

Rijksinstituut voor Ziekte- en
Invaliditeitsverzekering



Dienst voor
Geneeskundige Verzorging

**Nationale overeenkomst tussen de verpleeginrichtingen
en de verzekeringsinstellingen van 24 juni 2011
gecoördineerde tekst op 1 juli 2013**

1^{ste} wijzigingsclausule van 16 december 2011 van toepassing vanaf 1/1/2012:

Geeft uitvoering aan een besparingsmaatregel die is ingeschreven in de begrotingsdoelstelling voor 2012.

De overeenkomst voorziet een indexering van de forfaits dagziekenhuis in artikel 4, waardoor een verhoging van de forfaits met 2,99 % zou kunnen verwacht worden vanaf 1/1/2012.

Evenwel omwille van de besparingsmaatregel (beperking van de indexmarge tot 1,577 % i.p.v. 2,99%), en rekening houdende met artikel 51, § 2, alinea 8 en artikel 207bis van de ZIV-wet en met het KB van 8 december 1997 werd de overeenkomst aangepast en is een verhoging van 1,577 %, de enige mogelijkheid voor 2012.

2^{de} wijzigingsclausule van 24 januari 2012 van toepassing vanaf 1/1/2012:

Aanpassing van artikel 4, §9 tengevolge van inwerkingtreding op 1 januari 2012 van het K.B. van 26 oktober 2011 (BS 25/11/2011) tot wijziging van de artikelen 17, §1, 17ter, A en B, 20, §1, e), 24, §2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12, en 34, §1, a), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur.

3^{de} wijzigingsclausule van 11 december 2012 van toepassing vanaf 1/1/2013

In die wijzigingsclausule wordt de indexering vanaf 1 januari 2013 aangepast wat de forfaits van het dagziekenhuis betreft (bedragen zoals voorzien in artikel 4 van de overeenkomst). Door deze aanpassing (vermindering van 2,76 % naar 2,66 %) wordt een budgettaire marge vrijgemaakt om de nodige aanpassingen te doen naar aanleiding van de wijziging van de nomenclatuur orthopedie en de weerslag daarvan op de financiering van het dagziekenhuis en het chirurgisch dagziekenhuis.

4^{de} wijzigingsclausule van 1 februari 2013: art. 1 van toepassing vanaf 1 maart 2012, art. 2 tot 4 van toepassing op de datum van inwerkingtreding van het koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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

Aanpassing van artikel 4, §7 aan de huidige reglementering

Aanpassing van nomenclatuur orthopedie

5^{de} wijzigingsclausule van 24 juni 2013 van toepassing vanaf 1/7/2013

Verlenging tot 31 december 2013.

INLEIDING

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

Zij wenst die termijn te gebruiken voor:

- het aanpassen, binnen de kortst mogelijke termijn, van verscheidene procedures met het oog op een administratieve vereenvoudiging. Die aanpassingen zullen deels passen in het kader van de ontwikkeling van de elektronische gegevenscommunicatie. De overeenkomstencommissie wenst dus de referentieprocedures uit te werken voor de toepassing van de elektronische communicatie;
- het concreet uitvoeren van het project LIBRHOS dat de ziekenhuizen in staat moet stellen om de gegevens die gebruikt worden in het kader van hun financiering (budget van de financiële middelen, forfaits inzake klinische biologie, geneesmiddelenforfait), te raadplegen en te valideren;
- het oprichten van een monitoringgroep voor de problemen die verband houden met de terugbetaling van de implantaten en ander medisch materiaal: die groep zal eventueel belast worden met het formuleren van voorstellen voor het melden van de vastgestelde problemen, ten behoeve van de bevoegde organen;
- het oprichten, binnen het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging, van een permanente werkgroep waarvan alle betrokken partijen deel zullen uitmaken, en die belast zal worden met de bestudering van de moeilijkheden die voortvloeien uit het statuut (ambulant – gehospitaliseerd) van de patiënten en de voorbereiding van oplossingen ten behoeve van het Comité van de Verzekering voor Geneeskundige Verzorging.

De Overeenkomstencommissie Verpleeginrichtingen – Verzekeringsinstellingen constateert en betreurt unaniem dat de huidige verdeling van de bevoegdheden binnen de RIZIV-organen afbreuk doet aan de harmonieuze ontwikkeling van het niet-chirurgisch dagziekenhuis.

De activiteit van het niet-chirurgisch dagziekenhuis wordt immers op twee manieren gefinancierd:

- een forfait per type van verstrekking om de kosten, bedoeld in artikel 6 van de overeenkomst, te dekken;
- de coördinatie- en toezichtshonoraria voor de vergoeding van de medische activiteit en de forfaits inzake klinische biologie en medische beeldvorming voor de vergoeding van de medisch-technische activiteit.

Sinds het sluiten van de overeenkomst van 18 juni 2007 worden de coördinatie- en toezichtshonoraria, alsook de forfaits inzake klinische biologie en medische beeldvorming, om budgettaire redenen, alleen maar toegekend voor de verstrekkingen die opgenomen zijn in een limitatieve lijst die overeenstemt met de verstrekkingen die recht gaven op een forfait niet-chirurgisch dagziekenhuis VOOR de overeenkomst van 18 juni 2007.

De ondertekenaars van deze overeenkomst verbinden zich ertoe om de harmonisering van de financiering van de medische activiteit van het niet-chirurgisch dagziekenhuis te verdedigen.

HOOFDSTUK I: Algemene bepalingen

Eerste artikel.

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

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

Artikel 2.

Voor de toepassing van deze overeenkomst verstaat men onder:

- **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.

- **Ziekenhuiswet**

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

HOOFDSTUK II: bedrag per opname en bedrag per verpleegdag

Artikel 3.

Het bedrag per opname is verschuldigd voor elke eerste hospitalisatiedag die ten minste één nacht behelst, d.w.z. een opname die plaatsvindt vóór middernacht en eindigt na 8 uur 's anderdaags. Dit bedrag per opname is eveneens verschuldigd in geval van opname in de chirurgische daghospitalisatie waarbij een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 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), § 8 (forfait chronische pijn) en 8 bis (forfait manipulatie poortkatheter) vastgestelde bedragen zijn verschuldigd in de situaties die in dezelfde paragrafen worden beoogd, en dit onder de volgende voorwaarden:

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

§ 2. Het bedrag van het miniforfait, zoals bedoeld in § 3, is gelijk aan het bedrag dat het ziekenhuis volgens de bepalingen van artikel 4, § 3 van de overeenkomst van 18 juni 2007 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2011 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 18 juni 2007 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen op 30 juni 2011 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 116 van de ziekenhuiswet en is het bedrag van het maxiforfait gelijk aan 60 % van deze prijs per parameter van activiteit.

Bij fusie van ziekenhuizen berekent de Dienst voor Geneeskundige Verzorging op basis van de meest recent beschikbare gegevens betreffende het aantal gefactureerde mini- en maxiforfaits in de betrokken ziekenhuizen en op basis van de bedragen van de mini- en maxiforfaits in deze ziekenhuizen, het gewogen gemiddelde als mini- en maxiforfait voor het fusieziekenhuis. Het miniforfait is hierbij steeds de helft van het bedrag van het maxiforfait.

Bij defusie behoudt elk van de ziekenhuizen het mini- en maxiforfait van het fusieziekenhuis.

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 op voorschrift van de behandelende arts een effectief medisch toezicht wordt uitgeoefend omwille van de toediening van een geneesmiddel of bloed / labiel bloedproduct via een intraveneus infuus.

Het voorschrift kan de vorm hebben van een staand order of een geïndividualiseerd voorschrift, met in de beide gevallen een vermelding in het patiëntendossier.

De loutere toediening van een oplossing van zouten of suikers als waakinfuus en het spoelen van een poortcatheter valt niet onder deze omschrijving.

§ 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 intracavitare of intravesicale instillatie noodzakelijk is:
 - o L01
 - o V03AF
 - o L03AX03.”
- 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:
 - o het therapeutisch nut voor de geregistreerde indicatie is bewezen;
 - o 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” : 156,08 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” : 190,65 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” : 275,37 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” : 196,22 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” : 204,01 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” : 243,05 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” : 200,68 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 28,32 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.

Artikel 4, § 7, tweede lid vervangen bij 4^{de} wijzigingsclausule van toepassing vanaf 1/3/2012 ¹

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

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

De waarde van het forfait chronische pijn is vastgesteld op:

- Forfait 1 chronische pijn: 218,5 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: 121,53 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: 94,76 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.

§ 8bis Bij manipulatie van een subcutaan geplaatste intraveneuze toegangsweg met als doel dezelfde dag:

- Een prestatie medische beeldvorming, opgenomen in artikel 17 en 17ter (radiologie), 17bis en 17 quater (echografie) of artikel 18 (nucleaire geneeskunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, waarvoor de inspuiting van een contrastvloeistof of een radio-isotoop via intraveneuze weg nodig is;
- en/of
- Een bloedafname voor biologische analyse opgenomen in artikel 3, §1er, A, II et C, I of artikel 18, §2, B, e of artikel 24, §1, of artikel 24 bis (moleculaire biologie) of artikel 33 (genetisch onderzoek) artikel 33bis (moleculaire biologie) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

¹ *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.*

kan een forfait aangerekend worden van 26,84 euro (= forfait manipulatie poortkatheter).

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

De bedragen die zijn vastgesteld in § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer), § 8 (forfait chronische pijn) en § 8bis (forfait manipulatie poortkatheter) 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 acuut ziekenhuis.

Artikel 4, §9, alinea 3 vervangen bij wijzigingsclausule van 24/01/2012 van toepassing vanaf 01/01/2012²

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

§ 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), § 7 (gipskamer) en/of § 8bis (forfait manipulatie poortkatheter) kan enkel het hoogste bedrag worden aangerekend.

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

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

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

Als bovenop die verstrekkingen die aanleiding geven tot de facturering van een bedrag zoals bedoeld in § 3 (miniforfait), § 4 (maxiforfait), § 5 (dagziekenhuisforfait), § 7 (gipskamer), § 8 (forfait chronische pijn) en/of § 8bis (forfait manipulatie poortkatheter), een verstrekking wordt verricht die aanleiding geeft tot de aanrekening van bedragen zoals bedoeld in artikel 3 in geval van een opname in het kader van een chirurgische daghospitalisatie waar een verstrekking wordt verricht die is opgenomen in bijlage 3, 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, § 8 en § 8bis 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 indexerings van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

2. 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.

Lid toegevoegd bij 1ste wijzigingsclausule van 16/12/2011 van toepassing vanaf 1/1/2012

Voor het jaar 2012, en in afwijking van de bepalingen van het eerste lid worden de forfaits, bedoeld in § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 8bis, op 1 januari 2012 verhoogd met 1,577%.”

Om rekening te houden met de kost die veroorzaakt wordt door de evolutie van de anciënniteit van het personeel, worden op diezelfde datum de forfaits, bedoeld in § 5, § 8 en § 8bis 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, § 8 en § 8bis 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.

Toegevoegd bij 3^{de} wijzigingsclausule van toepassing vanaf 1/1/2013

In afwijking van de bepalingen van artikel 4, § 11 Nationale overeenkomst van 24 juni 2011 tussen de verpleeginrichtingen en de verzekeringsinstellingen wordt het bedrag van de forfaits, bedoeld in § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 8bis van artikel 4 van de overeenkomst, op 1 januari 2013 verhoogd met 2.66 %.

§ 12. Een permanente werkgroep, opgericht in de schoot van de overeenkomstencommissie, is belast met het opvolgen van de evolutie van het dagziekenhuis alsook de forfaits voorzien in artikel 4 ; deze permanente werkgroep brengt verslag uit van zijn werkzaamheden in de overeenkomstencommissie.

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.

Artikel 5bis.

Voor de rechthebbenden opgenomen in een geïsoleerde gespecialiseerde dienst voor behandeling en revalidatie (Sp) of een geïsoleerde dienst voor geriatrie en revalidatie (G) die in een algemeen ziekenhuis of in een dienst voor collectieve autodialyse:

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

2° ofwel chronische hemodialyse of peritoneale dialyse moeten krijgen zoals bedoeld in artikel 1 en artikel 4, §1, van het koninklijk besluit van 23 juni 2003 tot uitvoering van artikel 71 bis §§ 1 en 2 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,

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

HOOFTUK V: Tegemoetkoming van de patiënt in de verblijfskosten

Artikel 6.

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

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

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

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

§ 2 bis. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 (kamersupplementen) van de ziekenhuiswet, dekt het bedrag in artikel 4, § 8bis, op forfaitaire wijze de volgende kosten die voortvloeien uit het verblijf van de rechthebbende en uit de zorgverlening aan die rechthebbende in de verpleeginrichting voor de verstrekking bedoeld in artikel 4, § 8bis:

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

§ 3. Onverminderd de bepalingen van artikel 97 van de wet op de ziekenhuizen, dekken de bedragen, zoals bedoeld in artikel 4, § 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 vervangen bij 1ste wijzigingsclausule van 16/12/2011 van toepassing vanaf 1/1/2012³

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

§ 3. Een nieuw voorschot, zoals bepaald in 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 95 van de ziekenhuiswet.

³ § 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.

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

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

Artikel 8.

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

- a) de kosten voorzien in :
 - o artikel 3 (bedragen per opname en per verpleegdag)
 - o artikel 4, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 8bis ;
 - o artikel 97 van de ziekenhuiswet (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.

⁴ **§ 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.

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 verwijlrenten 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 verwijlrenten worden berekend vanaf de eerste dag van de derde maand die volgt op de datum, vastgesteld in de tweede alinea.

Die verwijlrenten 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 maandelijkse 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-, verordenings- 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 verordeningsbepalingen die ter zake gelden.

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

- bij voorrang selectieve maatregelen, die nog nader moeten worden bepaald;
- bij ontstentenis van selectieve maatregelen, een lineaire vermindering van de bedragen die zijn vastgesteld in artikel 4, § 3, § 4, § 5, § 7, § 8 en § 8bis.

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, § 8 en § 8bis 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 2011.

*Vervangen bij 5^{de} wijzigingsclausule van toepassing vanaf 1/7/2013*⁵

Zij geldt tot 31 december 2013 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 24 juni 2011.

Voor de verenigingen van de
verpleeginrichtingen,

K. DEGRAEVE
D. GOEMAERE
D. HOORNAERT
M. LIETAR
M. MAHAUX
I. NOLIS

Voor de verzekeringsinstellingen,

Y. ADRIAENS
J. BUISSET
A. CROMMELYNCK
L. DAUGINET
R. DE PAEPE
F. DE WOLF
B. HOREMANS
J. HUCHON

⁵ Zij geldt tot 30 juni 2013 en wordt niet stilzwijgend verlengd

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 endomyocardiopsie 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
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
462895	462906	Cholangiowirsungografie door fibroduodenoscopie en catheterisme van de pancreas- en galwegen met papillectomie (minimum 10 clichés), mag niet worden gecumuleerd met verstrekking nr 462814 - 462825, dezelfde dag verricht
471811	471822	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 oesofaguspataders langs endoscopische weg onafhankelijk van het type van de endoscopische behandeling , inclusief het eventueel gebruikte product
473292	473303	Plaatsen van een oesofagusprothese volgens endoscopische methode, inclusief de eventuele radioscopie . De honoraria dekken de kosten van de gebruikte prothese.
473432	473443	Ileoscopie
473535	473546	Inbrengen van een endoprothese van de galwegen langs de huid onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten
473690	473701	Fibroduodenoscopie met papillotomie
473712	473723	Plaatsen van een dilatatieprothese van de galwegen door fibroduodenoscopie

GROEP 3

453073 ⁶	453084	Angiocardiopneumografie, één invalshoek, minimum zes clichés
453095 ⁷	453106	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
453110 ⁸	453121	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum zes clichés
453132 ⁹	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 verstreking nr. 453294-453305, dezelfde dag verricht)
453272	453283	Radiografie van de aorta abdominalis en van de vertakkingen ervan, en arteriografie van de onderste ledematen (minimum zes clichés of drie clichés van één meter)
453294	453305	Arteriografie van één of van de slagaders van een lidmaat, minimum drie clichés
453316	453320	Viscerale cavografie en/of viscerale flebografie, minimum drie clichés
453552 ¹⁰	453563	Digitale angiografie van de rechter ventrikel en/of arteria pulmonalis (minimum één incidentie)
453574 ¹¹	453585	Digitale coronarografie voor hartcatheterisatie
453596 ¹²	453600	Digitale coronarografie voor hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sequenties per overbrugging
454016	454020	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, twee verschillende invalshoeken, minimum vijf clichés
454031	454042	Cerebrale angiografie langs de arteria carotis of totale cerebrale angiografie, meer dan twee invalshoeken, minimum acht clichés
454053	454064	Cerebrale angiografie langs de arteria vertebralis, minimum drie clichés

⁶ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van 26 oktober 2011 (BS 25/11/2011) tot wijziging van de artikelen 17, §1, 17ter, A en B, 20, §1, e), 24, §2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12, en 34, §1, a), van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

⁷ idem

⁸ idem

⁹ idem

¹⁰ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van 26 oktober 2011 (BS 25/11/2011) tot wijziging van de artikelen 17, §1, 17ter, A en B, 20, §1, e), 24, §2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12, en 34, §1, a), van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

¹¹ idem

¹² idem

454075	454086	Cerebrale angiografie langs geïsoleerde vertebrale weg, minimum twee verschillende invalshoeken en 10 clichés
464074¹³	464085	Angiocardiopneumografie, één invalshoek, minimum zes clichés
464096¹⁴	464100	Angiocardiopneumografie, maximum voor het ganse onderzoek, twee of meer invalshoeken (minimum zes clichés per invalshoek)
464111¹⁵	464122	Coronarografie, één of twee kransslagaders, één invalshoek, minimum 6 clichés
464133¹⁶	464144	Coronarografie, één of twee kransslagaders, maximum voor het geheel van twee of meer invalshoeken (minimum 6 clichés per invalshoek)
464155 ¹⁷	464166	Digitale angiografie van de rechter ventrikel en/of arteria pulmonalis (minimum één incidentie)
464170 ¹⁸	464181	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie
464192 ¹⁹	464203	Digitale coronarografie door hartcatheterisatie met minimum twee gefilmde sequenties per overbrugging
464236	464240	Radiografie van de aorta thoracalis en/of abdominalis en van de vertakkingen ervan, minimum drie clichés (mag niet worden gecumuleerd met 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

¹³ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van 26 oktober 2011 (BS 25/11/2011) tot wijziging van de artikelen 17, §1, 17ter, A en B, 20, §1, e), 24, §2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12, en 34, §1, a), van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

¹⁴ idem

¹⁵ idem

¹⁶ idem

¹⁷ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van 26 oktober 2011 (BS 25/11/2011) tot wijziging van de artikelen 17, §1, 17ter, A en B, 20, §1, e), 24, §2, 25, §§ 1 en 3, 26, §§ 9 en 12, en 34, §1, a), van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

¹⁸ idem

¹⁹ idem

476291	476302	Beperkt elektrofysiologisch onderzoek zonder ablatie tot studie van de sinusknoopfunctie en van de atrioventriculaire geleiding met behulp van een of meerdere catheters met inbegrip van de electrocardiografische opnamen
589013	589024	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stent(s) onder controle door medische beeldvorming van een vernauwing en/of occlusie van een kransslagader, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, met uitsluiting van de dilatatiecatheter, de farmaca en de contrastmiddelen. Voor het geheel van de kransslagaders
589050	589061	Percutane endovasculaire dilatatie met of zonder plaatsing van stents(s) onder controle door medische beeldvorming van een artiriële vernauwing en/of occlusie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en al het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen . Voor de andere slagaders dan de coronaire
589131	589142	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van pathologische letsels of van arteriële bloeding in de faciale, thoracale, abdominale of bekkenstreek, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel
589153	589164	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op het oplossen van één of meer bloedstolsels, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de farmaca en contrastmiddelen. Voor de coronaire bloedvaten
589212	589223	Percutane endovasculaire plaatsing van een filter in de vena cava, inclusief de controle-cavografie
589374	589385	Percutane endovasculaire plastiek van de ader bij veneuze stenose ten gevolge van chronische hemodialysebehandeling of bij compressie van de vena cava superior of inferior, van de vena subclavia of van de vena iliaca door een expansief proces, inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en/of het gebruikte materieel, exclusief de dilatatiecatheter(s), de farmaca en de contrastmiddelen en de eventuele stent(s)

GROEP 4

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

GROEP 5

230252	230263	Intrafasciculaire neurolyse onder operatiemicroscop
232094	232105	Herstellen van zenuw door hechten of enten: Interfasciculair hechten (Millesi) van een zenuw in een opereerstreek
275273 ²⁰	275284	Acromioclaviculaire artroplastie
275892 ²¹	275903	Artroplastie van de articulatie van een vinger
275936 ²²	275940	Artrodese van een articulatie van een vinger
276290 ²³	276301	Peestransplantaties aan de onderarm of de hand : van twee pezen
276312	276323 ²⁴	Peestransplantaties aan de onderarm of de hand :van drie pezen of meer
277756 ²⁵	277760	Behandeling van een intraosseuse tumor van een been van de hand of de voet
277771 ²⁶	277782	Behandeling van een intraosseuse tumor van een been dat niet tot de hand of de voet behoort
278530	278541	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door tenotomie
278795 ²⁷	278806	Uitsnijden van een tenosynoviale tumor van de hand of van de voet (Giant Cell Tumor)
278552 ²⁸	278563	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door tenodese
278574 ²⁹	278585	Heelkundige behandeling van superior labrium letsel (SLAP-letsel) : door hechting
278596 ³⁰	278600	Heelkundige behandeling van compressiesyndroom van elleboogzenuw : door submusculaire translocatie van elleboogzenuw en/of plastie van de mediale epicondylus
278611 ³¹	278622	Heelkundige behandeling van compressiesyndroom van de nervus radialis aan en distaal van de elleboog
278633 ³²	278644	Heelkundige behandeling van een compressiesyndroom van de nervus medianus aan de elleboog of de onderarm
278655 ³³	278666	Ontzenuwing van de pols

²⁰ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

²¹ idem

²² idem

²³ idem

²⁴ idem

²⁵ idem

²⁶ idem

²⁷ idem

²⁸ idem

²⁹ idem

³⁰ idem

³¹ idem

³² idem

³³ idem

278714 ³⁴	278725	Articulaire ontzenuwing of sympathectomie ter hoogte van een vinger
278736 ³⁵	278740	Hechting van ligamenten van een articulatie van een vinger
278751 ³⁶	278762	Plastie van ligamenten van een articulatie van een vinger
278773 ³⁷	278784	Vrijmaken van het kanaal van Guyon
278810 ³⁸	278821	Uitsnijden van een tumor van weke weefsels van de hand of van de voet met uitzondering van cyste vorming
278832 ³⁹	278843	Tenosynovectomie van de extensoren
278854 ⁴⁰	278865	Tenosynovectomie van de flexoren, behalve voor het vrijmaken van handwortelkanaal
280512	280523	Insnijden van peesschede
285854⁴¹	285865	Heelkundige behandeling van pseudo-arthrose van vingers
286156⁴²	286160	Interfalangeale arthroplastiek van een vinger
286171⁴³	286182	Interfalangeale arthrodesia van een vinger
286274⁴⁴	286285	Metacarpofalangeale arthroplastiek van een vinger
287276	287280	Exeresis van olecranonbursitis met of zonder resectie van been of periost
287291 ⁴⁵	287302	par translocation sous-cutanée ou neurolyse in situ
287335⁴⁶	287346	Aponeurotomie van handpalm
287593⁴⁷	287604	Peetransplantatie aan de hand : Twee pezen
287615⁴⁸	287626	Peetransplantatie aan de hand : Drie pezen of meer
287733	287744	Tenolysis van flexoren
288072	288083	Insnijden en draineren van diepliggende handpalmflegmonen
292692⁴⁹	292703	Osteotomie van teen

³⁴ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

³⁵ idem

³⁶ idem

³⁷ idem

³⁸ idem

³⁹ idem

⁴⁰ idem

⁴¹ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁴² idem

⁴³ idem

⁴⁴ idem

⁴⁵ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁴⁶ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁴⁷ idem

⁴⁸ idem

⁴⁹ idem

293414	293425	Verwijderen van een exostose onder een nagel
300370 ⁵⁰	300384	Acromioclaviculaire arthroplastiek
471796	471800	Bronchoscopie met extractie van vreemde lichamen of plaatsing van een prothetisch element

⁵⁰Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

GROEP 6

220253	220264	Volledige heelkundige behandeling van diepliggende phlegmone
227113	227124	Heelkundige 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 ⁵¹	241345	Behandeling van een al dan niet beklemd tweezijdige liesbreuk
241894 ⁵²	241905	Heelkundige behandeling van een bilaterale inguinale, femorale of obturatorhernia
244510	244521	Resectie van aarskloof
244576	244580	Volledige behandeling van veelvuldige inwendige hemorrhoiden door diathermoresectie of heelkundige resectie
244591	244602	Uitsnijden of diathermoresectie van een inwendig pak hemorrhoiden met aarsdilatatatie
251296	251300	Dermo-epidermale enten : Over een oppervlakte van 10 cm ² tot 50 cm ²
251355	251366	Enten van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van 10 cm ² tot 50 cm ²
251672	251683	Subcutaan plaatsen van één expansie prothese
253654	253665	Enten van totale huid (inclusief bedekken van de donoroppervlakte) over een oppervlakte van minder dan 10 cm ² in het gelaat
254833	254844	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen
254855	254866	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van drie of vier sinussen
256896	256900	Heelkundige bewerking wegens aangeboren halsfistel
258075	258086	Microlaryngoscopie in suspensie (Kleinsasser) met of zonder afname voor biopsie

⁵¹ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van 24 oktober 2011 (BS 22/11/2011) tot wijziging van de artikelen 14,d), 15, §15, en 25, §1, van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

⁵² Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van 24 oktober 2011 (BS 22/11/2011) tot wijziging van de artikelen 14,d), 15, §15, en 25, §1, van de 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, die in werking treedt op 1 januari 2012.

260750	260761	Wegnemen van epididymistumor
261155	261166	Heelkundige reductie van paraphimosis
275730 ⁵³	275741	Heelkundige behandeling van een pseudoartrose van een handbeen
277056 ⁵⁴	277060	Metatarsofalangeale artroplastie of capsulectomie of synovectomie : meer dan één straal via dezelfde incisie
276732 ⁵⁵	276743	Totale synovectomie van enkel of achtervoet (met inbegrip van osteochondromatose)
277012 ⁵⁶	277023	Heelkundige behandeling van pseudartrosen : één been van de voorvoet met uitzondering van de teen
277115 ⁵⁷	277126	Heelkundige behandeling van hallux valgus of flexus : door meer dan één osteotomie (metatarsaal of falanx) en handeling op de weke weefsels
277174 ⁵⁸	277185	Heelkundige behandeling van de hallux rigidus : door cheilectomie en osteotomie (middelvoet of falanx)
277196 ⁵⁹	277200	Heelkundige behandeling van de hallux rigidus : door cheilectomie en meer dan één osteotomie (middelvoet of falanx)
277351 ⁶⁰	277362	Plastie van één of beide gekruiste knieligamenten met tendineus, cutaan of aponeurotisch materiaal, ongeacht de techniek
279090 ⁶¹	279101	Heelkundige behandeling van een tibio-talair conflict door middel van een weke weefselprocedure
279112 ⁶²	279123	Heelkundige behandeling van een tibiotalair conflict door middel van een beenderige weefselprocedure
280556	280560	Peesexploratie
280593	280604	Tenotomie
280615	280626	Verlengen van pees
285412⁶³	285423	Heelkundige behandeling van pseudo-artrose van middelhandsbeen
287416⁶⁴	287420	Aponeurectomie van vinger, afzonderlijke ingreep die niet mag worden samengevoegd met de verstrekkingen nrs. 287335 – 287346, 287350 – 287361, 287372 – 287383, 287394 – 287405
291454⁶⁵	291465	Tibiotarsale synovectomie

⁵³ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁵⁴ idem

⁵⁵ idem

⁵⁶ idem

⁵⁷ idem

⁵⁸ idem

⁵⁹ idem

⁶⁰ idem

⁶¹ idem

⁶² idem

⁶³ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁶⁴ idem

⁶⁵ idem

292132 ⁶⁶	292143	Heelkundige behandeling van pseudo-arthrose van middelvoetsbeen
292132 ⁶⁷	292143	Heelkundige behandeling van pseudartrosen : één been van de achter- en/of middenvoet
292913 ⁶⁸	292924	Metatarsofalangeale of interfalangeale capsulectomie van verscheidene tenen van een zelfde voet
293333 ⁶⁹	293344	Heelkundige behandeling van hallux valgus rigidus of flexus : Door combineren van twee of meer van de vorige vier technieken
293333 ⁷⁰	293344	Heelkundige behandeling van hallux valgus of flexus : door een metatarsale osteotomie en handeling op de weke weefsels
294630	294641	Losmaken van de aponeurose van voetzool (Steindler)
294652	294663	Aponeurectomie van voetzool
294696	294700	Uitruimen van voetwortelsinus
294755 ⁷¹	294766	Plastiek van de kruisligamenten van de knie door artroscopie, al dan niet gecombineerd met selectieve arthrotomieën
300392	300403	Behandeling van osteochondritis door osteosynthese
300414	300425	Hechten van een meniscusscheur bij een patiënt van minder dan 25 jaar
310435	310446	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van twee sinussen
310450	310461	Volledige eenzijdige heelkundige behandeling van inflammatoire pathologie van drie of vier sinussen
311393	311404	Dubbele osteotomie (inclusief afname) van been uit beendermassief van gelaat
311651	311662	Wegnemen van wortel of vreemde lichamen langs de fossa canina
312071	312082	Pharyngoplastiek (type Sanvenero-Rosselli)
312535	312546	Excisie voor biopsie van een kleine diep gelegen halsklier
422671		Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie op een werkdag

⁶⁶ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁶⁷ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁶⁸ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁶⁹ idem

⁷⁰ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁷¹ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

423673		Verlossing verricht door een vroedvrouw in het kader van een daghospitalisatie in het weekend of op een feestdag
424012	424023	Normale of ingewikkelde verlossing inclusief het honorarium voor de eventuele anesthesie, met uitsluiting van de anesthesieën door de geneesheren, specialisten voor anesthesie
424115	424126	Verloskundige ingreep wegens miskraam van vier tot zes maanden, op voorwaarde dat de vrouw het bewijs heeft geleverd dat op haar zwangerschap geneeskundig toezicht is uitgeoefend in de derde maand
431115	431126	Ovariëctomie of eierstokplastiek, één- of tweezijdig
431432	431443	Salpingectomie en salpingostomie
431653	431664	Myomectomie langs abdominale of vaginale weg
432456	432460	Volledige resectie van het endometrium, inclusief de hysteroscopie en de curettage
589116	589120	Percutane occlusie onder controle door medische beeldvorming van de arteriële of veneuze vascularisatie van één of meer organen en van pathologische letsels door fysische of chemische middelen in de encefale of medullaire streek inclusief de manipulatie en controles, tijdens de behandeling en de gebruikte catheters, exclusief de gebruikte embolisatiecatheter(s), de farmaca, de contrastmiddelen en het embolisatiematerieel
589175	589186	Percutaan inbrengen onder controle door medische beeldvorming van endovasculaire catheters met het oog op de rekanalisatie van een gedocumenteerde vasculaire occlusie, door fibrinolyse, door mechanische rekanalisatie, door aanwending van energie (thermische, laser, radiofrequentie) en door aspiratie inclusief de manipulaties en controles tijdens de behandeling en het gebruikte materiaal, exclusief de angioplastiekcatheters, de farmaca en contrastmiddelen. Voor de andere bloedvaten dan de coronaire

GROEP 7

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
256535	256546	Amygdalectomie, met of zonder adenoïdectomie, bij volwassenen, d.w.z. degene die achttien jaar is of ouder
256933	256944	Heelkundige bewerking wegens diepliggende halscyste of –tumor
257471	257482	Transtympanaal draineren door middel van prothese, uni of bilateraal
258532	258543	Microchirurgische ingreep op de larynx voor het corrigeren of het behoud van de stem
260175	260186	Uitnemen van uretersteen langs endoscopische weg, per zitting, inclusief cystoscopie
260713	260724	Epididymectomie
261531	261542	Testiculaire biopsie
261612	261623	Meatoplastiek door verschuiving van het slijmvlies
261811	261822	Percutane pyelo- of nefrostomie onder echoscopische of radioscopische controle met beeldversterker en televisie in gesloten keten
262356	262360	Diagnostische ureterscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming.
262371	262382	Therapeutische ureterscopie of ureterorenoscopie met ureterdilatie onder controle door medische beeldvorming voor de behandeling van lithiasis, abcessen, letsels of stenose.
276533 ⁷²	276544	Reconstructie van nagelbed door ent
287851 ⁷³	287862	Nageltransplantatie
293193 ⁷⁴	293204	Metatarsofalangeale resectie van verscheidene tenen van een zelfde voet
287851 ⁷⁵	287862	Hechting van nagelbed

⁷² Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁷³ Deze code wordt geschrapt bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

⁷⁴ idem

300355	300366	Percutane nucleotomie wegens discushernia onder controle met beeldversterker
310914	310925	Behandeling van kaakbeenostitis, door curettage, in één of meer bewerkingen
311135	311146	Trepanatie van bovenkaakbeen wegens tumor, otitis, sequesters of voor opzoeken van vreemde lichamen
311371	311382	Enkelvoudige osteotomie (inclusief afname) van been uit beendermassief van gelaat
311415	311426	Osteotomie met verplaatsing van kaakbeenstukken of reconstructieheelkunde op het kaakbeen inclusief plaatfixatie en eventuele afname van een autogene beenent
312012	312023	Osteosynthese wegens breuk van bovenkaakbeen of van malaris
312130	312141	Behandeling - eenvoudige methode - van breuk van een been van beendermassief van gelaat, exclusief neusbeenbreuken
355073	355084	Behandeling van steenvormingen (nier-, gal-, pancreasstenen) met behulp van de extracorporele schokgolvenlithotriptor onder radioscopische of echografische controle
431093	431104	Marsupialisatie van de klier van Bartholin
431491	431502	Amputatie van baarmoederhals en plastiek met vaginale lappen (Sturmdorf)
431756	431760	Vagina- en vulvoplastiek
432294	432305	Conisatie van de baarmoederhals
432353	432364	Invasieve obstetrische procedure (amniocentese,foetale punctie, cordocentese) onder echografische controle
532210	532221	Afschaven of dermabrasio door heelkundig procédé van ten minste de helft van het gelaat of uitgestrekt over ten minste één vijfde van de lichaamsoppervlakte met uitsluiting van scheikundige technieken

⁷⁵ Deze code wordt toegevoegd bij K.B. van tot wijziging van de artikelen 14, b) en k), 15 en 21, § 3, van de 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, die in werking treedt op

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