekeringscomité en door de Minister van Sociale Zaken.

Deze nieuwe overeenkomst treedt in werking op 1 juli 2007 en geldt tot 30 juni 2009. Ze wordt niet stilzwijgend verlengd. Ze komt in de plaats van de conventie die gesloten werd op 12 december 2005 die afloopt op 30 juni 2007.

Inhoud van de nieuwe overeenkomst

De tekst van de nieuwe overeenkomst bevat een aantal belangrijke wijzigingen en verduidelijkingen.

In artikel 2 worden een aantal **definities** gegeven. Daarbij vestigen wij vooral de aandacht op de definitie van het dagziekenhuis (met een aantal voorwaarden), van de gipskamer en van het verlof (uitbreiding van het begrip "weekend").

Artikel 3 (vroeger artikel 2) verduidelijkt expliciet de al lang bestaande regels betreffende het **aanrekenen van een bedrag per opname en een bedrag per dag in klassieke hospitalisatie**, vooral dan of het de dag van opname of de dag van ontslag is die kan worden aangerekend, of beiden. Het gaat om de volgende regels die zijn verduidelijkt:

- het bedrag per opneming wordt steeds aangerekend op de dag van opneming, ongeacht het uur van opneming
- in geval van opname vóór 12 uur op de dag van opname en vertrek vóór 14 uur op de dag van ontslag: facturatie van het bedrag per dag op de dag van opname. Op de dag van ontslag mag niets aangerekend worden.
- in geval van opname na 12 uur op de dag van opname, ongeacht het vertrekuur op de dag van ontslag: facturatie van het bedrag per dag op de dag van ontslag.
- in geval van opname vóór 12 uur en vertrek na 14 uur: facturatie van het bedrag per dag op de dag van opname en op de dag van ontslag.

Deze regels spelen eveneens een rol voor de mogelijkheid tot cumul tussen de facturatie van een klassieke opneming en van een forfait van artikel 4 (dagziekenhuis) – zie verder: art. 4, § 9.

In dit artikel wordt eveneens bevestigd dat een transfer tussen campussen en diensten van éénzelfde ziekenhuis, uiteraard niet beschouwd kan worden als een nieuwe opneming.

Artikel 4: de forfaits voor het **dagziekenhuis**, de **mini- en maxiforfaits** en het forfait **gipskamer** blijven opgenomen in het artikel 4 van de overeenkomst. Daaraan wordt de financiering van het dagziekenhuis voor prestaties van **chronische pijn** toegevoegd.

De basisvoorwaarden voor de aanrekening van deze forfaits zijn aangepast. Er is bijvoorbeeld geen sprake meer van het bezetten van een ziekenhuisbed of het gebruik van het operatiekwartier.

Wat de mini- en maxiforfaits en de forfaits A, B, C en D betreft:

- **Miniforfait**
 - o Schrapping van de lijst van verstrekkingen die aanleiding gaf tot een miniforfait
 - o Behoud van de dringende opneming: het is voldoende de medische verantwoording hiervan in het dossier te bewaren. Deze verantwoording dient slechts aan de adviserend geneeseeer bezorgd te worden indien deze daarom verzoekt.
 - o Behoud van het intraveneus infuus en toevoeging van het wachtfuus (evenals een kleine aanpassing van de tekst i.v.m. bedreiging vitale functies van de patiënt)
- **Maxiforfait**
 - o Schrapping van de lijst van verstrekkingen die aanleiding gaf tot een maxiforfait
 - o Behoud van de algemene anesthesie
 - o Behoud van het oncologisch dagziekenhuis (mits aanpassing criteria).
- **Forfaits A, B, C en D**
 - o Schrapping van de lijst van verstrekkingen die aanleiding gaf tot deze forfaits.

Invoeren **dagziekenhuisforfait**: groepen 1 tot 7

De lijsten van prestaties die aanleiding gaven tot een mini- of maxiforfait en de lijsten van prestaties die aanleiding gaven tot een forfait A, B, C of D zijn opgeheven en vervangen door een lijst met 7 nieuwe groepen. Noteer echter dat in deze lijst 15 bestaande codes werden geschrapt (zie lijst in bijlage 2), en dat er 33 nieuwe prestaties werden toegevoegd (zie lijst in bijlage 2).

Deze nieuwe groepen houden in feite een herschaling (herwaardering + herclassificatie) in van de in de vorige overeenkomst opgenomen prestaties. Voor deze herschaling baseerde de overeenkomstencommissie zich op de resultaten uit een enquête bij 95 ziekenhuizen. Op die wijze werd de reële kost van de betrokken prestaties berekend en dit gebaseerd op 7 kostenrubrieken:

- 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.

Voortaan is het dan ook duidelijk welke kost wordt gedekt door deze forfaits.

Het schrappen van de lijsten van verstrekkingen die aanleiding geven tot het factureren van een mini en maxiforfait of de forfaits A, B, C en D heeft een impact op het artikel 24 van de nomenclatuur – **forfaitaire honoraria klinische biologie**. Het Verzekeringscomité heeft op zijn vergadering van 25 juni 2007 ingestemd dat in geval het gaat om een verstrekking die op 30 juni 2007 aanleiding gaf tot het aanrekenen van een forfait voor klinische biologie, dit vanaf 1 juli 2007 nog steeds kan en dit in afwachting van de aanpassing van dat artikel 24 in de nomenclatuur. Concreet betekent dit dat, indien het gaat om de vroegere miniforfaits die nu zijn opgenomen in de groepen, of indien het gaat om één van de 33 nieuwe verstrekkingen, er géén forfait voor klinische biologie kan worden aangerekend. Uiteraard kan dit ook niet voor de nieuwe verstrekkingen voor chronische pijn die vanaf 1 juli 2007 van toepassing worden. De lijst van de verstrekkingen waarvoor vanaf 1 juli 2007 nog een forfait voor klinische biologie kan worden aangerekend gaat in bijlage 3.

Het schrappen van de lijsten die aanleiding geven tot het factureren van een mini-of maxiforfait, of de forfaits A, B, C, en D, heeft eveneens een impact op het factureren van een consultatie- en/of toezichtshonorarium en/of coördinatiehonorarium. Deze problematiek moet nog worden besproken in de bevoegde raden van het Riziv. Het resultaat zal u later worden meegedeeld.

In artikel 3 van het KB van 7 juni 2007 (blz 34024 van het BS van 20 juni 2007 – Ed. 3) worden een aantal **verstrekkingen geschrapt** vanaf 1 juli 2007. Hierbij ondermeer de prestaties: 350630-350641, 354034-354045, 354071-354082 en 354093-354104. Deze prestaties zijn opgenomen in de groepen 2 en 5 en worden dus vanaf 1 juli 2007 zonder voorwerp.

De formulering van artikel 4, § 7 – **gipskamer** – is licht aangepast: er wordt verwezen naar het aanbrengen van gips, gipsverbanden of fixatiemateriaal op basis van synthetisch materiaal. Het bedrag blijft hetzelfde (zie verder i.v.m. indexering).

In artikel 4, § 8 wordt de financiering van het dagziekenhuis bij prestaties van **chronische pijn** geregeld.

Er worden 3 forfaits voorzien voor de 22 prestaties van pijnbehandeling die vanaf 1 juli 2007 zijn opgenomen in de nomenclatuur (zie KB van 7 juni 2007 – BS 20 juni 2007-Ed.3). Voor het bepalen van het bedrag van deze forfaits baseerde de overeenkomstencommissie zich op de resultaten van een enquête bij 76 ziekenhuizen. Op die wijze werd de reële kost van de betrokken prestaties berekend en dit gebaseerd op dezelfde 7 kostenrubrieken als voor de forfaits dagziekenhuis. De prestaties en de overeenstemmende forfaits staan vermeld in bijlage 2:

- forfait 1 chronische pijn : 196 euro
- forfait 2 chronische pijn: 109 euro
- forfait 3 chronische pijn: 72 euro (= wachtforfait, in afwachting van een meer nauwkeurige berekening van de kostprijs van chronische pijn en indien nodig van bijkomend budget).

Een aandachtige lezer zal merken dat de nieuwe nomenclatuur inzake chronische pijnbehandeling 25 prestatiecodes invoert (via KB van 07-06-2007 in BS van 20-06-2007) en dat er slechts 22 prestatiecodes leiden tot de aanrekening van een forfait via de overeenkomst. Dit heeft te maken met het feit dat 3 prestatiecodes steeds in combinatie met een andere prestatiecode tijdens dezelfde zitting uitgevoerd worden. Deze laatste geeft dan wel aanleiding tot een forfait. Het gaat om:

202554-565 n.a.v. 202532-543
 202613-624 n.a.v. 202591-602
 202672-683 n.a.v. 202650-661

Hierna kan u kennis nemen van de **pseudocodes** die gebruikt moeten worden vanaf 1 juli 2007 voor de forfaits dagziekenhuis (groep 1 tot 7) en voor de 3 forfaits chronische pijn.

Dagziekenhuis

Forfait groep 1	0768176	0768180
Forfait groep 2	0768191	0768202
Forfait groep 3	0768213	0768224
Forfait groep 4	0768235	0768246
Forfait groep 5	0768250	0768261
Forfait groep 6	0768272	0768283
Forfait groep 7	0768294	0768305

Chronische pijn

Forfait 1 chronische pijn:	0768316	0768320
Forfait 2 chronische pijn:	0768331	0768342
Forfait 3 chronische pijn:	0768353	0768364

Artikel 4, § 9 bepaalt de **cumulregels** tussen de bedragen van artikel 4 en de bedragen per opneming en per dag.

Door toepassing van de regels vastgelegd in artikel 3 en in artikel 4 § 9, kan het hieronder weergegeven schema, bij wijze van voorbeeld, opgesteld worden.

Om misverstanden uit het verleden uit de weg te helpen, bevestigen wij dat deze regeling ook van toepassing was in de overeenkomst die afloopt op 30 juni 2007.

Aankomst	Opname	Vertrek	Bedrag per opneming	Bedrag per dag	Prestatie Art. 4 §§ 3, 4, 5, en 8
1/7 om 10u	11u30	3/7 om 15u	1/7 aanrekenen	1/7 en 3/7 aanrekenen	1/7 om 10u30, niet aanrekenbaar
1/7 om 10u	11u30	3/7 om 10u	1/7 aanrekenen	1/7 aanrekenen	1/7 om 10u30, niet aanrekenbaar
1/7 om 15u	16u30	3/7 om 10u	1/7 aanrekenen	3/7 aanrekenen	1/7 om 15u30, aanrekenbaar

Artikel 4, § 10 bepaalt de **cumulregels** indien meerdere verstrekkingen worden uitgevoerd die aanleiding geven tot een verschillend forfait.

Mogelijke situaties:

- mini, maxi, forfait groep 1 tot 7 en/of gipskamer: enkel het hoogste forfait
- chronische pijn + maxi: enkel forfait chronische pijn
- forfait 1 en 2 voor chronische pijn + mini : enkel het forfait chronische pijn

- forfait 3 voor chronische pijn + mini: tot 30 juni 2008 kan het hoogste forfait worden aangerekend. Vanaf 1/7/2008 kan enkel nog het forfait 3 voor chronische pijn worden aangerekend
- forfait groep 1 tot 7, gipskamer en/of forfait chronische pijn: enkel het hoogste forfait
- combinatie verstrekking uit chirurgisch dagziekenhuis (lijst A uit KB 25/4/2002) met een bedrag uit artikel 4 van de overeenkomst: enkel bedrag per opname en per dag.

Artikel 4, § 11 voorziet een **indexering** van alle bedragen in artikel 4, en dit op 1 januari van ieder jaar volgens het indexeringsmechanisme dat geldt voor de honoraria (juli-juni).

Ook wordt voorzien dat, wanneer tijdens jaar x een **anciënniteitstoeslag** wordt toegekend in het kader van het budget van financiële middelen, diezelfde toeslag wordt toegekend in het jaar x+1 op de forfaits van het dagziekenhuis (§ 5) en van de chronische pijn (§ 8).

In artikel 5 wordt, wat de forfaits voor **hemodialyse** betreft, verwezen naar de bepalingen van het KB van 23 juni 2003.

In artikel 6 wordt op een duidelijke wijze bepaald wat het bedrag van **de tegemoetkoming dekt** in de volgende situaties:

- § 1: bij klassieke hospitalisatie van de patiënt in het ziekenhuis.
- § 2: bij opname in dagziekenhuis (groepen 1 tot 7) en in de situaties waarbij een forfait voor chronische pijn wordt aangerekend
- § 3: in de situaties waarbij een mini-, maxiforfait of forfait gipskamer wordt aangerekend.

In artikel 7 wordt de **voorschottenregeling** aangepast: voor personen die recht hebben op de verhoogde verzekeringstegemoetkoming en hun personen ten laste bedraagt het bedrag dat als voorschot kan gevraagd worden vanaf 1 juli 2007 nog maximum 50 euro (i.p.v. 75 euro), en dit als gevolg van de maatregelen op het gebied van betaalbaarheid die voor deze categorie zijn genomen.

Artikel 8 bepaalt wat aan de patiënt kan worden aangerekend. Deze tekst komt in grote mate overeen met de tekst in de afgelopen overeenkomst (artikel 7). In punt c wordt verwezen naar een lijst van producten en diensten. Hier wordt de lijst bedoeld die is omschreven in het ontwerp van koninklijk besluit dat de opnameverklaring regelt en dat in principe in werking zal treden op 1 september 2007 (nog te publiceren in Belgische Staatsblad).

De **betalings- en facturatiecriteria** worden opgenomen in artikel 9. Zij werden niet aangepast.

De **diverse bepalingen** zoals voorzien in de artikelen 10 en volgende werden evenmin aangepast, tenzij daar waar het gaat om de te nemen besparingsmaatregelen, waar de forfaits chronische pijn werden toegevoegd (artikel 14)

Om de bepalingen van deze nieuwe overeenkomst in de praktijk om te zetten, werden binnen de Informatiecommissie van het RIZIV de nodige aanpassingen aan de groene Bijbel (facturatie-instructies) voorzien. Dit moet de VI en de softwarehuizen toelaten tijdig de vereiste wijzigingen in de facturatie- en controleprogramma's door te voeren.

Omdat bovenstaande wijzigingen ook op aanverwante wetgeving een invloed hebben, zullen nog enkele wijzigings-KB's gepubliceerd moeten worden (o.a inzake de forfaits klinische biologie). De nodige stappen hiervoor werden reeds door het RIZIV gezet.

Tot slot vestig ik nog graag uw aandacht op het voorwoord van de overeenkomst dat een opdrachts-en intentieverklaring bevat voor de werking van de overeenkomstencommissie voor de volgende twee jaar. Hierin wordt ondermeer voorzien:

- dat de financiering van het dagziekenhuis nog verder moet worden uitgewerkt, en dat een nieuw onderzoek moet worden gedaan naar de kostprijs voor het ziekenhuis bij het uitvoering van prestaties chronische pijn;
- bijkomend onderzoek en opheldering mbt het tenlastenemen van medische hulpmiddelen;
- op basis van studie KCE: komen tot een nieuwe financieringswijze voor dialyse
- aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Riziv wordt gevraagd om voorstellen te formuleren mbt sanctiemechanismen bij niet naleven van de overeenkomst en mbt het terbeschikkingstellen aan de ziekenhuizen van de gegevens die dienen voor de berekening van de diverse forfaits en budgetten.

Toetreding tot de overeenkomst

Indien U toegetreden bent tot de voorafgaande overeenkomst, blijft, behoudens andersluidende schriftelijke verklaring van uwentwege binnen de dertig dagen na de datum van deze omzendbrief, uw toetreding gelden tot de nieuwe overeenkomst.

Tot slot bedank ik graag alle ziekenhuizen die meewerkten aan de enquêtes van 2005 en van 2007 om te komen tot deze hervorming van de financiering van het dagziekenhuis en van de chronische pijn.

Hoogachtend,
De leidend ambtenaar,

H. De Ridder,
directeur-generaal.

BIJLAGE 1 aan de omzendbrief 2007/10

Zh/2007

Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

☎ 02/739 78 74
hospit@riziv.fgov.be

Rijksinstituut voor Ziekte- en
Invaliditeitsverzekering



Dienst voor
Geneeskundige Verzorging

Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen (ZH/2007)

Tijdens de vergadering van de Overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen-Verzekeringsinstellingen van 18 juni 2007, onder het voorzitterschap van de heer Daniel CRABBE, adviseur-generaal, daartoe gedelegeerd door de heer H. DE RIDDER, 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.

INLEIDING

De Overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen – Verzekeringsinstellingen sluit deze overeenkomst voor een duur van twee jaar.

Zij wenst die termijn te gebruiken:

- om verder te werken aan de classificatie van de verstrekkingen die recht geven op de aanrekening van een forfait krachtens artikel 4 van deze overeenkomst, en in het bijzonder om
 - o de mogelijkheid te onderzoeken om in de lijst die als bijlage I gaat, verstrekkingen op te nemen die gekoppeld zijn aan de facturering van een mini- of maxiforfait;
 - o de nieuwe verstrekkingen die aan de lijst in bijlage I zouden moeten worden toegevoegd, op te sporen;
 - o de evolutie van de daghospitalisatie te volgen, rekening houdende met de regels die zijn vastgelegd bij het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen en meer bepaald in punt 4.2.1 van bijlage 3 bij dat besluit; met het oog daarop moet de bestaande werkgroep worden beschouwd als een permanente werkgroep van de overeenkomstencommissie;
 - o de waarde van de forfaits, bedoeld in § 8 (forfaits chronische pijn), opnieuw te onderzoeken en desgevallend aan te passen aan de reële kostprijs. Daartoe zal in de behoeften voor 2008 een provisioneel bedrag ingeschreven worden van 3.7 miljoen euro.
- om de tenlasteneming van de kosten die gepaard gaan met het gebruik van medische hulpmiddelen te onderzoeken en opheldering te brengen, voornamelijk wat de niet-actieve implantaten en de actieve verbandmiddelen betreft.
- om een nieuwe financieringswijze van de dialyseverstrekingen voor te stellen, waarbij meer rekening wordt gehouden met de evoluties binnen de sector, ofwel op basis van de resultaten van de studie van het KCE, ofwel op basis van een voorstel van de overeenkomstencommissie.
- om de situatie van de daghospitalisatie en de (klassieke) hospitalisatie van één dag te onderzoeken en te vergelijken om eventueel ongerechtvaardigde discriminaties weg te werken.
- om de verschillende factureringsrubrieken te analyseren ingeval er een gipsverband of synthetisch materiaal wordt aangebracht, om aldus te komen tot een factureringssysteem dat in overstemming is met de realiteit op het terrein.
- om de verschillende procedures binnen de kortst mogelijke termijn aan te passen met het oog op een administratieve vereenvoudiging.

Deze punten zullen worden besproken in de overeenkomstencommissie of in de bestaande of nog op te richten werkgroepen.

De leden van de Overeenkomstencommissie verbinden zich ertoe om de bepalingen van artikel 7 van deze overeenkomst (voorschotten) aan te passen, rekening houdende met de wijzigingen die zouden worden aangebracht in de voorwaarden voor de facturering aan patiënten die voor het lopende jaar de drempel van de maximumfactuur hebben bereikt.

De leden van de Overeenkomstencommissie vragen bovendien aan de diensten van het Riziv:

- om tekstvoorstellen te formuleren, opdat het ziekenhuis of de verzekeringsinstelling die de bepalingen niet naleeft, op basis van artikel 13 van de overeenkomst werkelijk kan worden gestraft.
- om voorstellen te doen, opdat de gegevens die in het kader van hun financiering (budget van de financiële middelen, forfaits inzake klinische biologie, geneesmiddelenforfait, enz.) worden gebruikt, kunnen worden geraadpleegd en gevalideerd.

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 7 augustus 1987, 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:

- **dagziekenhuis :**

een georganiseerde en geïntegreerde functie van dagbehandeling in de inrichting met vastgestelde procedures voor de selectie van de patiënten, de veiligheid, het kwalitatief toezicht, de continuïteit, de opstelling van verslagen en de samenwerking met de diverse medisch-technische diensten; wordt beschouwd als geïntegreerd in de inrichting, de functie van dagbehandeling geëxploiteerd door de inrichting en onder leiding van een geneesheer-specialist van de inrichting, en/of

een functie "chirurgische daghospitalisatie", 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.

- **Sp-dienst :**

een hospitalisatie-eenheid die beantwoordt aan de normen van een "gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie", zoals vastgesteld in de bijlage bij het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, en erkend krachtens diezelfde normen.

- **geïsoleerde G-dienst :**

een hospitalisatie-eenheid die beantwoordt aan de normen van een “dienst voor geriatrie”, zoals vastgesteld in de bijlage bij het KB van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, en erkend krachtens diezelfde normen en gevestigd in een ziekenhuis dat noch over een dienst voor diagnose en chirurgische behandeling (C), noch over een dienst voor diagnose en medische behandeling (D) beschikt.

- **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.

- **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.

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, 6. (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 geïsoleerde G-dienst 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, 6. (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 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.

Het bedrag per opname wordt echter 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 § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait) en § 8 (forfait chronische pijn) 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 miniforfait, zoals bedoeld in § 3, is gelijk aan het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 3 van de overeenkomst van 15 december 2005 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2007 in rekening kon brengen.

Het bedrag van het maxiforfait, zoals bedoeld in § 4, is gelijk aan het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 4 van de overeenkomst van 15 december 2005 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2007 in rekening kon brengen.

Indien het gaat om een nieuw ziekenhuis is het bedrag van het miniforfait gelijk aan 30 % van de prijs per parameter van activiteit van dit ziekenhuis, zoals bedoeld in artikel 104ter van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 en is het bedrag van het maxiforfait gelijk aan 60 % van deze prijs per parameter van activiteit.

Het miniforfait en het maxiforfait bedragen minstens 25 euro.

§ 3. Het miniforfait is verschuldigd:

- a) voor elke toestand waarin dringende verzorging die een opname in een ziekenhuisbed verantwoordt, vereist is, voor zover die medische verantwoording in het dossier van de patiënt wordt bewaard en verstrekt wordt aan de verzekeringsinstelling op verzoek van zijn adviserend geneesheer;
- b) voor elke toestand waarin een intraveneuze infusie onder medisch toezicht nodig is of een wachtfuus om therapeutische redenen wordt ingebracht om negatieve reacties te voorkomen die ten minste een van de levensfuncties van de patiënt kunnen bedreigen.

§ 4. Het maxiforfait is verschuldigd in geval van medisch en verpleegkundig toezicht:

- a) bij een verstrekking uitgevoerd onder algemene anesthesie, onder toezicht van een geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie;
- b) bij de toediening van medicatie van de vergoedingscategorie A geregistreerd onder de hierna vermelde ATC-codes, indien het gebruik van een intravasculair infuus of een intracavitair of intravesicale instillatie noodzakelijk is:
 - L01
 - V03AF

- c) bij de toediening van medicatie die geregistreerd is onder de bij b) vermelde ATC-codes maar waarvoor nog geen vergoeding werd vastgelegd, indien het gebruik van een intravasculair infuus of een intracavitare of intravesicale instillatie noodzakelijk is en 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" : 140 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" : 171 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" : 247 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" : 176 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" : 183 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" : 218 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" : 180 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 26,10 euro verschuldigd als gips, gipsverbanden of fixatiemateriaal op basis van synthetisch materiaal 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 het koninklijk besluit van 21 mei 1987. 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: 196 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: 109 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: 72 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. De bedragen, bedoeld in § 3, § 4, § 5 en § 8 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) en § 8 (forfait chronische pijn) zijn niet verschuldigd voor een in het ziekenhuis opgenomen patiënt, behalve indien hij is opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, een Sp-dienst of een G-dienst, voor zover die twee laatste diensten geen deel uitmaken van een algemeen ziekenhuis.

De bedragen die zijn vastgesteld in § 5 (dagziekenhuisforfait), zijn verschuldigd in het geval van de verstrekkingen 355084, 453121, 453143, 453084, 453106, 453165, 453180, 464085, 464100, 464122, 464144, 589024, 589061, 589120, 589142, 589164, 589186, 589223, wanneer de desbetreffende verzorging wordt verleend aan een rechthebbende die in een andere verpleeginrichting is opgenomen.

§ 10. 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 § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait) en/of § 7 (gipskamer), 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 § 3 (miniforfait) en § 4 (maxiforfait) niet verschuldigd. In afwijking hiervan kan gedurende de periode van 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2008, indien tijdens dezelfde opname in een dagziekenhuis zowel een prestatie wordt uitgevoerd waarvoor een miniforfait verschuldigd is en een prestatie waarvoor het “forfait 3 chronische pijn” verschuldigd is, enkel het hoogste bedrag worden aangerekend.

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 § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer) en/of § 8 (forfait chronische pijn), 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, 6. (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.

§ 11. Het bedrag van de forfaits, bedoeld in § 3, § 4, § 5, § 7 en § 8 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.

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 en § 8, 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.

Diezelfde forfaits, bedoeld in § 5 en § 8, mogen bovendien elk jaar worden aangepast via een wijzigingsclausule bij deze overeenkomst, afhankelijk van de bepalingen van de sociale akkoorden die van toepassing zijn op de ziekenhuissector.

De verhogingen, bedoeld in de twee vorige alinea's, 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 onder de specifieke voorwaarden van 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.

HOOFDSTUK V: Tegemoetkoming van de patiënt in de verblijfskosten

Artikel 6.

§ 1. Onverminderd de bepalingen van artikel 90 (kamersupplementen) van de wet op de ziekenhuizen dekt het budget van de financiële middelen, zoals bedoeld in artikel 87 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 95 van de wet op de ziekenhuizen van 7 augustus 1987.

§ 2. Onverminderd de bepalingen van artikel 90 (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.

§ 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, dekken de bedragen, zoals bedoeld in artikel 4, § 3, § 4 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 hierna opgesomde geneeskundige verstrekkingen:

- a) de gewone geneeskundige verzorging en de technische verstrekkingen inzake diagnose en behandeling door de algemeen geneeskundigen en de geneesheren-specialisten;
- b) de verzorging door kinesitherapeuten;
- c) de verstrekkingen die respectievelijk worden beoogd in artikel 9, a) (verloskunde), artikel 36 (logopedie), artikel 5 en artikel 14 I) (tandverzorging, stomatologie en daarmee verband houdende verstrekkingen) en in de artikels 35 en 35bis (implantaten) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen;
- d) het verstrekken van brillen en andere oogprothesen, hoortoestellen, orthopedische toestellen, gipsmateriaal en daarmee gelijkgesteld materiaal, andere prothesen, implantaten en andere producten of uitrustingen met een therapeutisch doel, die afgeleverd worden op medisch verzoek en die bestemd zijn om door de patiënt bij diens ontslag uit het ziekenhuis mee naar huis te worden genomen voor de voortzetting van zijn behandeling thuis;
- e) alle verzorging en andere verstrekkingen die voor de revalidatie en herscholing vereist zijn.

Artikel 7.

§ 1. Aan de rechthebbende die is opgenomen in een gemeenschappelijke kamer, 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, b 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 een- of tweepersoonskamer mag een bijkomend voorschot worden gevraagd van maximum zevenmaal het bedrag van het supplement voor een een- of tweepersoonskamer.

§ 3. Een nieuw voorschot, zoals bepaald in de § 1 en de § 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 87 van de wet van 7 augustus 1987.

§ 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 een- of tweepersoonskamer verpleegd te worden. In dat geval bedraagt het voorschot maximaal het bedrag van het supplement voor een een- of tweepersoonskamer.

Artikel 8.

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

a) de kosten voorzien in :

- o artikel 3 (bedragen per opname en per verpleegdag)
- o artikel 4, § 3, § 4, § 5, § 7 en § 8
- o artikel 90 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987 (kamersupplementen) onder de voorwaarden bepaald in dit artikel en zijn uitvoeringsbesluiten
- o 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

- o 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
 - o 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)
- 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.

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.

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 10 oktober 1986 tot uitvoering van artikel 53, achtste lid van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en bij de verordening van 29 december 1986, genomen ter uitvoering van het voornoemde koninklijk besluit van 10 oktober 1986.

De facturen van de verpleeginrichtingen worden betaald uiterlijk binnen twee maanden na de maand waarin de verzekeringsinstelling de voor de facturering noodzakelijke documenten heeft ontvangen. De termijn loopt vanaf de datum van ontvangst die is vermeld op het borderel dat aan de verpleeginrichtingen is bezorgd, voor zover die documenten zijn ingediend in overeenstemming met de wettelijke en verordeningsbepalingen ter zake en door de verzekeringsinstelling zijn aanvaard.

Als de inrichting de documenten binnen de door het Verzekeringscomité vastgestelde termijnen heeft opgestuurd, geeft de niet-betaling binnen de in de tweede alinea vastgestelde termijn recht op verwijlntresten waarvan de hoegrootheid overeenstemt met het rentetarief van de depositofaciliteit van de Europese Centrale Bank, verhoogd met 1,75 %, die is vastgesteld op de datum dat de betalingstermijn verstrijkt. Die verwijlntresten worden berekend vanaf de eerste dag van de derde maand die volgt op de datum, vastgesteld in de tweede alinea.

Die verwijlntresten komen ten laste van de administratiekosten van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering als de vertraging is toe te schrijven aan het laattijdig of ontoereikend overmaken van de maandelijks voorschotten die zijn bedoeld in artikel 202 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

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-, verordnungs- of overeenkomstenbepalingen ter zake.

Artikel 11.

De inrichting verbindt zich ertoe de adviserend geneesheren 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.

§ 1. Ingeval de in deze overeenkomst vastgestelde prijzen en bedragen worden overschreden, is de verpleeginrichting die tot deze overeenkomst is toegetreden, verplicht aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bij wijze van strafbeding een vergoeding te storten gelijk aan driemaal het bedrag van die overschrijding, met een minimum van 125,00 euro.

§ 2. In geval van andere inbreuken dan die welke in § 1 zijn bepaald, is de verpleeginrichting of de verzekeringsinstelling verplicht aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, bij wijze van strafbeding, een forfaitaire vergoeding van 125,00 euro per inbreuk te storten.

§ 3. De straffen, bepaald in de § 1 en § 2 van dit artikel, worden uitgesproken door de Commissie belast met het onderhandelen over en het sluiten van de overeenkomsten met de verpleeginrichtingen.

Artikel 14.

De begrotingsdoelstelling van de in artikel 4 van deze overeenkomst bepaalde bedragen wordt vastgesteld op grond van de wettelijke en verordnungsbeepalingen 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, § 3, § 4, § 5, § 7 en § 8.

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, § 3, § 4, § 5, § 7 en § 8 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 correctiemaatregelen mag noch door een van de partijen die de overeenkomst hebben gesloten, noch door de individuele zorgverlener die tot de overeenkomst is toegetreden, worden aangevoerd om deze overeenkomst op te zeggen.

Artikel 15.

Deze overeenkomst treedt in werking op 1 juli 2007.

Zij geldt tot 30 juni 2009 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 twee partijen behouden zich het recht voor om deze overeenkomst op te zeggen met een aangetekende brief aan de Dienst voor Geneeskundige Verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering onder de volgende voorwaarden:

- ofwel door minstens drie vierde van de leden van een van de twee groepen die vertegenwoordigd zijn in de Overeenkomstencommissie en in dat geval heeft deze brief de opheffing van de overeenkomst tot gevolg vanaf 1 januari volgend op de opzegging,
- ofwel door elke inrichting die is toegetreden tot de overeenkomst en in dat geval heeft deze brief de stopzetting van de toetreding van alleen die inrichting tot gevolg vanaf 1 januari volgend op de opzegging.

Artikel 16.

In afwijking van de bepalingen van artikel 15 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 18 juni 2007

Voor de verenigingen van de
verpleeginrichtingen,

G. CALLEWAERT
D. GOEMAERE
M. LIETAR
M. MAHAUX
I. NOLIS
J.C. PRAET
I. VAN DER BREMPT

Voor de verzekeringsinstellingen,

Y. ADRIAENS
J.P. BRONCKAERS
T. DE BOECK
R. DE PAEPE
B. HOREMANS
J. HUCHON
F. MAROY
T. VIEREN

BIJLAGE I

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

GROEP 1

256874	256885	Curettage 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 elektrocardiografische 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
354071	354082	Chemische sympathectomie, onder algemene anesthesie, met gebruik van contraststof onder scpie, per zijde
354093	354104	Alkoholisatie van het ganglion coeliacum, onder algemene anesthesie, met gebruik van contraststof onder scpie, voor de beide zijden samen
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
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
471811	471822	Bronchoscopie 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
472172	472183	Resectie van coccyxcyste
473174	473185	Volledige colonoscopie, d.w.z. tot de rechterhoek van het colon of de ileocecale klep
473211	473222	Wegnemen van poliepen van het colon naar aanleiding van een colonoscopie links of van een volledige colonoscopie

473270	473281	Behandeling van oesofagusspataders 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
473690	473701	Fibroduodenoscopie met papillotomie
473712	473723	Plaatsen van een dilatatieprothese van de galwegen door fibroduodenoscopie

GROEP 3

453073	453084	Angiocardiopneumografie, één invalshoek, minimum zes clichés
453095	453106	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
453110	453121	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum zes clichés
453132	453143	Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
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 verstrekking 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
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
464074	464085	Angiocardiopneumografie, één invalshoek, minimum zes clichés
464096	464100	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)

464111	464122	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum 6 clichés
464133	464144	Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum 6 clichés per invalshoek)
464236	464240	Radiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan, minimum drie clichés (mag niet worden gecumuleerd met verstrekking 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
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 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

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
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
280512	280523	Insnijden van peesschede
286156	286160	Interfalangeale arthroplastiek van een vinger
286171	286182	Interfalangeale arthrodesia van een vinger
287276	287280	Exeresis van olecranonbursitis met of zonder resectie van been of periost
287335	287346	Aponeurotomie van handpalm
287733	287744	Tenolysis van flexoren
288072	288083	Insnijden en draineren van diepliggende handpalmflegmonen
292692	292703	Osteotomie van teen
293414	293425	Verwijderen van een exostose onder een nagel
300370	300381	Acromioclaviculaire arthroplastiek
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
241334	241345	Behandeling van een al dan niet beklemd tweezijdige liesbreuk
244510	244521	Resectie van aarskloof
244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heekundige resectie
244591	244602	Uitsnijden of diathermoresectie van een inwendig pak hemorrhoiden 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
253654	253665	Enten van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van minder dan 10 cm ² in het gelaat
255651	255662	Heekundige bewerking wegens eenzijdige pansinusitis, inclusief operatie van Lima
255673	255684	Heekundige bewerking wegens tweezijdige pansinusitis, inclusief operatie van Lima
258075	258086	Microlaryngoscopie in suspensie (Kleinsasser) met of zonder afname voor biopsie
261155	261166	Heekundige reductie van paraphimosis
280556	280560	Peesexploratie
280593	280604	Tenotomie
280615	280626	Verlengen van pees
291454	291465	Tibiotarsale synovectomie

293333	293344	Heelkundige behandeling van hallux valgus rigidus of flexus : Door combineren van twee of meer van de vorige vier technieken
294630	294641	Losmaken van de aponeurose van voetzool (Steindler)
294696	294700	Uitruimen van voetwortelsinus
300414	300425	Hechten van een meniscusscheur bij een patiënt van minder dan 25 jaar
311570	311581	Heelkundige bewerking wegens sinusitis langs uitwendige weg (ethmoidectomie, volledige behandeling van frontale sinusitis, van maxillaire sinusitis Caldwell-Luc of Denker)
311651	311662	Wegnemen van wortel of vreemde lichamen langs de fossa canina
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
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

148072	148083	Hechten met draad van wonden van het gelaat, waarbij de resectie van necrotische weefsels en/of de hemostase van de onderhuidse weefsels door onderbinden nodig is : Drie of meer wonden
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
227032	227043	Verwijderen van een gezwel of cyste uit de borstklier
256933	256944	Heelkundige bewerking wegens diepliggende halscyste of –tumor
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.
287851	287862	Nageltransplantatie
293193	293204	Metatarsofalangeale resectie van verscheidene tenen van een zelfde voet
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
312130	312141	Behandeling - eenvoudige methode - van breuk van een been van beendermassief van gelaat, exclusief neusbeenbreuken
350630	350641	Electrocoaguleren of thermocoaguleren van ganglion van Gasser
354034	354045	Partiële rhizolyse met hoogfrequentie stromen
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

202812	202823	Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op lumbaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar
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

BIJLAGE 2 aan de omzendbrief 2007/10

1) Geschrapte codes

Code	Naam	Huidig forfait
245114	Heelkundige verstrekkingen - Traanwegen : Exeresis van traanklier	A
246853	Heelkundige verstrekkingen - Intra-oculaire ingrepen - Intra-oculaire vreemde lichamen : 4 - magnetische in het voorste segment	A
255754	Ethmoidectomie langs uitwendige weg	A
255931	Heelkundige behandeling van rhinophyma	mini
257810	Punctie, inclusief eventueel draineren van de frontale sinus langs externe weg	mini
281175	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Hals en romp - Hals : Unipolaire subcutane tenotomie van de musculus sternocleidomastoideus	mini
281190	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Hals en romp - Hals : Bipolaire subcutane tenotomie van de musculus sternocleidomastoideus	mini
284970	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Bovenste ledematen en schoudergordel - Beenderen en articulaties : Exeresis van intramusculair osteoom van elleboog	A
285110	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Bovenste ledematen en schoudergordel - Beenderen en articulaties : Boren van handwortelbeen	A
292596	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Onderste ledematen en bekkengordel : Beenderen en articulaties : Exarticulatie van verscheidene tenen met de middelfuetsbeenderen ervan, van een zelfde voet	Maxi
310833	Staphylorrhaphie wegens totaal gespleten gehemelte	A
424211	Hechting van de baarmoederhals na een verlossing door een vroedvrouw of behandelend erkende huisarts of behandelend algemeen geneeskundige met verworven rechten	A
424233	Perineorrafie en herstel van de aarssfincter wegens volledige scheuring na een verlossing door een vroedvrouw of behandelend erkende huisarts of behandelend algemeen geneeskundige met verworven rechten	A
472194	** Laparoscopie, zonder afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	Maxi
472216	Laparoscopie, met afname voor biopsie, inclusief pneumoperitoneum	A

2) Toegevoegde codes

Code	Naam	Groep	Bedrag forfait
232094	Herstellen van zenuw door hechten of enten - Interfasciculair hechten (Millesi) van een zenuw in een opereerstreek	Groep 5	180 €
238136	Heelkunde op de aders en de spataders : Totale exeresis van de vena saphena externa	Groep 6	218 €
241334	Heelkundige verstrekkingen via laparoscopie Behandeling van een al dan niet bekleemde tweezijdige liesbreuk	Groep 6	218 €
251296	Algemene plastische heelkunde - Huidenten - Dermo-epidermale enten : Over een oppervlakte van 10 cm2 tot 50 cm2	Groep 6	218 €
255651	Heelkundige bewerking wegens eenzijdige pansinusitis, inclusief operatie van Lima	Groep 6	218 €
255673	Heelkundige bewerking wegens tweezijdige pansinusitis, inclusief operatie van Lima	Groep 6	218 €
256933	Heelkundige bewerking wegens diepliggende halscycte of -tumor	Groep 7	180 €
258532	Microchirurgische ingreep op de larynx voor het corrigeren of het behoud van de stem	Groep 7	180 €
260713	Epididymectomy	Groep 7	180 €
261612	Meatoplastiek door verschuiving van het slijmvlies	Groep 7	180 €
262356	Diagnostische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming.	Groep 7	180 €
262371	Therapeutische ureteroscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van lithiasis, abcessen, letsels of stenose.	Groep 7	180 €
280593	Heelkundige verstrekkingen - Bloedige behandelingen - Algemene bloedige behandelingen - Pezen, ligamenten, slijmbeurzen Tenotomie	Groep 6	218 €

280615	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Algemene bloedige behandelingen - Pezen, ligamenten, slijmbeurzen : Verlengen van pees	Groep 6	218 €
286156	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Bovenste ledematen en schoudergordel - Beenderen en articulaties : Interfalangeale arthroplastiek van een vinger	Groep 5	183 €
287733	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Bovenste ledematen en schoudergordel - Pezen, ligamenten, slijmbeurzen : Tenolysis van flexoren	Groep 5	183 €
291454	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Onderste ledematen en bekkengordel : Beenderen en articulaties : Tibiotarsale synovectomie	Groep 6	218 €
293333	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Onderste ledematen en bekkengordel : Beenderen en articulaties : Heelkundige behandeling van hallux valgus rigidus of flexus : Door combineren van twee of meer van de vorige vier technieken	Groep 6	218 €
294630	Heelkundige verstrekkings - Bloedige behandelingen - Onderste ledematen en bekkengordel : Pezen, ligamenten, slijmbeurzen : Losmaken van de aponeurose van voetzool (Steindler)	Groep 6	218 €
300370	Diagnostische en therapeutische arthroscopieën - Therapeutische arthroscopieën : Acromioclaviculaire arthroplastiek	Groep 5	183 €
300414	Diagnostische en therapeutische arthroscopieën - Therapeutische arthroscopieën : Hechten van een meniscusscheur bij een patiënt van minder dan 25 jaar	Groep 6	218 €
311371	Enkelvoudige osteotomie (inclusief afname) van been uit beendermassief van gelaat	Groep 7	180 €
311415	Osteotomie met verplaatsing van kaakbeenstukken of reconstructieheelkunde op het kaakbeen inclusief plaatfixatie en eventuele afname van een autogene beenent	Groep 7	180 €
311570	Heelkundige bewerking wegens sinusitis langs uitwendige weg (ethmoidectomie, volledige behandeling van frontale sinusitis, van maxillaire sinusitis Caldwell-Luc of Denker)	Groep 6	218 €
355751	Puncties : Leverpunctie.	Groep 2	171 €
355950	Puncties : Percutane gastrostomie onder endoscopische controle met het oog op het plaatsen van een sonde voor enterale voeding	Groep 2	171 €
431491	Amputatie van baarmoederhals en plastiek met vaginale lappen (Sturmdorf)	Groep 7	180 €
431653	Myomectomie langs abdominale of vaginale weg	Groep 6	218 €
432456	Volledige resectie van het endometrium, inclusief de hysteroscopie en de curettage.	Groep 6	218 €
451894	Cholangiowirungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés) mag niet worden gecumuleerd met verstrekkings nr 451813-451824 dezelfde dag verricht	Groep 2	171 €
471796	Bronchoscopie met extractie van vreemde lichamen of plaatsing van een prothetisch element	Groep 5	183 €
471811	Bronchoscopie met perifere pulmonaire afnamen voor biopsie (ofwel veelvuldige afnamen, minimum 5, ofwel geleide afname in geval van perifere tumor), inclusief de eventuele radioscopische controle	Groep 2	171 €
476276	Hartcatheterismen buiten het continu toezicht op de hartfunctie - Hartcatheterismen met grafisch registreren van de drukcurven op verschillende niveaus, inclusief eventueel de afnamen van bloedmonsters voor doseren, de radioscopische controles met televisie, de electrocardiografische controles, de denudatie en de inspuiting van contrastmiddelen met of zonder krachtsinspanningsproef of farmacodynamische proef, met protocol en tracés (mogen niet worden gecumuleerd met de raadplegingen) : 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	Groep 3	247 €

Bijlage 3 bij de omzendbrief 2007/10

LIJST VAN DE VERSTREKKINGEN DIE AANLEIDING GEVEN TOT EEN FORFAIT KLINISCHE BIOLOGIE.

149170	149181	Medisch toezicht op transfusie van bloed, geconcentreerde rode bloedlichaampjes of bloedplaatjes voor een andere dan post-traumatische, post-heelkundige of post-hemorragische indicatie
212111	212122	Elektrische defibrillatie van het hart in geval van circulatiestilstand en/of elektrostimulatie van het hart door uitwendige hartprikkelaar, inclusief de elektrocardiografische controle, buiten de ingrepen met open thorax en de verstrekkingen 229110 – 229121, 229132 – 229143, 229154 – 229165, 229176 – 229180
212214	212225	Hartcatheterismen 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
238151	238162	Geïsoleerde resectie van de boog van de vena saphena interna
244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heelkundige resectie
244591	244602	Uitsnijden of diathermoresectie van een inwendige pak hemorrhoiden met aarsdilatatatie
253654	253665	Wandelende ent van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van minder dan 10 cm ² aan het gelaat
260175	260186	Uitnemen van uretersteen langs endoscopische weg, per zitting, inclusief cystoscopie
260293	260304	Cystoscopie, met uretercatheterisme
261811	261822	Percutane pyelo- of nefrostomie onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten
293193	293204	Metatarsofalangeale resectie van verscheidene tenen van een zelfde voet
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.....
350630	350641	Elektrocoguleren of thermocoaguleren van ganglion van Gasser
354034	354045	Partiële rhizolyse met hoogfrequentiestromen
354071	354082	Chemische sympatectomie, onder algemene anesthesie, met gebruik van contraststof onder scopie, per zijde

354093	354104	Alholisatie van het ganglion coeliacum, onder algemene anesthesie, met gebruik van contraststof onder scopie, voor de beide zijden samen
355073	355084	Behandeling van steenvormingen (nier-, gal-, pancreasstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle
422671		Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie, op een werkdag
423010	423021	Normale of ingewikkelde verlossing, inclusief het honorarium van de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën voor de geneesheren, specialisten voor anesthesie ⁽¹⁾
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
432294	432305	Conisatie van de baarmoederhals
451813	451824	Cholangiowirungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés)
453073	453084	Angiocardiopneumografie, één invalshoek, minimum zes clichés
453095	453106	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
453110	453121	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum zes clichés
453132	453143	Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum 6 clichés per invalshoek)
453154	453165	Viscerale arteriografie na selectief catheterisme van ene 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 verstrekingen ervan, minimum drie clichés
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)

⁽¹⁾ Aan huis en niet in ziekenhuis.

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
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 geïsoleerde arteria vertebralis, minimum drie clichés
454075	454086	Cerebrale angiografie langs geïsoleerde vertebrale weg, minimum twee verschillende invalshoeken en 10 clichés
462814	462825	Cholangiowirungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen (minimum tien clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr. 462895 – 462906 dezelfde dag verricht
464074	464085	Angiocardiopneumografie, een invalshoek, minimum zes clichés
464096	464100	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
464111	464122	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum zes clichés
464133	464144	Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
464236	464240	Radiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan, minimum drie clichés (mag niet worden gecumuleerd met verstrekking 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 drie clichés
465010	465021	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, twee verschillende invalshoeken, minimum vijf clichés
465032	465043	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, meer dan twee invalshoeken, minimum acht clichés
465054	465065	Cerebrale angiografie langs de geïsoleerde arteria vertebralis, minimum drie clichés

465076	465080	Cerebrale angiografie langs geïsoleerde vertebrale weg, minimum twee verschillende invalshoeken en 10 clichés
470013	470024	Transfusie voor 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
471752	471763	Bronchoscopie met transcarinale punctie en eventuele radioscopische controle
472172	472183	Resectie van coccyxcyste
473174	473185	Volledige colonoscopie, d.w.z. tot de rechterhoek van het colon of de ileocecale klep, zonder afname voor biopsie
473211	473222	Wegnemen van poliepen van het colon naar aanleiding van een colonoscopie links of van een volledige colonoscopie
473270	473281	Scleroseren van oesofaguspataders langs endoscopische weg, inclusief het gebruikte product (1)
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
473690	473701	Fibroduodenoscopie (2 ^e en 3 ^e duodenum) met papillotomie en/of extractie van choledochusstenen
473712	473723	Plaatsen van een dilatatieprothese van de galwegen door fibroduodenoscopie
474655	474666	Medisch toezicht op bloed- of plasma-transfusie bij een kind jonger dan zeven jaar
476652	476663	Hartcatheterisatie met endomyocardiopsie langs veneuze weg
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
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 stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een arteriële 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

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 faciale, encefale of medullaire streek inclusief de manipulaties en controles, tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter, de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel
589131	589142	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
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
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
589212	589223	Percutane endovasculaire plaatsing van een filter in de vena cava, inclusief de cavografie