



RIZIV

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Brussel, 12 December 2024

Onderwerp: Aanrekenen van een MOC

Geachte collega,

Het RIZIV ziet erop toe dat het budget van de ziekteverzekering optimaal wordt aangewend. Dat doen we o.a. door zorgverleners te sensibiliseren.

Met deze brief willen we alle ziekenhuizen vragen **om bij de aanrekening van het Multidisciplinaire Oncologische Consult (MOC) de reglementaire voorwaarden strikt na te leven.**

We onderschrijven het belang van een multidisciplinaire aanpak in de gezondheidszorg. Op dit ogenblik is er niet voor elk multidisciplinair overleg een vergoeding voorzien. Mogelijk zullen in de toekomst – in het kader van de nomenclatuurnieuwvorming - meer multidisciplinaire overlegmomenten voor een terugbetaling in aanmerking komen.

Voor multidisciplinair overleg in het kader van een kwalitatieve **oncologische** zorg, waarbij verschillende specialisten samenkomen om een voor elke **kanker**patiënt een optimaal geïntegreerd diagnostisch, behandel- en opvolgingsplan uit te werken (KCE rapport 239, 2015), bestaan er momenteel specifieke nomenclatuurcodes. Voor multidisciplinair overleg in het kader van *niet-maligne* tumoren zijn deze nomenclatuurcodes niet van toepassing.

Uit analyse van de MOC-facturatie en MOC-verslagen blijkt dat de toepassings- en interpretatieregels (vooral aangaande de *opvolgings*-MOC's) vaak niet worden nageleefd. In bijlage 1 vindt u de belangrijkste reglementaire voorwaarden. In bijlage 2 geven we enkele typische praktijkvoorbeelden.

Omdat onterechte aanrekeningen van MOC's frequenter voorkomen dan verwacht, hebben we ook aan de ziekenfondsen gevraagd om hun controles te versterken. Daarnaast voeren we gerichte controle-onderzoeken uit met de uitnodiging tot vrijwillige terugbetaling van onterecht verkregen vergoedingen.

Wilt u deze brief aandachtig doornemen en **alle betrokkenen bij MOC's informeren** over dit schrijven? Zo draagt u als hoofddarts bij aan de correcte toepassing van de reglementering.

We zullen de aanrekening van MOC's nauwlettend blijven volgen.

We hopen u hiermee duidelijk te hebben geïnformeerd en danken u alvast voor uw medewerking.

Met vriendelijke groet,

Bijlage 1 : Reglementering

NOMENCLATUUR

Bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (verder afgekort tot NGV)

Afdeling 2 - Algemene speciale verstrekkingen - Artikel 11

Hieronder werden de reglementaire bepalingen anders geordend om de leesbaarheid te verhogen.

NOMENCLATUURCODES EN HUN OMSCHRIJVING

Coördinatie van MOC

- 350372-350383 K80: Eerste multidisciplinair oncologisch consult (MOC), geattesteerd door de arts-coördinator
- 350276-350280 K50: Opvolgings-multidisciplinair oncologisch consult (opvolgings-MOC), geattesteerd door de arts-coördinator
- 350291-350302 K80: Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de arts-coördinator
- 350453-350464 K15: *Bijkomend honorarium bij de verstrekking 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 aanrekenbaar door de arts-specialist in de medische oncologie, of houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrische hematologie en oncologie, wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult coördineert*

Deelname aan MOC

- 350394-350405 K17: Deelname aan multidisciplinair oncologisch consult
- 350416-350420 K25: ° Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult door een arts die geen deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisartsen
- 350475-350486 K7,5: *Bijkomend honorarium bij de verstrekking 350394-350405 of 350416-350420 aanrekenbaar door de arts-specialist in de medische oncologie, of houder van de bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of in de pediatrische hematologie en oncologie, wanneer deze het multidisciplinair oncologisch consult bijwoont*

Toelichtingsconsultatie na MOC

- 350232 K50: Toelichting van de diagnose en van het voorstel van aanvullende onderzoeken, opvolging en behandelingsplan aan de patiënt volgens het verslag van het voorafgaand multidisciplinair oncologisch consult tijdens een afzonderlijk overleg met de patiënt: ° door de behandelend erkende huisarts
- 350254-350265 K50: Toelichting van de diagnose en van het voorstel van aanvullende onderzoeken, opvolging en behandelingsplan aan de patiënt volgens het verslag van het voorafgaand multidisciplinair oncologisch consult tijdens een afzonderlijk overleg met de patiënt: door de behandelend arts-specialist die deelgenomen heeft aan het MOC

TOEPASSINGSREGELS

ALGEMENE TOEPASSINGSREGELS

Minstens vier artsen van verschillende specialismen nemen deel aan een MOC. Minstens één van hen heeft een bijzondere ervaring in de oncologische chirurgie of is erkend als art-specialist in de medische oncologie of in de radiotherapie-oncologie of heeft een bijzondere beroepstitel in de klinische hematologie of de pediatrische hematologie en oncologie.

Eén van de artsen fungeert als coördinator en maakt het schriftelijk verslag op dat een beschrijving bevat van de diagnose en het behandelingsplan.

Ieder multidisciplinair oncologisch consult geeft aanleiding tot een schriftelijk verslag, opgesteld door de arts-coördinator. Het verslag vermeldt de namen van de deelnemende artsen en van de aanvragende arts. Het bevat een initiële probleemstelling, een overzicht van de medische gegevens die voorhanden zijn en een uitwerking van de diagnose met uitspraak over de prognose. Het bevat verder een concreet behandelingsplan op korte en langere termijn met motivatie, rekening houdend met medische maar ook psychische en sociale argumenten.

In geval van doorverwijzing voor een bijkomend multidisciplinair consult, staat de naam van het tweede ziekenhuis vermeld in het verslag.

Het verslag wordt overgemaakt aan alle artsen die aan het consult hebben deelgenomen, aan de aanvragende arts, aan de huisarts van de patiënt en aan de adviserend-arts van de verzekeringsinstelling.

Het honorarium voor de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 dekt het verslag en de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaard-formulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bestemd voor het Kankerregister.

Een multidisciplinair oncologisch consult wordt schriftelijk aangevraagd door de behandelende erkende huisarts of de algemeen geneeskundige met verworven rechten of behandelende arts-specialist, met uitsluiting van de arts-specialist in de anatomopathologie, de klinische biologie en de röntgendiagnose.

De verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 en 350416-350420 zijn onderling niet cumuleerbaar door dezelfde verstrekker.

De verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 en 350416-350420 vereisen de gelijktijdige fysieke aanwezigheid van de verschillende deelnemende artsen.

Artikel 11 van het KB nr. 20 van 13 mei 2020 houdende tijdelijke maatregelen in de strijd tegen de COVID-19 pandemie en ter verzekering van de continuïteit van zorg in de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging stelt dat, in afwijking van de bepaling "De verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 en 350416-350420 vereisen de gelijktijdige fysieke aanwezigheid van de verschillende deelnemende artsen" van artikel 11 van de nomenclatuur, het multidisciplinair consult mag georganiseerd worden via videocommunicatie.

De verstrekking 105291-105302 (*Multidisciplinair spine consult (MSC), aangerekend door de arts, lid van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie van de verplegingsinrichting, die dit consult coördineert*) is niet cumuleerbaar met de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 in het geval van een oncologische wervelkolompathologie.

A. Toepassingsregels voor 1^e MOC (350372-350383)

De verstrekking 350372-350383 (eerste MOC) wordt georganiseerd bij de behandeling van een nieuwe oncologische aandoening, met uitzondering van een niet-verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid.

Een eerste MOC is verplicht voorafgaand aan :

- a) elke oncologische behandeling die niet is opgenomen in of afwijkt van de in het kwaliteitshandboek van het betrokken ziekenhuis uitgeschreven protocollen;
- b) elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult;
- c) elke oncologische behandeling met gebruik van een verstrekking uit artikel 18 die wordt aangerekend door een geneesheer-specialist voor een ander specialisme dan de radiotherapie-oncologie of de nucleaire geneeskunde en die verwant is aan zijn specialisme.

Onder behandeling wordt hier verstaan de aanwending van **heelkunde, medicatie of verstrekkingen vermeld in artikel 18** in een oncologische situatie.

Indien een behandeling wordt ingesteld zonder MOC, houdt de behandelende arts alle stukken ter motivatie voor zijn keuze beschikbaar voor de adviserend-arts.

De verstrekkingen 350372-350383 zijn niet aanrekenbaar bij het aanvangen van de behandeling van een niet verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid.

De verstrekking 350372-350383 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekking 350674-350685 (conventie complexe slokdarmchirurgie) noch met de verstrekking 350114-350125 (conventie complexe pancreaschirurgie).¹

¹ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/slokdarmchirurgie-terugbetaling-in-een-gespecialiseerd-centrum> en <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/pancreaschirurgie-terugbetaling-in-gespecialiseerde-centra>

B. Toepassingsregel voor opvolgings-MOC (350276-350280)

Een opvolgings-MOC is verplicht voorafgaand aan :

- a) elke oncologische behandeling die niet is opgenomen in of afwijkt van de in het kwaliteitshandboek van het betrokken ziekenhuis uitgeschreven protocollen;
- b) elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult;
- c) elke oncologische behandeling met gebruik van een verstrekking uit artikel 18 die wordt aangerekend door een geneesheer-specialist voor een ander specialisme dan de radiotherapie-oncologie of de nucleaire geneeskunde en die verwant is aan zijn specialisme.

Onder behandeling wordt hier verstaan de aanwending van **heelkunde, medicatie of verstrekkingen vermeld in artikel 18** in een oncologische situatie.

Indien een behandeling wordt ingesteld zonder MOC, houdt de behandelende arts alle stukken ter motivatie voor zijn keuze beschikbaar voor de adviserend-geneesheer.

De verstrekking 350276-350280 (opvolgings-MOC) is uitsluitend aanrekenbaar bij :

- a) de opvolging van een behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen
en/of
- b) de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks.

In dat laatste geval is de voorafgaandelijke uitvoering van de verstrekking 350276-350280 bovendien verplicht.

De verstrekkingen 350276-350280 zijn niet aanrekenbaar bij het aanvatten van de behandeling van een niet-verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid.

De verstrekking 350276-350280 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekking 350674-350685 (conventie complexe slokdarmchirurgie) noch met de verstrekking 350114-350125 (conventie complexe pancreaschirurgie).

C. Toepassingsregels voor bijkomende MOC (350291-350302)

De verstrekking 350291-350302 (bijkomende MOC) is slechts aanrekenbaar indien een eerste MOC geen aanleiding gaf tot een definitieve diagnose of concreet behandelingsplan maar wel in functie hiervan tot een doorverwijzing naar een ander ziekenhuis met erkend oncologisch zorgprogramma.

In geval van doorverwijzing voor een bijkomend multidisciplinair consult, staat de naam van het tweede ziekenhuis vermeld in het verslag.

De verstrekkingen 350291-350302 zijn niet aanrekenbaar bij het aanvatten van de behandeling van een niet-verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid.

De verstrekking 350291-350302 mag niet gecumuleerd worden met de verstrekking 350674-350685 (conventie complexe slokdarmchirurgie) noch met de verstrekking 350114-350125 (conventie complexe pancreaschirurgie).

D. Toepassingsregels in verband met deelname aan MOC (350394-350405 en 350416-350420)

De verstrekking 350394-350405 is aanrekenbaar door maximaal vier artsen-specialisten van verschillende specialismen, uitsluitend ter gelegenheid van de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 of 350291-350302.

De verstrekking 350416-350420 is uitsluitend aanrekenbaar in combinatie met de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 of 350291-350302. Ze dekt tevens de verplaatsingskosten.

E. Toepassingsregels in verband met toelichtingsconsultatie na MOC (350232 en 350254-350265)

De verstrekkingen 350232 en 350254-350265 zijn elk slechts eenmaal aanrekenbaar en alleen volgend op een eerste multidisciplinair oncologisch consult (verstrekking nr. 350372-350383).

Tijdens het multidisciplinair consult wordt in voorkomend geval afgesproken **welke arts** de verstrekking 350254-350265 zal uitvoeren.

De verstrekkingen 350232 en 350254-350265 zijn niet cumuleerbaar met een raadpleging of een bezoek.

INTERPRETATIEREGELS (van toepassing sinds 26/04/2012)

Interpretatieregel 11/25

VRAAG

De nomenclatuur bepaalt in een toepassingsregel bij het multidisciplinair oncologisch consult (verstrekking 350372 - 350383 en volgende) : Ieder multidisciplinair oncologisch consult geeft aanleiding tot een schriftelijk verslag, opgesteld door de geneesheer-coördinator. Het verslag vermeldt de namen van de deelnemende artsen en van de aanvragende geneesheer.

Kan de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaard-formulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bestemd voor het Kankerregister worden beschouwd als een minimale vorm van verslag ?

ANTWOORD

De toepassingsregel luidt : Het honorarium voor de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 dekt het verslag en de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaardformulier, opgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en bestemd voor het Kankerregister.

De vermelding « het verslag en de uniforme registratie » geeft duidelijk weer dat het twee verschillende documenten zijn. Het registratieformulier kan niet aanvaard worden als het verslag. De inhoud van het verslag en de personen die het moeten ontvangen worden duidelijk in de nomenclatuur omschreven.

Datum BS²: 26-04-2012

Datum in werking: 26-04-2012

Artikels: 11

Nomenclatuur nrs: 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383

² BS : Belgisch Staatsblad

Interpretatieregel 11/26

VRAAG

Hoeveel arts mogen een deelname aan het multidisciplinair consult attesteren ?

ANTWOORD

Maximum zes artsen kunnen « deelname aan een multidisciplinair consult » attesteren, met name :

De coördinator die een verstrekking 350372-350383 of 350276-350280 of 350291-350302 attesteert; Maximum vier artsen die een verstrekking 350394-350405 attesteren : deze verstrekking kan aangerekend worden zowel door artsen van het eigen ziekenhuis als door externe consulenten (bijvoorbeeld oncoloog of radiotherapeut van een ander ziekenhuis);

Maximum één arts die de verstrekking 350416-350420 attesteert. Deze verstrekking omvat de verplaatsingsvergoeding en is in het bijzonder bedoeld voor de behandelende huisarts of specialist die de patiënt verwezen heeft en speciaal voor die patiënt de verplaatsing moet maken.

Datum BS: 26-04-2012

Datum in werking: 26-04-2012

Artikels: 11

Nomenclatuur nrs: 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383 ; 350394 ; 350405 ; 350416 ; 350420

Interpretatieregel 11/27

VRAAG

In welke omstandigheden kan een opvolgings - multidisciplinair oncologisch consult aangerekend worden?

ANTWOORD

De nomenclatuur bepaalt :

De verstrekking 350276-350280 (opvolgings-MOC) is uitsluitend aanrekenbaar bij :

- a) de opvolging van een behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen en/of
- b) de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks.

De eerste indicatie « waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen » moet restrictief geïnterpreteerd en spaarzaam gebruikt worden. Een hoog aantal opvolgings-MOC is omgekeerd evenredig met de pertinentie van de bevindingen van het eerste MOC.

De aanpassing van de therapeutische planning moet van die aard zijn dat zij best niet door één van de behandelende artsen alleen wordt genomen; ze is zo ingrijpend dat een multidisciplinair overleg met minstens vier artsen van verschillende specialismen noodzakelijk is.

Een aanpassing van de chemotherapie, van de radiotherapie, van de adjuvante behandeling of van het palliatief regime zijn de verantwoordelijkheid van de arts in kwestie; **de overgang naar een volgende therapeutische fase moet in het eerste MOC duidelijk afgesproken zijn.** In al deze gevallen is een opvolgings-MOC niet verantwoord.

De overgang van een therapeutisch naar een palliatief regime kan in bepaalde moeilijke gevallen, maar niet systematisch, een opvolgings-MOC noodzaken.

Datum BS: 26-04-2012
Datum in werking: 26-04-2012
Artikels: 11
Nomenclatuur nrs: 350276 ; 350280

Interpretatieregel 11/28

VRAAG

In welke omstandigheden kan de verstrekking 350291-350302, Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de geneesheer-coördinator K 80 aangerekend worden ?

ANTWOORD

De nomenclatuur bepaalt hierover : de verstrekking 350291-350302 (bijkomende MOC) is slechts aanrekenbaar indien een eerste MOC geen aanleiding gaf tot een definitieve diagnose of concreet behandelingsplan maar wel in functie hiervan tot een doorverwijzing naar een ander ziekenhuis met erkend oncologisch zorgprogramma. In geval van doorverwijzing voor een bijkomend multidisciplinair consult, staat de naam van het tweede ziekenhuis vermeld in het verslag.

Dit betekent dat uit het verslag van het MOC 350372-350383 - eerste MOC - of 350276-350280 - opvolgings-MOC - van het verwijzende ziekenhuis duidelijk blijkt dat men geen beslissing heeft kunnen nemen, en men de patiënt verwijst naar een ziekenhuis waar meer expertise aanwezig is dan in het eigen ziekenhuis. Bij een transfer van de patiënt naar een ander ziekenhuis om sociale redenen, bij voorbeeld omdat dit ziekenhuis dichterbij huis is, kan er in het ontvangende ziekenhuis geen bijkomende, « second opinion »-MOC aangerekend worden.

Alhoewel het verslag de naam van het tweede ziekenhuis vermeldt, blijft het de patiënt vrij om hier niet op in te gaan en in een ander dan het vernoemde ziekenhuis zijn behandeling aan te vatten of verder te zetten. Voor zover uit het verslag blijkt dat het eerste MOC geen « definitieve diagnose of concreet behandelingsplan » heeft opgeleverd kan de bijkomende MOC 350291-350302 er aangerekend worden.

Datum BS: 26-04-2012
Datum in werking: 26-04-2012
Artikels: 11
Nomenclatuur nrs: 350276 ; 350280 ; 350291 ; 350302 ; 350372 ; 350383

PSEUDONOMENCLATUUR

In het kader van de overeenkomst tussen het verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging van het riziv en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van complexe chirurgie bij slokdarmtumoren, gastro-oesofagale junctie tumoren en niet-oncologische aandoening van de slokdarm:

- 350674-350685 K121 Globale tegemoetkoming voor het multidisciplinair consult in het kader van de diagnose van een benigne, premaligne en maligne aandoeningen van de slokdarm en/of gastro-oesofagale junctie die gehouden wordt in het centrum voor patiënten doorverwezen door een arts-specialist van een andere verplegingsinrichting die niet behoort tot de staf van het centrum
- 350696-350700 K51 Globale tegemoetkoming voor het multidisciplinair consult in het kader van de diagnose van een benigne, premaligne en maligne aandoeningen van de slokdarm en/of gastro-oesofagale junctie voor patiënten die zich rechtstreeks aanmelden in het centrum en niet zijn doorverwezen via een andere verplegingsinrichting
- 350711-350722 K17 Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum
- 350733-350744 K17 Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts

De verstrekkingen 350711-350722 en 350733-350744 kunnen slechts eenmaal worden aangerekend en dit enkel naar aanleiding van de verstrekking 350674-350685 of 350696-350700.

De verstrekking 350674-350685 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 van de nomenclatuur.

In het kader van de overeenkomst tussen het verzekeringscomité van de dienst voor geneeskundige verzorging van het riziv en erkende verplegingsinrichtingen voor de vergoeding van complexe chirurgie van de pancreas voor benigne, premaligne en maligne aandoeningen van pancreas en/of peri-ampullaire regio:

- 350114-350125 K121 Globale tegemoetkoming voor het multidisciplinair consult in het kader van de diagnose van een benigne, premaligne en maligne aandoeningen van de pancreas en/of peri-ampullaire regio die gehouden wordt in het centrum voor patiënten doorverwezen door een arts-specialist van een andere verplegingsinrichting die niet behoort tot de staf van het centrum
- 350136-350140 K51 Globale tegemoetkoming voor het multidisciplinair consult in het kader van de diagnose van een benigne, premaligne en maligne aandoeningen van de pancreas en/of peri-ampullaire regio voor patiënten die zich rechtstreeks aanmelden in het centrum en niet zijn doorverwezen via een andere verplegingsinrichting
- 350151-350162 K17 Deelname aan het multidisciplinair consult door de verwijzende arts-specialist die niet behoort tot de staf van het centrum

350173-350184 K17 Deelname aan het multidisciplinair consult door de behandelende huisarts

De verstrekkingen 350151-350162 en 350173-350184 kunnen slechts eenmaal worden aangerekend en dit enkel naar aanleiding van de verstrekking 350114-350125 of 350136-350140.

De verstrekking 350114-350125 mag niet worden gecumuleerd met de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 van de nomenclatuur.

ANDERE REGLEMENTAIRE BEPALINGEN (niet limitatief)

KB van 26 april 2007 houdende vaststelling van de normen waaraan het coördinerend gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker en het gespecialiseerd oncologisch zorgprogramma voor borstkanker moeten voldoen om te worden erkend

[...]

§ 3. Voor de toepassing van dit artikel wordt onder " nieuwe diagnose van borstkanker " verstaan, elk geval van borstkanker die voor het eerst wordt vastgesteld, om het even welk type en in om het even welk stadium ervan, **met inbegrip van de kankers in situ**

➔ *Hieruit kan worden afgeleid dat elke invasieve (volgens de ICD-O-3³ codering gedrag /3) en in situ tumor (volgens de ICD-O-3 codering gedrag /2) wordt beschouwd als een oncologische aandoening waarvoor een MOC kan worden georganiseerd.*

Andere reglementaire bepalingen

Er zijn meerdere wettelijke/reglementaire verplichtingen inzake het organiseren van een MOC gepubliceerd. Zo is een MOC is noodzakelijk wanneer men:

- een patiënt wenst te behandelen in een erkende borstkliniek
- kinderen wil behandelen in een erkend centrum voor pediatrische hemato-oncologie,
- terugbetaling wil bekomen van materiaal nodig voor het uitvoeren van een robot-geassisteerde prostatectomie of nodig voor het uitvoeren van een radiofrequentie ablatie van een Barrett slokdarm met hooggradige dysplasie

³ ICD-O-3 : International Classification of Diseases for Oncology, 3rd edition (voor meer informatie: <https://kankerregister.org/nl/profplatform/zorgprogrammas/codering-en-staging>)

Bijlage 2

1) Een MOC is niet bedoeld voor de organisatie van de diagnostische uitwerking van een Ruimte Innemend Proces (RIP).

Een Multidisciplinair Oncologisch Consult (MOC) kan enkel aangerekend worden in het kader van de behandeling van een oncologische (=maligne) aandoening (kanker)^{4,5}. Het is niet toegestaan een MOC aan te rekenen tijdens de diagnostische fase zonder dat zekerheid bestaat over het maligne karakter van de aandoening. Een MOC kan alleen aangerekend worden indien de bespreking aanleiding geeft tot een schriftelijk verslag. Dit verslag moet de initiële probleemstelling vermelden, een overzicht geven van de beschikbare medische gegevens, en een **diagnose uitwerken** met een uitspraak over de prognose. Daarnaast moet het verslag een **concreet behandelingsplan op korte en langere termijn** bevatten, met motivatie, rekening houdend met medische, psychische en sociale argumenten. Het verslag vermeldt ook **welke arts** de toelichting zal geven aan de patiënt en beschrijft ook de verschillende mogelijke therapeutische fases.

Indien de MOC geen definitieve diagnose of concreet behandelingsplan oplevert, kan de MOC alleen aangerekend worden als dit duidelijk geargumenteed wordt in het MOC-verslag. Bovendien moet het verslag in dat geval een doorverwijzing naar een ander ziekenhuis met een erkend oncologisch zorgprogramma bevatten, waarbij dit ziekenhuis met naam wordt genoemd.

Dat betekent concreet dat er vaak meerdere multidisciplinaire overlegmomenten kunnen zijn die niet aanrekenbaar zijn, tot er een MOC kan georganiseerd worden waarin een concreet behandelingsplan voor een uitgewerkte diagnose kan worden opgesteld.

Vaststelling op het terrein:

Bij het vaststellen van een RIP (nodule in long, pancreas, schildklier...) wordt door sommige artsen snel een multidisciplinair overleg georganiseerd waarin diverse diagnostische onderzoeken en differentiaaldiagnosen worden voorgesteld. Dit geeft dan vaak meteen aanleiding tot het aanrekenen van een MOC, evenals een summiere en onvolledige registratie voor het kankerregister, zonder duidelijke diagnose, histologie of behandelingsplan.

Houd er ook rekening mee dat de patiënt zich dan mogelijks onterecht in de databank van het kankerregister bevindt en zich vragen kan stellen bij het raadplegen van zijn rijksregisternummer door de datamanagers van het kankerregister.

Het gebeurt zelden tot nooit dat – wanneer uit de verdere uitzoeken blijkt dat het eigenlijk een niet-oncologische aandoening betreft (gedrag /0 of /1), het kankerregister hiervan op de hoogte wordt gebracht. Wanneer de aandoening onterecht aangemeld werd als een maligniteit kan dit aanleiding geven tot vertekende cijfers qua kankerincidentie en overleving.

⁴ <https://www.kce.fgov.be/nl/publicaties/alle-rapporten/10-jaar-multidisciplinaire-oncologische-consulten-balans-en-vooruitzichten>

⁵ Hiervoor komen invasieve en in situ tumoren in aanmerking (gedrag /2 en /3 volgens de ICD-0-3 classificatie)

Raadgeving:

Blijf de patiënt multidisciplinair benaderen, maar reken alleen die MOC aan die aanleiding geeft tot een concreet behandelingsplan voor een specifieke diagnose.

Indien er geen histologisch/radiologisch bewijs is van maligniteit, registreer en MOC de patiënt alleen als je deze daadwerkelijk als een kankerpatiënt beschouwt en behandelt. Als er nog te veel onzekerheid bestaat en je besluit de patiënt verder op te volgen, kun je geen MOC aanrekenen noch een kankerregistratieformulier invullen.

2) MOC is niet bedoeld voor benigne/borderline tumoren/aandoeningen.

Een Multidisciplinair Oncologisch Consult is – zoals het woord het zegt - uitsluitend bedoeld voor oncologische aandoeningen m.a.w. kanker. Het zorgprogramma ‘oncologie’ richt zich tot kankerpatiënten.⁶

Er bestaan tal van aandoeningen die niet oncologisch van aard zijn, maar die toch zeer ernstig en soms zelfs levensbedreigend kunnen zijn. Sommige niet-oncologische aandoeningen zijn zelfs ernstiger dan bepaalde oncologische aandoeningen (zoals terminaal hart-, long- of nierfalen, auto-immuunaandoeningen, ...). Ook voor deze patiënten kan een multidisciplinair overleg aangewezen zijn. Op dit ogenblik is echter niet voor elk multidisciplinair overleg een vergoeding voorzien, zelfs niet als het multidisciplinair overleg een vergoedingsvoorwaarde is. Denk hierbij aan het verplichte multidisciplinair overleg voorafgaand aan een bariatrische ingreep of een TAVI-ingreep.

In de overeenkomsten voor complexe slokdarm- en pancreaschirurgie zijn specifieke pseudonomenclatuurcodes voorzien die ook bruikbaar zijn voor multidisciplinair overleg bij goedaardige slokdarm- en pancreasaandoeningen. Dit betreft expliciet geen multidisciplinair *oncologisch* consult.

Bepaalde niet-oncologische aandoeningen worden behandeld met middelen die hoofdzakelijk ingezet worden bij kanker, zoals chemotherapie, immunotherapie, bestraling. Het gebruik van deze middelen maakt van de aandoening echter geen oncologische aandoening, waardoor een multidisciplinair *oncologisch* consult niet van toepassing is.

Vooraleer een *stereotactische bestraling* kan worden aangerekend, is een multidisciplinair overleg vereist. Omdat ook niet-oncologische aandoeningen voor stereotactische bestraling in aanmerking kunnen komen, is in art 19 van de NGV niet gespecificeerd dat het om een multidisciplinair *oncologisch* consult moet gaan.

De terugbetaling van *protontherapie*⁷ is afhankelijk van de aanwezigheid van een MOC-verslag. Echter, specifiek voor benigne tumoren van het centraal zenuwstelsel is geen MOC-verslag vereist, maar wel een multidisciplinair advies, gegeven door minstens een neurochirurg en een radiotherapeut.

⁶ <https://www.health.belgium.be/nl/ziekenhuisdiensten-en-zorgprogrammas>

⁷ <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen/verzorging-in-ziekenhuizen/verwijzing-naar-een-gespecialiseerd-centrum-voor-hadrontherapie>

Niet alle tumoren opgelijst in de ICD-O-3 komen in aanmerking voor een MOC

Zoals duidelijk aangegeven in de inleiding van de ICD-O-3, bevat dit handboek ook een groot aantal benigne en borderline neoplasmata. Het terugvinden van een aandoening in de ICD-O-3 impliceert dus niet automatisch dat het gaat om een oncologische aandoening waarvoor een MOC kan worden aangerekend. Een multidisciplinair overleg is altijd mogelijk, maar daarom niet aanrekenbaar als MOC.

3) Spinocellulaire en basocellulaire tumoren van de huid

De MOC-verstrekingen zijn niet aanrekenbaar bij de behandeling van een niet verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid. Er zijn immers bijzonder veel basocellulaire en spinocellulaire carcinomen van de huid, en de behandeling is meestal duidelijk, namelijk enkel heekunde (al dan niet Moh's chirurgie). Er is zelden nood aan een multidisciplinaire aanpak.

De aanwezigheid van deze tumoren in het gelaat of bij kinderen, noch de classificatie als een "high risk" basocellulair carcinoom, maakt van deze tumoren geen verwikkelde tumoren.

Wanneer nood is aan een multidisciplinaire bespreking omdat niet enkel excisie tot de mogelijkheden behoort, maar ook radiotherapie, chemotherapie, targeted therapie, immuuntherapie, ..., kan wel een MOC worden aangerekend. Voor sommige behandelingen (bijvoorbeeld vismodegib, cemiplimab, ...) is een MOC-verslag vereist om voor terugbetaling in aanmerking te komen, en is een MOC dus zelfs verplicht. Gemetastaseerde spinocellulaire en basocellulaire carcinomen van de huid kunnen eveneens als verwikkeld worden beschouwd. Dit alles moet duidelijk blijken uit het MOC-verslag.

4) ("Verplichte") registratie impliceert niet noodzakelijk een MOC-aanrekening

In de nomenclatuur wordt regelmatig verwezen naar een verplichte registratie als vergoedingsvoorwaarde.

Enkele voorbeelden:

Om een stereotactische bestraling te kunnen aanrekenen, is registratie bij het Kankerregister in een specifieke registratiemodule (los van het kankerregistratieformulier) een vergoedingsvoorwaarde. Stereotactische bestraling kan ook worden toegepast voor niet-maligne hersentumoren en AV-malformaties. Daarom vermeldt art. 19 alleen dat een multidisciplinair overleg nodig is. Enkel bij een oncologische aandoening kan dit een multidisciplinair *oncologisch* consult zijn.

Daarnaast **vraagt het kankerregister naar registratie van bepaalde niet-maligne tumoren**. Het kankerregister volgt de aanbevelingen van het IARC (International Agency for Research on Cancer), die adviseert om ook gegevens te verzamelen van niet-maligne hersentumoren en enkele andere niet-maligne aandoeningen. De registratie van deze niet-maligne aandoeningen is echter niet wettelijk verplicht (de *aanbevelingen* van het IARC zijn niet opgenomen in de huidige wetgeving/regelgeving) en impliceert geenszins een verplicht multidisciplinair (oncologisch) overleg.

Het is belangrijk te benadrukken dat het honorarium voor het MOC de uniforme registratie van de oncologische aandoening op een standaard-KANKER-registratieformulier voor het Kankerregister dekt. Echter, niet elke registratie die door het kankerregister wordt gevraagd, impliceert een MOC.

5) Een opvolgings-MOC kan niet aangerekend worden voor elke herevaluatie van de patiënt

Sommigen rekenen een opvolgings-MOC aan bij elke herbespreking van de patiënt (na vaststelling van een letsel, na biopsie, na PET-CT, na neoadjuvante behandeling, na heerkunde) bij de aanpak van de primaire tumor, zonder dat er sprake is van een recidief of progressieve ziekte. In deze situatie kan slechts één MOC worden aangerekend, ook al vonden er meerdere besprekingen plaats. Het ziekenhuis kan kiezen welke MOC-vergadering wordt gefactureerd en dient dan ook het passende verslag (met daarin eventueel de weergave van de diverse besprekingen) en registratieformulier op te maken. Maar ... het moet wel een MOC zijn die aanleiding gaf tot de bespreking van de diagnose en het vaststellen van een concreet behandelingsplan (uitgezonderd bij noodzaak tot doorverwijzing naar een ander centrum omdat de diagnose niet vaststaat of het behandelingsplan niet kan worden opgesteld).

Anderen rekenen een opvolgings-MOC aan bij elke follow-up-consultatie (na 3, 6, 9, 12 maanden, ...), ook zonder dat er sprake is van een recidief of progressieve ziekte. Een opvolgings-MOC dient niet om mee te delen dat de patiënt nog steeds tumorvrij is of dat de ziekte onder controle is. De interpretatieregel 27 bij artikel 11 over de opvolgings-MOC zegt bovendien duidelijk:

De verstrekking 350276-350280 (opvolgings-MOC) is uitsluitend aanrekenbaar bij :

- a) de opvolging van een behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen en/of*
- b) de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks.*

(...)

De aanpassing van de therapeutische planning moet van die aard zijn dat zij best niet door één van de behandelende artsen alleen wordt genomen; ze is zo ingrijpend dat een multidisciplinair overleg met minstens vier artsen van verschillende specialismen noodzakelijk is.

We kunnen ook verwijzen naar bijlage 55 die ingevuld moet worden bij het aanrekenen van een opvolgings-MOC :

III) REDEN MOC (omcirkelen)

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

6) Er kan geen MOC worden aangerekend voor het bespreken van aandoeningen die een verhoogd risico inhouden op het ontwikkelen van een maligniteit.

Een MOC kan enkel georganiseerd en aangerekend worden voor oncologische aandoeningen (cfr KB 26/04/2007 : invasieve of in situ tumor). Hierdoor komen een Barrett-slokdarm (metaplasie zonder hooggradige dysplasie) en letsels zoals CIN I, PIN I, VIN I, AIN I, ... niet in aanmerking voor een MOC-bespreking.

Ook klonale hematopoëse kan geen reden zijn om een MOC aan te rekenen. Klonale hematopoëse is de aanwezigheid van een kloon van gemuteerde bloedcellen en komt voor bij gezonde individuen uit de algemene populatie. De prevalentie neemt toe met de leeftijd. Klonale hematopoëse verhoogt het risico op een hematologische maligniteit, maar is op zichzelf geen bewijs voor een maligne hematologische aandoening. Voorbeelden hiervan zijn MGUS, cutane mastocytose, en CHIP (Clonal hematopoiesis of indeterminate potential). De grote meerderheid van de individuen met klonale hematopoëse ontwikkelt nooit een maligniteit (*Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5205*).

Het nut van een multidisciplinaire bespreking is in deze gevallen onbestaande: de aanpak bestaat louter uit opvolging. Ook het kankerregister vraagt géén registratie van deze aandoeningen.