

BELGISCH STAATSBLAD

MONITEUR BELGE

Publicatie overeenkomstig artikelen 472 tot 478 van de programmawet van 24 december 2002, gewijzigd door de artikelen 4 tot en met 8 van de wet houdende diverse bepalingen van 20 juli 2005 en artikelen 117 en 118 van de wet van 5 mei 2019.

Dit *Belgisch Staatsblad* kan geconsulteerd worden op :
www.staatsblad.be

Bestuur van het Belgisch Staatsblad, Antwerpsesteenweg 53, 1000 Brussel - Directeur : Wilfried Verrezen

Gratis tel. nummer : 0800-98 809

192e JAARGANG



N. 179

Publication conforme aux articles 472 à 478 de la loi-programme du 24 décembre 2002, modifiés par les articles 4 à 8 de la loi portant des dispositions diverses du 20 juillet 2005 et les articles 117 et 118 de la loi du 5 mai 2019.

Le *Moniteur belge* peut être consulté à l'adresse :
www.moniteur.be

Direction du Moniteur belge, chaussée d'Anvers 53, 1000 Bruxelles - Directeur : Wilfried Verrezen

Numéro tél. gratuit : 0800-98 809

192e ANNEE

VRIJDAG 15 JULI 2022

VENDREDI 15 JUILLET 2022

INHOUD

Wetten, decreten, ordonnanties en verordeningen

Federale Overheidsdienst Financiën

5 JULI 2022. — Wet houdende diverse fiscale bepalingen, bl. 56392.

Federale Overheidsdienst Financiën

5 JULI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van het KB/WIB 92 betreffende de roerende voorheffing, bl. 56408.

Federale Overheidsdienst Binnenlandse Zaken

12 JULI 2022. — Koninklijk besluit tot vaststelling van de voorwaarden voor de indienstneming bij arbeidsovereenkomst in sommige overheidsdiensten (nood- en hulpcentrales), bl. 56414.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging 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, betreffende de wervelkolompathologieën, bl. 56415.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, bl. 56434.

SOMMAIRE

Lois, décrets, ordonnances et règlements

Service public fédéral Finances

5 JUILLET 2020. — Loi portant des dispositions fiscales diverses, p. 56392.

Service public fédéral Finances

5 JUILLET 2022. — Arrêté royal modifiant l'AR/CIR 92 en matière de précompte mobilier, p. 56408.

Service public fédéral Intérieur

12 JUILLET 2022. — Arrêté royal fixant les conditions d'engagement par contrat de travail dans certains services publics (centrales d'appel urgents et de secours), p. 56414.

Service public fédéral Sécurité sociale

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale, p. 56415.

Service public fédéral Sécurité sociale

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, p. 56434.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, bl. 56435.

Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 2, 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, bl. 56435.

Federale Overheidsdienst Justitie

12 JULI 2022. — Koninklijk besluit tot verlenging van artikelen 2, 4 tot 12 van de wet van 21 maart 2021 tot wijziging van boek XX van het wetboek van economisch recht en het wetboek van de inkomstenbelastingen 1992, bl. 56437.

Federale Overheidsdienst Justitie

12 JULI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging het koninklijk besluit van 25 april 2005 tot vaststelling van de voorwaarden voor de indienstneming bij arbeidsovereenkomst in sommige overheidsdiensten, bl. 56440.

Service public fédéral Sécurité sociale

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, p. 56435.

Service public fédéral Sécurité sociale

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 25, § 2, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, p. 56435.

Service public fédéral Justice

12 JUILLET 2022. — Arrêté royal portant prolongation des articles 2, 4 à 12 de la loi du 21 mars 2021 modifiant le livre XX du code de droit économique et le code des impôts sur les revenus 1992, p. 56437.

Service public fédéral Justice

12 JUILLET 2022. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2005 fixant les conditions d'engagement par contrat de travail dans certains services publics, p. 56440.

Art. 3. De Minister bevoegd voor Binnenlandse Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 12 juli 2022.

FILIP

Van Koningswege :
De Minister van Binnenlandse Zaken,
A. VERLINDEN

Art. 3. Le Ministre qui a l'Intérieur dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 12 juillet 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :
La Ministre de l'Intérieur,
A. VERLINDEN

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/32632]

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging 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, betreffende de wervelkolompathologieën

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 9^{ter}, ingevoegd bij de wet van 19 maart 2013, en artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1^o gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 12 juni 2018;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 12 juni 2018;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziektenfondsen van 12 november 2018;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 12 december 2018;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 14 januari 2019;

Gelet op het advies van de Gegevensbeschermingsautoriteit nr. 01/2020, gegeven op 17 januari 2020;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 juni 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 17 juni 2021;

Gezien de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, verlengd met vijftien dagen, die op 5 juli 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2^o, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken, en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 2 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 28 februari 2022, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1^o de toepassingsregel na de verstrekking 102491 wordt vervangen als volgt:

“105092

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/32632]

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 9^{ter}, inséré par la loi du 19 mars 2013, et l'article 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 1^o modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 12 juin 2018 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 12 juin 2018 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 12 novembre 2018 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 12 décembre 2018 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 14 janvier 2019 ;

Vu l'avis de l'Autorité de protection des données n° 01/2020, donné le 17 janvier 2020 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juin 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 17 juin 2021 ;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, prorogé de quinze jours, adressée au Conseil d'Etat le 5 juillet 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales, et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 28 février 2022, les modifications suivantes sont apportées :

1^o la règle d'application qui suit la prestation 102491 est remplacée par ce qui suit :

« 105092

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor wervelkolompathologie door een arts-specialist voor orthopedische heelkunde of neurochirurgie N 8

105114

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor wervelkolompathologie door een geaccrediteerde arts-specialist voor orthopedische heelkunde of neurochirurgie N 8 + Q 30

105136

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor wervelkolompathologie door een arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie N 9

105151

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd diagnostisch bilan voor wervelkolompathologie door een geaccrediteerde arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie N 9 + Q 30

105173

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd bilan voor pijn gerelateerd aan wervelkolompathologie door een arts-specialist voor anesthesie-reanimatie met ervaring in de algologie N 8

105195

Raadpleging met het opstellen van een schriftelijk verslag van een gespecialiseerd bilan voor pijn gerelateerd aan wervelkolompathologie door een geaccrediteerde arts-specialist voor anesthesie-reanimatie met ervaring in de algologie N 8 + Q 30

De verstrekkingen 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195 includeren de grondige evaluatie en het opmaken van een samenvattend verslag met daarin de algemene en de psychosociale antecedenten en de antecedenten betreffende de wervelkolompathologie. Het verslag bevat tevens een beschrijving van de actuele aandoening evenals de functionele weerslag en de reeds uitgevoerde behandelingen, het klinisch onderzoek, de aanvullende technische onderzoeken en het voorgestelde behandelingsplan inclusief de mogelijke alternatieven.

Het honorarium voor deze verstrekkingen dekt de opmaak van het verslag. Dit wordt bewaard in het medisch dossier van de patiënt.

Slechts één van de verstrekkingen 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195 kan maximum één keer per patiënt, per kalenderjaar en per specialisme worden toegekend.

Onder raadpleging wordt verstaan, het onderzoek van de zieke in de spreekkamer van de arts met het oog op diagnose of behandeling van een aandoening; in het voor de raadpleging vastgestelde honorarium is de vergoeding begrepen voor opmaken en ondertekenen van de bescheiden in verband met dat onderzoek of waarom de zieke naar aanleiding van die raadpleging vraagt.”;

2° een bepaling B/1 wordt ingevoegd, luidende:

“B/1. Multidisciplinair consult

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... K 80

105313-105324

Deelname aan het MSC door een arts die deel uitmaakt van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie van de verplegingsinrichting K 17

105335-105346

Deelname aan het MSC door een arts die geen deel uitmaakt van de staf van artsen van de verplegingsinrichting K 25

105350-105361

Bijkomend honorarium bij de verstrekking 105313-105324, aanrekenbaar door de arts-coördinator van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie, wanneer deze aan het MSC deelneemt K 15

Het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie is omschreven in artikel 14, n), § 2, 7°.

Een MSC wordt schriftelijk aangevraagd door de behandelende huisarts of de behandelende arts-specialist.

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie... N 8

105114

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie, accrédité N 8 + Q 30

105136

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation N 9

105151

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan diagnostique spécialisé pour pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation N 9 + Q 30

105173

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie N 8

105195

Consultation avec l'élaboration d'un rapport écrit d'un bilan spécialisé pour douleur en relation avec une pathologie de la colonne vertébrale par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation avec une expérience en algologie, accrédité N 8 + Q 30

Les prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 incluent l'évaluation approfondie et l'établissement d'un rapport contenant les antécédents généraux et psychosociaux et les antécédents relatifs à la pathologie de la colonne vertébrale. Il comprend en outre la description de l'affection actuelle, l'impact fonctionnel et les traitements déjà appliqués, l'examen clinique, les examens techniques complémentaires à visée diagnostique et le plan de traitement proposé y compris les alternatives.

Les honoraires pour ces prestations couvrent la rédaction du rapport. Il est conservé dans le dossier médical du patient.

Seule une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 peut être accordée au maximum une fois par patient, par année civile et par spécialité.

Par consultation, il faut entendre l'examen du malade au cabinet du médecin, en vue du diagnostic ou du traitement d'une affection; les honoraires fixés pour la consultation comprennent l'indemnisation pour la rédaction et la signature des documents afférents à cet examen ou réclamés par le malade à l'occasion de cette consultation. »;

2° est inséré un B/1, rédigé comme suit :

« B/1. Concertation multidisciplinaire

105291-105302

Concertation spine multidisciplinaire (CSM), attestée par le médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier, qui coordonne cette concertation K 80

105313-105324

Participation à la CSM par un médecin, membre de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier K 17

105335-105346

Participation à la CSM par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers K 25

105350-105361

Supplément d'honoraires à la prestation 105313-105324, attestable par le médecin-coordonateur de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale, quand il/elle participe à la CSM K 15

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est décrite dans l'article 14, n), § 2, 7°.

Une CSM est demandée par écrit par le médecin généraliste traitant ou le médecin spécialiste traitant.

Aan elk MSC nemen telkens minstens 2 artsen deel die deel uitmaken van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie van de verplegingsinrichting, waarvan minstens 1 uit een heelkundig en 1 uit een niet-heelkundig specialisme.

De verstrekking 105313-105324 is aanrekenbaar door maximaal 3 artsen-specialisten van verschillende specialismen, uitsluitend ter gelegenheid van de verstrekking 105291-105302.

De verstrekking 105335-105346 dekt tevens de verplaatsingskosten.

De verstrekking 105291-105302 is enkel aanrekenbaar indien maximaal 120 dagen voorafgaand aan deze verstrekking minstens één van de prestaties 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 of 105195 werd verricht.

Een MSC kan plaatsvinden in de afwezigheid van de patiënt indien in de 120 dagen voorafgaand aan het MSC de patiënt onderzocht werd door minstens één deelnemer van een heelkundig specialisme en één deelnemer van een niet-heelkundig specialisme, beiden lid van het voornoemd multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie. Indien aan deze voorwaarde niet is voldaan, moet de patiënt fysiek aanwezig zijn tijdens het MSC.

Een MSC kan maar worden gehouden naar aanleiding van minstens één van volgende indicaties:

- a) chronische nekpijn of rugpijn waarbij een chirurgische behandeling overwogen wordt;
- b) patiënten waarbij omwille van degeneratieve pathologie een lumbale fusie op meer dan 2 niveaus overwogen wordt;
- c) patiënten waarbij omwille van een degeneratieve pathologie een revisie-ingreep op hetzelfde niveau, dezelfde kant en langs dezelfde toegangsweg overwogen wordt;
- d) chronische rugpijn waarbij na 6 maanden conservatieve en revalidatie-therapie onvoldoende effect bekomen wordt;
- e) radiculopathie die op invaliderende wijze langer dan 6 maanden blijft bestaan ondanks niet-chirurgische therapie;
- f) chronische nekpijn of rugpijn met of zonder brachialgie/ischialgie voorafgaand aan een vierde therapeutische interventionele pijnbehandeling binnen de 12 maanden;
- g) in geval van indicatoren die wijzen op een verhoogd risico op een ongunstige prognose en waarbij een chirurgische behandeling overwogen wordt;
- h) patiënten waar neuromodulatie overwogen wordt;
- i) patiënten waar percutane vertebro/kyfoplastie overwogen wordt, met uitzondering van een oncologische indicatie.

De verstrekkingen 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346 en 105350-105361 vereisen de gelijktijdige fysieke aanwezigheid van de verschillende deelnemende artsen.

De verstrekking 105291-105302 is niet cumuleerbaar met de verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 in het geval van een oncologische wervelkolompathologie.

Elk MSC geeft aanleiding tot een schriftelijk verslag, dat opgesteld wordt door een aanwezige arts-specialist. Het verslag wordt bewaard in het medisch dossier van de patiënt.

Het verslag vermeldt de namen van de deelnemende artsen en van de aanvragende arts en preciseert:

- a) de initiële probleemstelling;
- b) de beschikbare medische gegevens;
- c) de uitwerking van de diagnose met inschatting van de evolutie;
- d) een gemotiveerd behandelingsplan, inclusief eventuele alternatieven, op korte en langere termijn, rekening houdend met de psychosociale context;
- e) de beschrijving van de medische opvolging;
- f) een voorstel aangaande de arbeidsgeschiktheid of arbeidsongeschiktheid.

In geval van doorverwijzing voor een MSC wordt de naam van de verwijzende verplegingsinrichting vermeld in het verslag.

Het verslag wordt bezorgd aan alle artsen die aan het MSC hebben deelgenomen, alsook aan de aanvragende arts, de huisarts en de andere zorgverstrekkers betrokken bij de uitvoering van het uitgestippelde zorgpad voor de behandeling van de wervelkolompathologie.

A chaque CSM participent au moins 2 médecins, membres de l'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale de l'établissement hospitalier et de spécialités différentes, dont une est chirurgicale et l'autre non-chirurgicale.

La prestation 105313-105324 est attestable par au maximum 3 médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion de la prestation 105291-105302.

La prestation 105335-105346 couvre les frais de déplacement.

La prestation 105291-105302 est uniquement due si dans un délai de maximum 120 jours au préalable à cette prestation une des prestations 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 ou 105195 a été effectuée.

Une CSM peut avoir lieu en l'absence du patient, si le patient a été examiné dans les 120 jours précédents la CSM, par au moins un participant d'une discipline chirurgicale et un participant d'une discipline non-chirurgicale, tous les deux membres de l'équipe soignante multidisciplinaire précitée pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale. Lorsque cette condition n'est pas rencontrée le patient doit être physiquement présent pendant la CSM.

La CSM ne peut être tenue qu'en réponse à au moins une des indications suivantes :

- a) douleur cervicale ou dorsale chronique pour laquelle un traitement chirurgical est envisagé ;
- b) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une arthrolyse lombaire sur plus de 2 niveaux est envisagée ;
- c) patients chez qui en raison d'une pathologie dégénérative une intervention de révision est envisagée, au même niveau, du même côté et par le même abord ;
- d) douleur de la colonne vertébrale chronique et pour laquelle malgré 6 mois de thérapie conservatrice et de révalidation le résultat obtenu est insuffisant ;
- e) radiculopathie invalidante subsistant plus de 6 mois malgré une thérapie non chirurgicale ;
- f) douleur cervicale ou thoracolombaire chronique avec ou sans brachialgie/ischialgie avant la réalisation d'un quatrième traitement thérapeutique interventionnel de la douleur sur une période de 12 mois ;
- g) en cas de présence d'indicateurs d'un risque accru de pronostic défavorable et lorsqu'un traitement chirurgical est envisagé ;
- h) patients pour lesquels la neuromodulation est envisagée ;
- i) patients pour lesquels la vertébro/cyphoplastie percutanée est envisagée, à l'exception d'une indication oncologique.

Les prestations 105291-105302, 105313-105324, 105335-105346 et 105350-105361 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

La prestation 105291-105302 n'est pas cumulable avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 dans le cas d'une pathologie oncologique de la colonne vertébrale.

Chaque CSM donne lieu à un rapport écrit, rédigé par un médecin spécialiste présent. Le rapport est conservé dans le dossier médical du patient.

Le rapport mentionne les noms des médecins participants et du médecin qui a fait la demande de la CSM et reprend :

- a) la description du problème initial ;
- b) un aperçu des données médicales disponibles ;
- c) une élaboration du diagnostic avec estimation de l'évolution ;
- d) un plan de traitement motivé, y compris les alternatives éventuelles, à court et plus long terme, compte tenu du contexte psychosocial ;
- e) une proposition du suivi médical ;
- f) une proposition concernant les possibilités d'aptitude au travail ou d'incapacité de travail.

En cas de renvoi pour une CSM, le nom de l'établissement hospitalier qui réfère le patient est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la CSM, ainsi qu'au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste, et aux autres dispensateurs de soins impliqués à l'exécution de l'itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale.

Het verslag wordt ook op zijn verzoek naar de adviserend arts gestuurd indien de patiënt een arbeidsongeschikte werknemer is.

Behalve voor de adviserend arts, zorgt de bezorging van het verslag aan de zorgverleners voor een optimale behandeling van de patiënt met spinale pathologie dankzij het delen van de nodige informatie.

Wat de adviserend arts betreft, stelt de bezorging van het verslag hem in staat om de wenselijkheid van een re-integratietraject te beoordelen.

Het zorgpad voor de behandeling van de wervelkolompathologie is een complexe interventie die gericht is op het nemen van beslissingen in overleg en het organiseren van klinische processen voor patiënten met een complexe wervelkolompathologie. Het bepaalt expliciet de doelstellingen en kernelementen van de zorg die is gebaseerd op wetenschappelijk bewijs, de goede praktijk (best practices) en de verwachtingen en kenmerken van de patiënt. Het vergemakkelijkt de communicatie tussen de leden van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie, en met de patiënt en zijn omgeving. Het ondersteunt de coördinatie van het zorgproces door de nadruk te leggen op de complementariteit van de taken en op de sequentie van de activiteiten van het multidisciplinaire team, de patiënt en zijn omgeving. Het legt de nadruk op de registratie, opvolging en beoordeling van de resultaten en het identificeert de gepaste middelen.

De coördinator van het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie ontvangt de aanvragen voor het MSC, regelt de agenda en nodigt de patiënt, de betrokken artsen en de betrokken zorgverleners tijdig uit.”

Art. 2. In artikel 14, b), van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 januari 2016, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de omschrijving van de verstrekking 230591-230602 worden de woorden “, van hydromyëlie of van syringomyëlie” opgeheven;

2° in de omschrijving van de verstrekking 230694-230705 wordt het woord “craniale” ingevoegd tussen de woorden “wegens” en “meningocele”;

3° de omschrijving van de verstrekking 232551-232562 wordt vervangen als volgt:

“Heelkundige behandeling door trepanatie van een aneurysma of van een arterioveneuze verbinding van de hersenen en van de meningeale omhulsel ervan”;

4° de verstrekkingen 230731-230742, 232750-232761, 232772-232783 en 232794-232805 worden opgeheven.

Art. 3. In artikel 14, k), van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 oktober 2018, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de bepaling onder I,

a) in § 1,

I. in de bepaling onder A, 1°,

1. worden in de omschrijvingen van de verstrekkingen 280011-280022, 280033-280044, 280055-280066, 280070-280081 en 280092-280103 de woorden “synthesematerieel” telkens vervangen door de woorden “osteosynthesemateriaal”;

2. worden de omschrijvingen van de verstrekkingen 280055-280066, 280070-280081 en 280092-280103 telkens aangevuld met de woorden “, met uitzondering van het osteosynthesemateriaal ter hoogte van de wervelkolom”;

3. worden in de omschrijving van de verstrekking 277771-277782 de woorden “dat niet tot de hand of de voet behoort” vervangen door de woorden “dat niet tot de hand, de voet of de wervelkolom behoort”;

4. worden in de omschrijving van de verstrekking 275015-275026 de woorden “Trepanatie curettage” vervangen door het woord “Curettagage”;

5. in de omschrijving van de verstrekking 275030-275041 worden de woorden “Trepanatie curettage” vervangen door het woord “Curettagage” en wordt het woord “wervel-” opgeheven;

II. wordt de bepaling onder B als volgt vervangen:

“**B. Hals en romp.**

281153-281164

Behandeling van thoracic outlet syndroom via één toegangsweg
.....N 415

Ce rapport est également transmis au médecin-conseil de l’organisme assureur à sa demande si le patient est un travailleur en incapacité de travail.

Excepté pour le médecin-conseil, la transmission du rapport aux prestataires de soin assure une prise en charge optimale du patient atteint de la pathologie de la colonne vertébrale grâce au partage des informations nécessaires.

En ce qui concerne le médecin-conseil, la transmission du rapport lui permet d’évaluer l’opportunité d’un trajet de réintégration.

Un itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale est une intervention complexe visant la prise de décisions concertée et l’organisation des processus cliniques pour des patients porteurs d’une pathologie complexe de la colonne vertébrale. Il contient un énoncé explicite des objectifs et des éléments-clés de soins basé sur des données probantes, les règles de bonnes pratiques (best practices) ainsi que sur les attentes et caractéristiques des patients. Il facilite la communication entre les membres de l’équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale ainsi qu’avec le patient et son entourage. Il permet de coordonner le processus de soins en insistant sur la complémentarité des rôles et sur la séquence des activités de l’équipe multidisciplinaire, du patient et de son entourage. Il insiste sur l’enregistrement, le suivi et l’évaluation des résultats et il identifie les moyens nécessaires.

Le coordinateur de l’équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale reçoit les demandes de CSM, organise l’agenda et invite à temps le patient, les médecins concernés et les dispensateurs de soins concernés. ».

Art. 2. A l’article 14, b), de la même annexe, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 26 janvier 2016, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le libellé de la prestation 230591-230602, les mots « , d’une hydromyëlie ou d’une syringomyëlie » sont abrogés ;

2° le libellé de la prestation 230694-230705 est complété par le mot « crânienne » ;

3° le libellé de la prestation 232551-232562 est remplacé comme suit :

« Traitement chirurgical par trepanation d’un anévrysme ou d’une communication artérioveineuse de l’encéphale ainsi que de son enveloppe méningée » ;

4° les prestations 230731-230742, 232750-232761, 232772-232783 et 232794-232805 sont abrogées.

Art. 3. A l’article 14, k), de la même annexe, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 3 octobre 2018, sont apportées les modifications suivantes :

1° au I,

a) au § 1^{er},

I. au A, 1°,

1. dans les libellés des prestations 280011-280022, 280033-280044, 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103, les mots « de synthèse » sont à chaque fois remplacés par les mots « d’osteosynthèse » ;

2. les libellés des prestations 280055-280066, 280070-280081 et 280092-280103 sont à chaque fois complétés par les mots « , à l’exception du matériel d’osteosynthèse de la colonne vertébrale » ;

3. dans le libellé de la prestation 277771-277782, les mots « de la main ou du pied » sont remplacés par les mots « de la main, du pied ou de la colonne vertébrale » ;

4. dans le libellé de la prestation 275015-275026 les mots « Trépanation curettage » sont remplacés par le mot « Curettage » ;

5. dans le libellé de la prestation 275030-275041, les mots « Trépanation curettage » sont remplacés par le mot « Curettage » et le mot « wervel- » est abrogé ;

II. le B est remplacé par ce qui suit :

« **B. Cou et tronc.**

281153-281164

Traitement du syndrome du défilé thoracique par une voie d’abord .
..... N 415

281131-281142	
Behandeling van thoracic outlet syndroom via twee toegangswegen	N 588
282516-282520	
Bloedige repositie van fractuur van sternum	N 200
282531-282542	
Curettagage van het sternum onder algemene anesthesie... ..	N 100
282553-282564	
Gedeeltelijke resectie van het sternum	N 200
282575-282586	
Xyfoïdectomie.....	N 75
282590-282601	
Heelkundige behandeling van een trechterborst (pectus excavatum), ingrepen van het type frenosternolyse	N 250
282612-282623	
Heelkundige behandeling van een trechterborst (pectus excavatum), met uitsluiting van de ingrepen van het type frenosternolyse ..	N 600
262730-282741	
Reconstructie van het sternum wegens necrose na een sternotomie met een gesteelde flap, ongeacht het type gesteelde flap	N 400
282634-282645	
Osteosynthese wegens ribfractuur : één rib	N 150
282656-282660	
Osteosynthese wegens ribfractuur : twee of meer ribben van een zelfde hemithorax	N 225
282671-282682	
Ribresectie wegens tumor	N 250
282693-282704	
Ribresectie wegens niet-tumorale aandoening	N 150
282715-282726	
Curettagage van één of meer ribben onder algemene anesthesie	N 100
100”;	
b) in § 2,	
I. in de Nederlandse tekst van de bepaling onder A, 1°, vierde lid,	
1. wordt het woord “ogen” vervangen door het woord “mogen”;	
2. wordt het woord “verstrelling” vervangen door het woord “verstrekking”;	
II. in de bepaling onder B,	
1. worden in punt 1° “Behandelingen van fracturen en luxaties” de verstrekingen 295013-295024 en 295035-295046 opgeheven;	
2. in de bepalingen onder 2°,	
i. wordt de omschrijving van de verstreking 295352-295363 aangevuld met het woord “(cervico-thoracaal)”;	
ii. wordt de omschrijving van de verstreking 295396-295400 vervangen als volgt:	
“Thoracaal korset met of zonder gemouleeerde schouderstukken”;	
3. worden punt 3° “Continue tracties” en de verstrekingen 295610-295621 en 295632-295643 opgeheven;	
4. worden de bepalingen onder punt 5° “Nemen van afgietsels” als volgt vervangen:	
“5° Nemen van afgietsels:	
295816-295820	
Cervicale wervelkolom	N 35
295831-295842	
Thoracale wervelkolom	N 75
295853-295864	
Cervico-thoracale wervelkolom	N 75
295875-295886	
Lumbale wervelkolom	N 75
295890-295901	
Thoraco-lumbale wervelkolom	N75

281131-281142	
Traitement du défilé thoracique par deux voies d’abord	N 588
282516-282520	
Réduction sanglante d’une fracture du sternum	N 200
282531-282542	
Curettagage du sternum sous anesthésie générale	N 100
282553-282564	
Résection partielle du sternum	N 200
282575-282586	
Xyphoïdectomie	N 75
282590-282601	
Traitement chirurgical d’un thorax en entonnoir (pectus excavatum), interventions de type phrénosternolyse	N 250
282612-282623	
Traitement chirurgical d’un thorax en entonnoir (pectus excavatum), à l’exclusion des interventions type phrénosternolyse	N 600
262730-282741	
Reconstruction du sternum pour nécrose post sternotomie par un lambeau pédiculé, quel que soit le type de lambeau pédiculé ..	N 400
282634-282645	
Ostéosynthèse pour fracture de côtes : d’une côte	N 150
282656-282660	
Ostéosynthèse pour fracture de côtes : de deux ou plusieurs côtes d’un même hémithorax	N 225
282671-282682	
Résection costale pour tumeur	N 250
282693-282704	
Résection costale pour affection non tumorale	N 150
282715-282726	
Curettagage d’une ou plusieurs côtes sous anesthésie générale	N 100
100 » ;	
b) au § 2,	
I. dans le texte néerlandais du A, 1°, alinéa 4,	
1. le mot « ogen » est remplacé par le mot « mogen » ;	
2. le mot « verstrelling » est remplacé par le mot « verstreking » ;	
II. au B,	
1. au 1° « Traitements des fractures et luxations », les prestations 295013-295024 et 295035-295046 sont abrogées ;	
2. au 2°,	
i. le libellé de la prestation 295352-295363 est complété par le mot « (cervico-thoracique) » ;	
ii. le libellé de la prestation 295396-295400 est remplacé par ce qui suit :	
« Corset thoracique avec ou sans épaulières moulées » ;	
3. le 3° « Tractions continues » et les prestations 295610-295621 et 295632-295643 sont abrogés ;	
4. le 5° « Prises de moulage » est remplacé par ce qui suit :	
« 5° Prises de moulage :	
295816-295820	
Colonne cervicale.....	N 35
295831-295842	
Colonne thoracique	N 75
295853-295864	
Colonne cervico-thoracique	N 75
295875-295886	
Colonne lombaire	N 75
295890-295901	
Colonne thoraco-lombaire	N75

295912-295923

Cervico-thoraco-lumbale wervelkolom... N 90

295934-295945

Hoofd en cervico-thoracale wervelkolom N 90

295956-295960

Hoofd en cervico-thoraco-lumbale wervelkolom. N 90";

c) in § 3,

I. wordt de omschrijving van de verstrekking 288455-288466 vervangen als volgt:

“En bloc resectie van een primaire maligne bottumor van eender welk bot, met uitzondering van een bottumor ter hoogte van de wervelkolom, zonder definitieve anatomische reconstructie”;

II. wordt de omschrijving van de verstrekking 288470-288481 vervangen als volgt:

“En bloc resectie van een primaire maligne bottumor van een bot- of osteo-articulair segment, met uitzondering van een bottumor ter hoogte van de wervelkolom, met anatomische reconstructie met auto- of allogreffe of met een prothese”;

III. wordt de omschrijving van de verstrekking 288492-288503 vervangen als volgt:

“Vervanging door een nieuwe prothese of greffe van een scharnierprothese of van een massieve allogreffe oorspronkelijk ingeplant voor een primaire maligne bottumor, met uitzondering van een bottumor ter hoogte van de wervelkolom”;

2° het punt “II. Niet-heelkundige verstrekkingen” en de verstrekking 299972-299983 worden opgeheven.

Art. 4. In 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 17 maart 2022, wordt een artikel 14, n), ingevoegd dat als bijlage is gevoegd bij dit besluit.

Art. 5. In artikel 34 van dezelfde bijlage, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 5 december 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° In § 1, b), worden de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 589676-589680 als volgt vervangen:

“589890-589901

Percutane vertebroplastie voor de behandeling van indeukingsfracturen van een wervellichaam (per wervellichaam) I 400

De verstrekkingen 589676-589680 en 589890-589901 kunnen slechts aangerekend worden naar aanleiding van één van de onderstaande indicaties:

A. Osteoporotische indeukingsfracturen “single level” of “multi-level” zonder neurologische compressie en zonder uitvalsverschijnselen waarbij aan alle volgende voorwaarden voldaan wordt:

- blijvende pijnklachten van meer dan 35 dagen en te wijten aan de fractuur en waarbij de medicamenteuze pijntherapie - die gedurende minimaal 35 dagen uitprobeerde werd - ofwel faalde ofwel aanleiding gaf tot te hinderlijke nevenwerkingen; dit wordt beschreven in een verslag van de arts die de pijntherapie toepaste; de interventie moet wel plaatsgrijpen voor de indeukingsfractuur geconsolideerd is, binnen een periode van 120 dagen;
- er is botoedeem aanwezig, gedocumenteerd door medische beeldvorming;
- met een T-score, berekend ten opzichte van een referentiepopulatie, van ≤ -1 ;
- na een klinische investigatie en documentatie van gekende risicofactoren en opname in een opvolgtraject met aangepaste therapie voor osteoporose en fractuurpreventie.

De indicatiestelling gebeurt tijdens een multidisciplinair spine consult (MSC) binnen een multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie en de data worden geregistreerd in het desbetreffende register. De exacte modaliteiten van het MSC en het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie worden beschreven in de artikelen 2 en 14, n).

295912-295923

Colonne cervico-thoraco-lombaire N 90

295934-295945

Tête et colonne cervico-thoracique N 90

295956-295960

Tête et colonne cervico-thoraco-lombaire N 90 » ;

c) au § 3,

I. le libellé de la prestation 288455-288466 est remplacé par ce qui suit :

« Résection en bloc d’une tumeur osseuse maligne primitive, quel que soit l’os atteint, à l’exception d’une tumeur osseuse de la colonne vertébrale, sans reconstruction anatomique définitive » ;

II. le libellé de la prestation 288470-288481 est remplacé par ce qui suit :

« Résection en bloc d’une tumeur osseuse maligne primitive d’un segment osseux ou ostéo-articulaire, à l’exception d’une tumeur osseuse de la colonne vertébrale, avec reconstruction anatomique par auto- ou allogreffe osseuse ou par prothèse » ;

III. le libellé de la prestation 288492-288503 est remplacé par ce qui suit :

« Remplacement par une nouvelle prothèse ou greffe, d’une prothèse à charnière ou d’une allogreffe massive initialement implantée pour tumeur osseuse maligne primitive, à l’exception d’une tumeur osseuse de la colonne vertébrale » ;

2° le point « II. Prestations non chirurgicales » et la prestation 299972-299983 sont abrogés.

Art. 4. Dans l’annexe à l’arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d’assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 17 mars 2022, il est inséré un article 14, n), qui est joint à l’annexe au présent arrêté.

Art. 5. A l’article 34 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l’arrêté royal du 5 décembre 2021, sont apportées les modifications suivantes :

1° Au § 1^{er}, b), les règles d’application qui suivent la prestation 589676-589680 sont remplacées par ce qui suit :

« 589890-589901

Vertébroplastie percutanée pour le traitement de fractures par enfoncement d’un corps vertébral (par corps vertébral) I 400

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne peuvent être attestées que dans une des indications suivantes :

A. Fractures tassement ostéoporotiques “single level” ou “multi-level” sans compression neurologique et sans signe de déficit neurologique, pour autant qu’il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

- douleurs persistantes de plus de 35 jours liées à la fracture et pour lesquelles le traitement médicamenteux de la douleur - administré pendant 35 jours au minimum - a soit échoué, soit donné lieu à des effets secondaires trop gênants ; la situation est décrite dans un rapport rédigé par le médecin ayant pris en charge le traitement de la douleur ; l’intervention doit cependant avoir lieu avant que la fracture par enfoncement ne soit consolidée, endéans une période de 120 jours ;
- présence d’un œdème osseux documenté par l’imagerie médicale ;
- avec un T-score, calculé par rapport à une population de référence de ≤ -1 ;
- après une investigation clinique et documentation des facteurs de risque connus et prise en charge dans un trajet de suivi avec une thérapie adaptée pour l’ostéoporose et la prévention de fracture.

L’indication est posée lors d’une concertation spine multidisciplinaire (CSM) dans le cadre d’une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale et les données sont enregistrées dans le registre correspondant. Les modalités exactes de la CSM et de l’équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale sont définies aux articles 2 et 14, n).

B. Indeukingsfracturen veroorzaakt door de aanwezigheid van een osteolytische maligne tumor, zonder neurologische compressie en zonder uitvalsverschijnselen, waarbij aan alle volgende voorwaarden voldaan wordt:

- a) er is botoedeem aanwezig, gedocumenteerd door medische beeldvorming;
- b) na bespreking van de indicatie in een multidisciplinair oncologisch consult (MOC) tenzij in klinisch urgente omstandigheden. De data worden geregistreerd in het desbetreffende register.

In beide gevallen, A + B, wordt de diagnose gesteld op basis van de volgende onderzoeken:

- en RX face en profiel
- en NMR of indien een contra-indicatie hiervoor een botsintigrafie met SPECT.

En bij osteoporotische indeukingsfracturen ook een DEXA-scan.

De documenten waaruit blijkt dat voldaan is aan de hogervermelde indicaties, moeten steeds in het dossier aanwezig zijn en moeten naar de adviserend arts verstuurd worden als hij/zij dit vraagt.

De verstrekkingen 589676-589680 en 589890-589901 worden voor elke behandelde wervel aan 100 % aangerekend, met dien verstande dat er niet meer dan twee wervels in één tijd mogen worden aangerekend aan de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

De verstrekkingen 589676-589680 en 589890-589901 kunnen niet onderling gecumuleerd worden.

De verstrekkingen 589676-589680 en 589890-589901 mogen verricht worden door artsen-specialisten voor röntgendiagnose en door artsen-specialisten voor neurochirurgie en artsen-specialisten voor orthopedische heilkunde.”;

2° in § 2, eerste lid,

- a) worden de woorden “geneesheren-specialisten” telkens vervangen door de woorden “artsen-specialisten”;
- b) wordt het lid aangevuld met de woorden “, tenzij anders vermeld bij de verstrekking zelf”.

Art. 6. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 7. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 juni 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

B. Fractures tassements causées par la présence d’une tumeur ostéolytique maligne, sans compression neurologique et sans signes de déficit neurologique, pour autant qu’il soit satisfait à toutes les conditions suivantes :

- a) présence d’un œdème osseux documenté par l’imagerie médicale ;
- b) après examen de l’indication lors d’une concertation oncologique multidisciplinaire (COM) sauf dans des circonstances cliniques urgentes. Les données sont enregistrées dans le registre correspondant.

Dans les deux cas, A + B, le diagnostic est posé sur la base des examens suivants :

- et RX face et profil
- et IRM ou en cas de contre-indication, une scintigraphie osseuse avec SPECT.

Et en cas de fractures tassements ostéoporotiques, un DEXA-scan.

Les documents desquels il ressort qu’il est satisfait aux indications susmentionnées, doivent être conservés dans le dossier et doivent être envoyés au médecin-conseil si celui-ci/celle-ci les demande.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont attestées à 100 % pour chaque vertèbre traitée, sous réserve qu’elles ne peuvent être attestées pour plus de deux vertèbres en même temps à l’assurance maladie-invalidité.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 ne sont pas cumulables entre elles.

Les prestations 589676-589680 et 589890-589901 sont accessibles aux médecins spécialistes en radiodiagnostic et aux médecins spécialistes en neurochirurgie et en chirurgie orthopédique. » ;

2° au § 2, alinéa 1^{er},

- a) dans le texte néerlandais, les mots “geneesheren-specialisten” sont chaque fois remplacés par les mots “artsen-specialisten” ;
- b) l’alinéa est complété par les mots «, sauf autre directive mentionnée à la prestation même ».

Art. 6. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 7. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l’exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE

Bijlage bij het Koninklijk besluit tot wijziging 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, betreffend de wervelkolompathologieën.

Artikel 14 n) de verstrekkingen die tot het specialisme orthopedische heilkunde (DP) en neurochirurgie (DA) behoren :

§ 1. I. Bloedige behandelingen

A. Cervicale procedures

224011	224022	^^ Decompressie van het ruggenmerg ter hoogte van de cervicale wervelkolom via transorale, transmaxillaire of transmandibulaire toegangsweg	K	500
224033	224044	^^ Decompressie van het ruggenmerg ter hoogte van de cervicale wervelkolom via transorale, transmaxillaire of transmandibulaire toegangsweg, inclusief reconstructie	K	555
224055	224066	^ Anterieure densfixatie d.m.v. schroef	K	335
224070	224081	^ Cervicale discectomie via anterieure toegangsweg inclusief reconstructie op 1 niveau	K	350
224092	224103	^ Cervicale discectomie via anterieure toegangsweg inclusief reconstructie op 2 niveaus	K	435
224114	224125	^ Cervicale discectomie via anterieure toegangsweg inclusief reconstructie op 3 of meer niveaus	K	520

224136	224140	^ Corporectomie van een cervicale wervel via anterieure toegangsweg, inclusief reconstructie op 1 niveau	K	430
224151	224162	^ Corporectomie van cervicale wervels via anterieure toegangsweg, inclusief reconstructie op 2 niveaus	K	540
224173	224184	^ Corporectomie van cervicale wervels via anterieure toegangsweg, inclusief reconstructie op 3 of meer niveaus	K	650
224195	224206	^ Cervicale anterieure of laterale foraminotomie al dan niet met decompressie van de vertebrale arterie, op 1 niveau	K	350
224210	224221	^ Cervicale anterieure of laterale foraminotomie al dan niet met decompressie van de vertebrale arterie, op 2 niveaus	K	435
224232	224243	^ Cervicale anterieure of laterale foraminotomie al dan niet met decompressie van de vertebrale arterie, op 3 of meer niveaus	K	520
224254	224265	^ Occipitocervicale fusie en/of fixatie, inclusief de eventuele decompressie	K	310
224276	224280	^ Posterieure fusie en/of fixatie van de cervicale wervels C1 en C2 d.m.v. haken of draden	K	170
224291	224302	^ Posterieure fusie en/of fixatie van de cervicale wervels C1 en C2 d.m.v. schroeven	K	310
224313	224324	^ Cervicale laminectomie ongeacht het aantal niveaus	K	280
224335	224346	^ Cervicale laminoplastie op 1 niveau	K	250
224350	224361	^ Cervicale laminoplastie op 2 niveaus	K	310
224372	224383	^ Cervicale laminoplastie op 3 of meer niveaus	K	370
224394	224405	^ Cervicale posterieure foraminotomie op 1 niveau	K	350
224416	224420	^ Cervicale posterieure foraminotomie op 2 niveaus	K	435
224431	224442	^ Cervicale posterieure foraminotomie op 3 of meer niveaus	K	520
224453	224464	^ Cervicale of cervico-thoracale posterieure fixatie, inclusief eventuele decompressie, op 1 niveau	K	225
224475	224486	^ Cervicale of cervico-thoracale posterieure fixatie, inclusief de eventuele decompressie, op 2 niveaus	K	280
224490	224501	^ Cervicale of cervico-thoracale posterieure fixatie, inclusief de eventuele decompressie, op 3 of meer niveaus	K	335
224512	224523	^^ Cervicale reconstructie met zowel anterieure als posterieure fixatie of anterieure fixatie en posterieure decompressie of laminoplastie tijdens één heelkundige ingreep	K	560
224534	224545	Biopsie van een cervicale extradurale neoplastische of inflammatoire massa via heelkundige weg	K	95
224556	224560	^ Resectie of debulking van een cervicale spinale neoplastische of inflammatoire massa	K	300
224571	224582	^^ Resectie of debulking van een cervicale spinale neoplastische of inflammatoire massa met reconstructie	K	500
224593	224604	^^ Totale in blok cervicale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 1 niveau	K	670
224615	224626	^^ Totale in blok cervicale spondylectomie voor tumor met reconstructie op 2 niveaus	K	835
224630	224641	^^ Totale in blok cervicale spondylectomie voor tumor met reconstructie op 3 of meer niveaus	K	1000
224652	224663	Heelkundige verwijdering van osteosynthesemateriaal ter hoogte van de cervicale wervelkolom	K	155
224696	224700	Heelkundige plaatsing van een externe fixator of tractie voor immobilisatie van fracturen, luxaties of luxatie-fracturen van cervicale en/of hoog thoracale wervels	K	80
224711	224722	Gesloten repositie van fracturen, luxaties of luxatie-fracturen desgevallend inclusief externe fixatie of tractie voor immobilisatie van cervicale en/of hoog thoracale wervels	K	120
B. Thoraco-lumbale procedures				
224733	224744	^^ Resectie van een thoracale discushernia via anterieure toegangsweg, open of endoscopisch, op 1 niveau	K	400
224755	224766	^^ Resectie van een thoracale discushernia via anterieure toegangsweg, open of endoscopisch, op 2 niveaus	K	490
224770	224781	^^ Resectie van een thoracale discushernia via anterieure toegangsweg, open of endoscopisch, op 3 of meer niveaus	K	580

224792	224803	^^ Corporectomie van een thoracale wervel via anterieure toegangsweg met reconstructie, open of endoscopisch, op 1 niveau	K	430
224814	224825	^^ Corporectomie van thoracale wervels via anterieure toegangsweg met reconstructie, open of endoscopisch, op 2 niveaus	K	540
224836	224840	^^ Corporectomie van thoracale wervels via anterieure toegangsweg met reconstructie, open of endoscopisch, op 3 of meer niveaus	K	650
224851	224862	^ Thoracale laminectomie ongeacht het aantal niveaus	K	170
224873	224884	^ Fixatie van (een) thoracale wervel(s) via posterieure toegangsweg ongeacht het aantal niveaus	K	250
224895	224906	^ Fixatie van (een) thoracale wervel(s) via posterieure toegangsweg, inclusief laminectomie ongeacht het aantal niveaus	K	305
224910	224921	^ Thoracale decompressie via costotransversale weg	K	335
224932	224943	^ Thoracale decompressie via costotransversale weg, inclusief reconstructie	K	390
224954	224965	Biopsie van een thoracale extradurale neoplastische of inflammatoire massa via heilkundige weg	K	95
224976	224980	^ Resectie of debulking van een thoracale spinale neoplastische of inflammatoire massa	K	300
224991	225002	^^ Resectie of debulking van een thoracale spinale neoplastische of inflammatoire massa, inclusief reconstructie	K	500
225013	225024	^^ Totale in blok thoracale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 1 niveau	K	670
225035	225046	^^ Totale in blok thoracale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 2 niveaus	K	835
225050	225061	^^ Totale in blok thoracale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 3 of meer niveaus	K	1000
225072	225083	^ Unilaterale lumbale (micro) dissectomie of unilaterale (interlaminaire) decompressie voor foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 1 niveau	K	200
225094	225105	^ Unilaterale lumbale (micro) dissectomie of unilaterale (interlaminaire) decompressie voor foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 2 niveaus	K	250
225116	225120	^ Unilaterale lumbale (micro) dissectomie of unilaterale (interlaminaire) decompressie voor foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 3 of meer niveaus	K	300
225131	225142	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie op 1 niveau	K	350
225153	225164	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie op 2 niveaus	K	435
225175	225186	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie op 3 of meer niveaus	K	520
225190	225201	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie anterieur of lateraal en bijkomende posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 1 niveau	K	460
225212	225223	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie anterieur of lateraal en bijkomende posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 2 niveaus	K	575
225234	225245	^^ Lumbale dissectomie via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie anterieur of lateraal en bijkomende posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 3 of meer niveaus	K	690
225256	225260	^^ Corporectomie van een lumbale wervel via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie, op 1 niveau	K	450
225271	225282	^^ Corporectomie van lumbale wervels via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie, op 2 niveaus	K	560
225293	225304	^^ Corporectomie van lumbale wervels via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie, op 3 of meer niveaus	K	670

225315	225326	^^ Corporectomie van een lumbale wervel via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie en posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 1 niveau	K	560
225330	225341	^^ Corporectomie van lumbale wervels via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie en posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 2 niveaus	K	700
225352	225363	^^ Corporectomie van lumbale wervels via anterieure of laterale toegangsweg, inclusief reconstructie en posterieure fixatie d.m.v. pedikelschroeven, op 3 of meer niveaus	K	840
225374	225385	^ Bilaterale lumbale decompressie (interlaminair of via laminectomie) voor centrale of foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 1 niveau	K	250
225396	225400	^ Bilaterale lumbale decompressie (interlaminair of via laminectomie) voor centrale of foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 2 niveaus	K	325
225411	225422	^ Bilaterale lumbale decompressie (interlaminair of via laminectomie) voor centrale of foraminale of laterale recessus stenose of cyste, op 3 of meer niveaus	K	400
225455	225466	^ Lumbale pedikelschroeffixatie via posterieure toegangsweg, op 1 of meerdere niveaus	K	280
225470	225481	^ Lumbale pedikelschroeffixatie via posterieure toegangsweg en decompressie, inclusief eventuele posterolaterale fusie, op 1 niveau	K	300
225492	225503	^ Lumbale pedikelschroeffixatie via posterieure toegangsweg en decompressie, inclusief eventuele posterolaterale fusie, op 2 niveaus	K	380
225514	225525	^ Lumbale pedikelschroeffixatie via posterieure toegangsweg en decompressie, inclusief eventuele posterolaterale fusie, op 3 of meer niveaus	K	460
225536	225540	^^ Posterieure of transforaminale lumbale intercorporele fusie met pedikelschroeffixatie (PLIF, TLIF), op 1 niveau	K	360
225551	225562	^^ Posterieure of transforaminale lumbale intercorporele fusie met pedikelschroeffixatie (PLIF, TLIF), op 2 niveaus	K	450
225573	225584	^^ Posterieure of transforaminale lumbale intercorporele fusie met pedikelschroeffixatie (PLIF, TLIF), op 3 of meer niveaus	K	540
225595	225606	^ Heelkundige behandeling van een lumbale spondylolyse	K	280
225610	225621	^^ Heelkundige behandeling van een lumbale spondylolisthesis graad III of IV door resectie van de sacrale koepel en reconstructie (Meyering classificatie)	K	560
225632	225643	Biopsie van een lumbale extradurale neoplastische of inflammatoire massa via heelkundige weg	K	95
225654	225665	^ Resectie of debulking van een lumbale spinale neoplastische of inflammatoire massa	K	300
225676	225680	^^ Resectie of debulking van een lumbale spinale neoplastische of inflammatoire massa, inclusief reconstructie	K	500
225691	225702	^^ Totale in blok lumbale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 1 niveau	K	670
225713	225724	^^ Totale in blok lumbale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 2 niveaus	K	835
225735	225746	^^ Totale in blok lumbale spondylectomie voor tumor en reconstructie op 3 of meer niveaus	K	1000
225750	225761	^^ Thoraco-lumbale corporectomie en reconstructie langs posterieure toegangsweg, op 1 niveau	K	670
225772	225783	^^ Thoraco-lumbale corporectomie en reconstructie langs posterieure toegangsweg, op 2 niveaus	K	835
225794	225805	^^ Thoraco-lumbale corporectomie en reconstructie langs posterieure toegangsweg, op 3 niveaus	K	1000
225816	225820	Heelkundig verwijderen van osteosynthesemateriaal ter hoogte van de thoraco-lumbale wervelkolom over maximaal 5 niveaus	K	140
225831	225842	Heelkundig verwijderen van osteosynthesemateriaal ter hoogte van de thoraco-lumbale wervelkolom over 6 niveaus of meer	K	195

C. Heelkunde voor deformiteiten voor :				
225890	225901	^^ Thoraco-lumbale scoliose van meer dan 6 niveaus en minder dan 12 niveaus inclusief neuromonitoring	K	670
225912	225923	^^ Sagittale balans correctie voor thoraco-lumbale misvorming d.m.v. pedikel substractie osteotomie	K	560
225934	225945	^^ Sagittale balans correctie voor thoraco-lumbale misvorming d.m.v. posterieure wervel osteotomie, op 1 niveau	K	300
225956	225960	^^ Sagittale balans correctie voor thoraco-lumbale misvorming d.m.v. posterieure wervel osteotomie, op 2 niveaus	K	375
225971	225982	^^ Sagittale balans correctie voor thoraco-lumbale misvorming d.m.v. posterieure wervel osteotomie, op 3 of meer niveaus	K	450
225993	226004	^^ Thoraco-lumbale scoliose van 12 of meer niveaus inclusief de neuromonitoring	K	800
226015	226026	^^ Scoliose d.m.v. anterieure release met interpositie van greffes, op 3 niveaus of meer	K	390
226030	226041	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van staven	K	140
226052	226063	^ Scoliose d.m.v. "growing rods" - implantatie van anchors of ankers	K	140
226074	226085	Scoliose d.m.v. "growing rods" - verlenging	K	140
D. Sacrale procedures				
226096	226100	Biopsie van een extradurale neoplastische of inflammatoire massa van het sacrum via heelkundige weg	K	95
226111	226122	^ Resectie van een neoplastische of inflammatoire massa van het sacrum	K	225
226133	226144	^^ Resectie van een neoplastische of inflammatoire massa van het sacrum met reconstructie van de lumbo-sacrale junctie	K	670
226155	226166	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor zonder reconstructie	K	400
226170	226181	^^ Totale in blok sacrectomie voor tumor met reconstructie	K	835
226214	226225	Coccygectomie	K	80
226236	226240	^ Fixatie van het sacro-iliacaal gewricht	K	195
E. Intradurale spinale procedures				
226251	226262	^^ Heelkundige drainage van een spinaal intraduraal hematoom	K	500
226273	226284	^^ Heelkundige behandeling van een spinale arterioveneuze fistel of malformatie	K	1000
226295	226306	^^ Biopsie van een intramedullaire neoplastische of inflammatoire massa via heelkundige weg	K	500
226310	226321	^^ Resectie van een intradurale extramedullaire tumor	K	800
226332	226343	^^ Resectie van een intramedullaire tumor	K	1000
226354	226365	^^ Resectie van een spinale zenuwschedetumor	K	800
226376	226380	^^ Drainage bij syringomyelie	K	500
226391	226402	^^ Heelkundige behandeling van arachnoïdale vergroeiingen bij syringomyelie	K	500
226413	226424	^^ Heelkundige behandeling van een congenitale meningomyelocoele	K	400
226435	226446	^^ Heelkundige behandeling voor lipomeningomyelocoele (congenitale tethered cord)	K	1000
226450	226461	^^ Heelkundige behandeling voor verworven tethered cord	K	600
F. Management van spinale complicaties				
226472	226483	Heelkundige drainage van een postoperatief spinaal extraduraal hematoom inclusief decompressie	K	170
226494	226505	Sluiting van spinale durascheur	K	200
226516	226520	Heelkundige behandeling van een diepe, subfasciale infectie na spinale chirurgie	K	225
226531	226542	Herhaalde heelkundige behandeling van een diepe, subfasciale infectie na spinale chirurgie met bijkomend debridement	K	140

226553	226564	Heelkundige behandeling van oppervlakkige wondproblemen na spinale chirurgie	K	20
226575	226586	Heelkundige verwijdering of verplaatsing van een schroef of losgeraakt (loosening) en/of gebroken materiaal.	K	50

G. Varia

226590	226601	Plaatsing van een spacer tussen de processus spinosi	K	85
--------	--------	--	---	----

II. Onbloedige behandelingen

1° De onbloedige behandelingen van de fracturen worden ingedeeld in twee groepen. De essentiële maatstaf voor die indeling is de verandering van de anatomische toestand welke de repositie teweegbrengt: een controleradiografie moet daarvan het bewijs leveren.

De behandelingen van de fracturen zonder repositie met orthopedische toestellen: gips, beugels, spalken, kleef- of gewone banden mogen slechts éénmaal per behandeling van een zelfde fractuur worden aangerekend.

De behandeling van fracturen met repositie omvatten het aanleggen van contentiemiddelen van welk type ook. De behandelingen met continue tractie mogen als behandelingen met repositie worden aangezien. Deze behandelingen mogen slechts éénmaal per behandeling van een zelfde fractuur worden aangerekend.

Bij de behandeling van een zelfde fractuur mogen de omschrijvingen "behandeling van fracturen zonder repositie" en "behandeling van fracturen met repositie" niet na elkaar worden aangerekend. De voorlopige contentie vóór een repositie wordt getarifeerd volgens de verstrekking aangeduid met de rangnummers 145250-145261.

2° De behandelingen van luxaties omvatten de contentie, ongeacht het type ervan.

3° De vernieuwing van een gipsverband in de loop van de behandeling van een fractuur of luxatie mag enkel twee keer aangerekend worden in de termijn van 6 weken, vanaf de datum van de initiële behandeling, volgens de omschrijvingen die voorkomen onder de titel Gipstoestellen in artikel 14, k), I, § 2.

4° De gipstoestellen na een heelkundige bewerking worden aangerekend tegen 50 % van de waarde die is opgegeven onder de titels "Gipstoestellen" in artikel 14, k), I, § 2.

A. Behandeling van fracturen en luxaties

224674	224685	Niet heelkundige behandeling van fracturen, luxaties of luxatie-fracturen van de cervicale wervelkolom zonder repositie	K	50
225853	225864	Niet heelkundige behandeling van fracturen, luxaties of luxatie-fracturen van de thoraco-lumbale wervelkolom zonder repositie	K	50
225875	225886	Niet heelkundige behandeling van fracturen, luxaties of luxatiesfracturen van de thoraco-lumbale wervelkolom met repositie	K	120

§ 2. Toepassingsregels

1° De verstrekkingen van artikel 14, n), kunnen onderling niet gecumuleerd worden.

2° Onder één niveau wordt een "bewegingsniveau" verstaan (tussenwervelschijf en facetgewrichten, bv. C5-C6, L4-L5, ...) behalve wanneer er expliciet beschreven staat "corporectomie" of "totale spondylectomie" waarbij er verzeven wordt naar de wervel zelf (bv. C5 of L4).

Revisiechirurgie is een chirurgische behandeling volgend op een eerdere chirurgische behandeling op hetzelfde niveau en is niet aanrekenbaar wanneer uitgevoerd binnen de 60 dagen volgend op de eerste ingreep. Deze ingreep gebeurt op hetzelfde niveau, dezelfde kant en langs dezelfde toegangsweg (anterieur, lateraal, posterieur).

Wanneer een heelkundige ingreep een revisie is van een eerdere ingreep, die meer dan 60 dagen voordien plaats had, kan een bijkomend honorarium in rekening gebracht worden van K70 voor de verstrekkingen waarvan de omschrijving wordt voorafgegaan door het teken [^]. Dat bijkomend honorarium is voorzien onder nummer 226612-226623.

Wanneer een heelkundige ingreep een revisie is van een eerdere ingreep, die meer dan 60 dagen voordien plaats had, kan een bijkomend honorarium in rekening gebracht worden van K120 voor de verstrekkingen waarvan de omschrijving wordt voorafgegaan door het teken ^{^^}. Dat bijkomend honorarium is voorzien onder nummer 226634-226645.

3° De verstrekkingen waarvan de omschrijving niet wordt voorafgegaan door het teken [^] of ^{^^} kunnen geen aanleiding geven tot het aanrekenen van een bijkomend honorarium voor revisie.

4° De verstrekkingen onder § 1. F. "Management van spinale complicaties", zijnde 226472-226483, 226494-226505, 226516-226520, 226531-226542, 226553-226564 en 226575-226586 worden niet beschouwd als revisiechirurgie.

5° De eventuele afname van greffes en/of gebruik van peroperatieve neuromonitoring is in de verstrekking vervat en kan niet afzonderlijk aangerekend worden.

6° De vergoeding van de verstrekkingen van artikel 14, n), met uitzondering van de verstrekkingen in paragraaf 1, II, A, is, in toepassing van artikel 9^{ter} van de wet, en overeenkomstig de daarin voorziene doeleinden, afhankelijk, van de registratie van de uitgevoerde verstrekkingen

De gegevens worden geregistreerd in het daartoe voorziene geautomatiseerde register (Spine), beheerd door het Healthdata.be Platform, bij Sciensano, krachtens artikel 22, 20° van de wet.

Het RIZIV en Sciensano hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de gegevensverwerking in de zin van de artikelen 4, (7), en 26 van de Algemene Verordening Gegevensbescherming.

De genoemde registratieplicht geldt vanaf de datum waarop op de website van het RIZIV aan de betrokken zorgverleners wordt meegedeeld dat het register beschikbaar is, en uiterlijk op 1 januari 2023.

De categorieën gegevens die moeten worden vastgelegd voor de nagestreefde doeleinden zijn:

- a) identificatie van de patiënt, van de zorginstelling en van de zorgverlener
- b) redenen voor opname (pathologieën, antecedenten en anamnese)
- c) chirurgie (datum en morbiditeitsschaal)
- d) implantaten
- e) chirurgische maatregelen (chirurgisch fixatiemateriaal)
- f) ziekenhuisopname (complicaties, ingrepen, de duur, resultaatsevaluatie, ontslagdatum)

De gegevens worden onder een pseudoniem bewaard tot 30 jaar na het overlijden van de betrokken patiënt. Deze gegevens worden vervolgens anoniem bewaard.

7° De verstrekkingen van artikel 14, n), komen enkel in aanmerking voor terugbetaling wanneer ze worden uitgevoerd in een verplegingsinstelling met in haar schoot een multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie, gecoördineerd door een arts-specialist voor orthopedische heelkunde of voor neurochirurgie of voor fysische geneeskunde en revalidatie. De coördinator werkt minstens 8/11 in de verplegingsinstelling.

Het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie omvat alle disciplines, die in de klinische realiteit van de verplegingsinstelling betrokken zijn bij de aanpak van patiënten met wervelkolompathologie en bestaat minstens uit:

- één arts-specialist voor orthopedische heelkunde of voor neurochirurgie met ervaring in wervelkolompathologie. Minstens één orthopedisch chirurg of neurochirurg heeft minimum drie jaar ervaring in de conservatieve en chirurgische behandeling van wervelkolompathologie en werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinstelling.
- één arts-specialist voor fysische geneeskunde en revalidatie met ervaring in wervelkolompathologie. Minstens één van deze artsen werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinstelling.
- één arts-specialist voor anesthesie-reanimatie met ervaring in de algologie. Minstens één van deze artsen werkt minstens 8/11 in deze verplegingsinstelling.

Het multidisciplinair zorgteam voor de behandeling van wervelkolompathologie staat in voor een uniforme, gestandaardiseerde aanpak op vlak van diagnostiek, multidisciplinaire behandeling waaronder functionele revalidatie en opvolging van patiënten met een wervelkolompathologie alsook de implementatie van het zorgpad voor de behandeling van de wervelkolompathologie bij de patiënt. Hierbij worden de nationale en internationale richtlijnen gevolgd en continu gedocumenteerd zonder afbreuk te doen aan de vrije keuze van de patiënt.

Tevens staat dit zorgteam 24/7 in voor de opvang en triage van alle spinale urgenties.

Gezien om te worden gevoegd bij Ons besluit van 17 juni 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

Annexe à l'arrêté royal modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, en ce qui concerne les pathologies de la colonne vertébrale.

Article 14		n) les prestations relevant de la spécialité de chirurgie orthopédique (DP) et neurochirurgie (DA) :		
		§ 1^{er}. I. Traitements sanguants		
		A. Procédures cervicales		
224011	224022	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire	K	500
224033	224044	^^ Décompression de la moelle épinière au niveau de la colonne cervicale par voie transorale, transmaxillaire ou transmandibulaire, y compris la reconstruction	K	555
224055	224066	^ Fixation de l'odontoïde par vissage antérieur	K	335
224070	224081	^ Dissectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau	K	350
224092	224103	^ Dissectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 2 niveaux	K	435
224114	224125	^ Dissectomie cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 3 niveaux ou plus	K	520
224136	224140	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 1 niveau	K	430
224151	224162	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 2 niveaux	K	540

224173	224184	^ Corporectomie de la colonne cervicale par abord antérieur, y compris la reconstruction sur 3 niveaux ou plus	k	650
224195	224206	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 1 niveau	K	350
224210	224221	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 2 niveaux	K	435
224232	224243	^ Foraminotomie cervicale antérieure ou latérale, avec ou sans décompression de l'artère vertébrale sur 3 niveaux ou plus	K	520
224254	224265	^ Fusion et / ou fixation occipito-cervicale, y compris l'éventuelle décompression	K	310
224276	224280	^ Fusion et / ou fixation postérieure des vertèbres cervicales C1 et C2 à l'aide de crochets ou de fils	K	170
224291	224302	^ Fusion et / ou fixation postérieure des vertèbres cervicales C1 et C2 à l'aide de vis	K	310
224313	224324	^ Laminectomie cervicale quel que soit le nombre de niveaux	K	280
224335	224346	^ Laminoplastie cervicale sur 1 niveau	K	250
224350	224361	^ Laminoplastie cervicale sur 2 niveaux	K	310
224372	224383	^ Laminoplastie cervicale sur 3 niveaux ou plus	K	370
224394	224405	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 1 niveau	K	350
224416	224420	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 2 niveaux	K	435
224431	224442	^ Foraminotomie cervicale postérieure sur 3 niveaux ou plus	K	520
224453	224464	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 1 niveau	K	225
224475	224486	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 2 niveaux	K	280
224490	224501	^ Fixation cervicale ou cervico-thoracique postérieure, y compris l'éventuelle décompression, sur 3 niveaux ou plus	K	335
224512	224523	^^ Reconstruction cervicale avec une fixation tant antérieure que postérieure ou une fixation antérieure et une décompression postérieure ou une laminoplastie au cours d'une seule intervention chirurgicale	K	560
224534	224545	Biopsie par voie chirurgicale d'une masse cervicale extradurale néoplasique ou inflammatoire	K	95
224556	224560	^ Résection ou debulking d'une masse cervicale rachidienne néoplasique ou inflammatoire	K	300
224571	224582	^^ Résection ou debulking d'une masse cervicale rachidienne néoplasique ou inflammatoire avec reconstruction	K	500
224593	224604	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	K	670
224615	224626	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	K	835
224630	224641	^^ Spondylectomie cervicale totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	K	1000
224652	224663	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse, au niveau de la colonne cervicale	K	155
224696	224700	Placement chirurgical d'un fixateur ou d'une traction externe pour l'immobilisation de fractures, de luxations ou de fractures-luxations de la colonne cervicale et/ou thoracique haute	K	80
224711	224722	Réduction fermée de fractures, luxations ou fractures-luxations, y compris, le cas échéant, le fixateur ou la traction externe pour l'immobilisation de la colonne cervicale et/ou thoracique haute	K	120

B. Procédures thoraco-lombaires				
224733	224744	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 1 niveau	K	400
224755	224766	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 2 niveaux	K	490
224770	224781	^^ Résection d'une hernie discale thoracique par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique sur 3 niveaux ou plus	K	580
224792	224803	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 1 niveau	K	430
224814	224825	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 2 niveaux	K	540
224836	224840	^^ Corporectomie d'une vertèbre thoracique avec reconstruction, par abord antérieur, par voie chirurgicale ouverte ou endoscopique, sur 3 niveaux ou plus	K	650
224851	224862	^ Laminectomie thoracique quel que soit le nombre de niveaux	K	170
224873	224884	^ Fixation de vertèbre(s) thoracique(s) par abord postérieur, quel que soit le nombre de niveaux	K	250
224895	224906	^ Fixation du rachis thoracique par abord postérieur, y compris une laminectomie, quel que soit le nombre de niveaux	K	305
224910	224921	^ Décompression thoracique par voie costo-transversaire	K	335
224932	224943	^ Décompression thoracique par voie costo-transversaire, y compris la reconstruction	K	390
224954	224965	Biopsie par voie chirurgicale d'une masse extra-durale thoracique néoplasique ou inflammatoire	K	95
224976	224980	^ Résection / debulking d'une masse thoracique rachidienne néoplasique ou inflammatoire	K	300
224991	225002	^^ Résection / debulking d'une masse thoracique rachidienne néoplasique ou inflammatoire, y compris la reconstruction	K	500
225013	225024	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	K	670
225035	225046	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	K	835
225050	225061	^^ Spondylectomie thoracique totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	K	1000
225072	225083	^ (Micro)dissectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 1 niveau	K	200
225094	225105	^ (Micro)dissectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 2 niveaux	K	250
225116	225120	^ (Micro)dissectomie unilatérale lombaire ou décompression unilatérale (interlaminaire) en cas de sténose foraminale ou du récessus latéral ou de kyste sur 3 niveaux ou plus	K	300
225131	225142	^^ Dissectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 1 niveau	K	350
225153	225164	^^ Dissectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 2 niveaux	K	435
225175	225186	^^ Dissectomie lombaire y compris la reconstruction, par abord antérieur ou latéral, sur 3 niveaux ou plus	K	520
225190	225201	^^ Dissectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 1 niveau	K	460
225212	225223	^^ Dissectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 2 niveaux	K	575

225234	225245	^^ Discectomie lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction antérieure ou latérale et la fixation postérieure complémentaire à l'aide de vis pédiculaires sur 3 niveaux ou plus	K	690
225256	225260	^^ Corporectomie y compris la reconstruction d'une vertèbre lombaire par abord antérieur ou latéral, sur 1 niveau	K	450
225271	225282	^^ Corporectomie y compris la reconstruction de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, sur 2 niveaux	K	560
225293	225304	^^ Corporectomie y compris la reconstruction de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, sur 3 niveaux ou plus	K	670
225315	225326	^^ Corporectomie d'une vertèbre lombaire par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 1 niveau	K	560
225330	225341	^^ Corporectomie de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 2 niveaux	K	700
225352	225363	^^ Corporectomie de vertèbres lombaires par abord antérieur ou latéral, y compris la reconstruction et la fixation postérieure à l'aide de vis pédiculaires sur 3 niveaux ou plus	K	840
225374	225385	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 1 niveau	K	250
225396	225400	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 2 niveaux	K	325
225411	225422	^ Décompression lombaire (interlaminaire ou par laminectomie) bilatérale en cas de sténose centrale ou foraminale ou du récessus latéral ou de kyste, sur 3 niveaux ou plus	K	400
225455	225466	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur, sur 1 ou plusieurs niveaux	K	280
225470	225481	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 1 niveau	K	300
225492	225503	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 2 niveaux	K	380
225514	225525	^ Fixation lombaire au moyen de vis pédiculaires par abord postérieur et décompression, y compris une éventuelle fusion postérolatérale sur 3 niveaux ou plus	K	460
225536	225540	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transfornal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 1 niveau	K	360
225551	225562	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transfornal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 2 niveaux	K	450
225573	225584	^^ Arthrodèse lombaire par abord postérieur ou transfornal au moyen de vis pédiculaires (PLIF, TLIF), sur 3 niveaux ou plus	K	540
225595	225606	^ Cure chirurgicale d'une spondylolyse lombaire	K	280
225610	225621	^^ Cure chirurgicale d'un spondylolisthèse lombaire de grade III ou IV par résection du dôme sacré et reconstruction (classification de Meyerding)	K	560
225632	225643	Biopsie par voie chirurgicale d'une masse extra-durale lombaire néoplasique ou inflammatoire	K	95
225654	225665	^ Résection ou debulking d'une masse lombaire rachidienne néoplasique ou inflammatoire	K	300
225676	225680	^^ Résection ou debulking d'une masse lombaire néoplasique ou inflammatoire, y compris la reconstruction	K	500
225691	225702	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 1 niveau	K	670
225713	225724	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 2 niveaux	K	835
225735	225746	^^ Spondylectomie lombaire totale en bloc pour une tumeur et reconstruction sur 3 niveaux ou plus	K	1000
225750	225761	^^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 1 niveau	K	670

225772	225783	^^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 2 niveaux	K	835
225794	225805	^^ Corporectomie thoraco-lombaire et reconstruction par abord postérieur sur 3 niveaux	K	1000
225816	225820	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la colonne thoraco-lombaire, sur 5 niveaux maximum	K	140
225831	225842	Ablation chirurgicale de matériel d'ostéosynthèse au niveau de la colonne thoraco-lombaire, sur 6 niveaux ou plus	K	195
C. Traitement chirurgical des déformations pour :				
225890	225901	^^ Scoliose thoraco-lombaire de plus de 6 niveaux et de moins de 12 niveaux, y compris le neuromonitoring	K	670
225912	225923	^^ Correction de l'alignement sagittal au moyen d'une ostéotomie par soustraction pédiculaire en cas de déformation thoraco-lombaire	K	560
225934	225945	^^ Correction de l'alignement sagittal par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 1 niveau en cas de déformation thoraco-lombaire	K	300
225956	225960	^^ Correction de l'alignement sagittal de la colonne par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 2 niveaux en cas de déformation thoraco-lombaire	K	375
225971	225982	^^ Correction de l'alignement sagittal de la colonne par ostéotomie vertébrale de soustraction par abord postérieur, sur 3 niveaux ou plus en cas de déformation thoraco-lombaire	K	450
225993	226004	^^ Scoliose thoraco-lombaire de 12 niveaux ou plus, y compris le neuromonitoring	K	800
226015	226026	^^ Scoliose par une libération antérieure avec interposition de greffons, sur 3 niveaux ou plus	K	390
226030	226041	^ Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - implantation de tiges	K	140
226052	226063	^ Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - implantation d'ancres ("anchors")	K	140
226074	226085	Scoliose à l'aide de tiges de croissance ("growing rods") - prolongation	K	140
D. Procédures dans la région sacrée				
226096	226100	Biopsie par voie chirurgicale d'une masse extra-durale sacrée néoplasique ou inflammatoire	K	95
226111	226122	^ Résection d'une masse néoplasique ou inflammatoire du sacrum	K	225
226133	226144	^^ Résection d'une masse néoplasique ou inflammatoire du sacrum avec reconstruction de la charnière lombo-sacrée	K	670
226155	226166	^^ Sacrectomie totale en bloc pour une tumeur sans reconstruction	K	400
226170	226181	^^ Sacrectomie totale en bloc pour une tumeur avec reconstruction	K	835
226214	226225	Coccygectomie	K	80
226236	226240	^ Fixation de l'articulation sacro-iliaque	K	195
E. Procédures rachidiennes intra-durales				
226251	226262	^^ Drainage chirurgical d'un hématome intra-dural rachidien	K	500
226273	226284	^^ Traitement chirurgical d'une fistule ou malformation artério-veineuse rachidienne	K	1000
226295	226306	^^ Biopsie par voie chirurgicale d'une masse intramédullaire néoplasique ou inflammatoire	K	500
226310	226321	^^ Résection d'une tumeur intradurale extramédullaire	K	800
226332	226343	^^ Résection d'une tumeur intramédullaire	K	1000
226354	226365	^^ Résection d'une tumeur de la gaine du nerf spinal	K	800
226376	226380	^^ Drainage en cas de syringomyélie	K	500
226391	226402	^^ Traitement chirurgical d'excroissances arachnoïdiennes en cas de syringomyélie	K	500
226413	226424	^^ Traitement chirurgical d'une méningomyélocèle congénitale	K	400

226435	226446	^^ Traitement chirurgical d'une lipoméningomyélocèle (syndrome congénital de la moelle attachée ou "tethered cord" congénitale)	K	1000
226450	226461	^^ Traitement chirurgical du syndrome acquis de la moelle attachée ("tethered cord" acquis)	K	600
F. Management de complications spinales				
226472	226483	Drainage chirurgical d'un hématome extra-dural rachidien post-opératoire, y compris la décompression	K	170
226494	226505	Fermeture d'une brèche de la dure mère	K	200
226516	226520	Traitement chirurgical d'une infection profonde, sous-aponévrotique, après une chirurgie rachidienne	K	225
226531	226542	Répétition du traitement chirurgical d'une infection profonde, sous aponévrotique, avec débridement supplémentaire, après une chirurgie rachidienne	K	140
226553	226564	Traitement chirurgical de plaies superficielles après une chirurgie rachidienne	K	20
226575	226586	Ablation ou repositionnement de vis ou de matériel déplacé ou défectueux	K	50
G. Divers				
226590	226601	Placement d'un spacer inter-épineux	K	85
II. Traitements non sanglants				
1° Les traitements non sanglants des fractures sont divisés en deux groupes. Le critère essentiel sur lequel se base cette division est la modification de l'état anatomique qu'entraîne la réduction : une radiographie de contrôle en fournira la preuve.				
Les traitements des fractures sans réduction par appareillage orthopédique : plâtres, gouttières, attelles, bandages adhésifs ou non ne peuvent être portés en compte qu'une fois par traitement d'une même fracture.				
Les traitements des fractures avec réduction comprennent la mise en place des moyens de contention quel qu'en soit le type. Les traitements par traction continue peuvent être considérés comme traitements avec réduction. Ces traitements ne peuvent être portés en compte qu'une fois par traitement d'une même fracture.				
A l'occasion du traitement d'une même fracture, ne peuvent être portés en compte successivement les libellés "Traitements des fractures sans réduction" et "Traitements de fractures avec réduction". La contention provisoire précédant une réduction doit être tarifée selon la prestation désignée par les numéros d'ordre 145250-145261.				
2° Les traitements des luxations comprennent la contention, quel qu'en soit le type.				
3° Le renouvellement d'un plâtre au cours du traitement d'une fracture ou luxation ne peut être porté en compte que deux fois dans le délai de 6 semaines à partir de la date du traitement initial, selon les libellés prévus sous le titre 'Appareils plâtrés' de l'article 14, k), I, § 2.				
4° Les appareils plâtrés consécutifs à une intervention chirurgicale sont portés en compte à raison de 50 % de la valeur indiquée sous les titres 'Appareils plâtrés' de l'article 14, k), I, § 2.				
A. Traitement de fractures et luxations				
224674	224685	Traitement non-chirurgical de fractures, luxations ou fractures-luxations de la colonne cervical sans réduction	K	50
225853	225864	Traitement non-chirurgical de fractures, luxations ou fractures-luxations de la colonne thoraco-lombaire sans réduction	K	50
225875	225886	Traitement non-chirurgical de fractures, luxations ou fractures-luxations de la colonne thoraco-lombaire avec réduction	K	120

§ 2. Règles d'applications

1° Les prestations de l'article 14, n), ne peuvent pas être cumulées entre elles.

2° Par niveau, on entend un « niveau de mouvement » (disque intervertébral et articulations facettaires, par exemple C5-C6, L4-L5, ...) sauf quand il est explicitement indiqué « corporectomie » ou « spondylectomie totale ». Dans ce cas, on fait référence à la vertèbre elle-même (par exemple C5 ou L4).

La révision chirurgicale est un traitement chirurgical effectué à la suite d'un traitement chirurgical antérieur, au même niveau et qui effectuée dans les 60 jours suivant la première intervention ne peut pas être attestée. La révision chirurgicale est effectuée au même niveau, du même côté et selon la même voie d'abord (antérieure, latérale, postérieure).

Quand l'intervention chirurgicale est la révision d'une intervention effectuée plus de 60 jours avant la révision, un supplément d'honoraire de K 70 peut être porté en compte pour les prestations précédées du signe [^]. Ce supplément d'honoraire peut être attesté par le code 226612-226623.

Quand l'intervention chirurgicale est la révision d'une intervention effectuée plus de 60 jours avant la révision, un supplément d'honoraire de K 120 peut être porté en compte pour les prestations précédées du signe ^{^^}. Ce supplément d'honoraire peut être attesté par le code 226634-226645.

3° Les prestations qui ne sont pas précédées du signe [^] ou ^{^^} ne peuvent pas donner lieu au supplément d'honoraire pour révision.

4° Les prestations mentionnées sous le § 1.F. 'Management de complications spinales', 226472-226483, 226494-226505, 226516-226520, 226531-226542, 226553-226564 et 226575-226586 ne sont pas considérées comme une révision chirurgicale.

5° Le prélèvement éventuel de greffons et / ou l'utilisation peropératoire du neuromonitoring est compris dans la prestation et ne peut pas être attesté séparément.

6° Le remboursement des prestations de l'article 14, n), excepté les prestations reprises au paragraphe 1^{er}, II, A, est conditionné en application de l'article 9^{ter} de la loi et conformément aux finalités prévues par celui-ci, à l'enregistrement de données relatives à ces prestations.

Les données sont enregistrées dans le registre automatisé prévu à cet effet (Spine), géré par la Plate-forme Healthdata.be, au sein de Sciensano, en vertu de l'article 22, 20° de la loi.

L'INAMI et Sciensano sont responsables conjoints du traitement de ces données au sens des articles 4, (7) et 26 du Règlement général sur la protection des données.

L'obligation d'enregistrement visée s'applique à partir de la date communiquée sur le site web de l'INAMI aux prestataires de soins concernés informant que le registre est disponible, et au plus tard le 1^{er} janvier 2023.

Les catégories de données qui doivent être enregistrées pour les finalités poursuivies sont :

- a) identification du patient, de l'établissement de soins et du médecin
- b) raisons de l'admission (pathologies, antécédents et anamnèse)
- c) chirurgie (date et échelle de morbidité)
- d) implants
- e) mesures chirurgicales (matériel de fixation chirurgicale)
- f) hospitalisation (complications, interventions, durée, évaluation du résultat, date de sortie)

Les données sont conservées sous une forme pseudonymisées durant 30 ans après le décès du patient concerné. Ces données seront ensuite conservées sous une forme anonyme.

7° Les prestations de l'article 14, n), ne peuvent entrer en ligne de compte pour une intervention de l'assurance obligatoire que si elles sont effectuées dans un établissement hospitalier qui dispose d'une équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale, coordonnée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou neurochirurgie ou en médecine physique et réhabilitation. Le coordinateur travaille au moins 8/11 dans l'établissement hospitalier.

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale comporte toutes les disciplines impliquées dans la réalité clinique de l'établissement hospitalier lors de la prise en charge de patients présentant une pathologie de la colonne vertébrale et doit au moins disposer de :

- un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou en neurochirurgie ayant une expérience de la pathologie de la colonne vertébrale. Au moins un chirurgien orthopédiste ou un neurochirurgien a une expérience de trois ans minimum dans le traitement conservateur et chirurgical de la pathologie de la colonne vertébrale, et travaille au moins 8/11 dans l'établissement hospitalier ;
- un médecin spécialiste en médecine physique et réhabilitation ayant une expérience spécifique en pathologie de la colonne vertébrale. Au moins un des médecins visés travaille au moins 8/11 dans l'établissement hospitalier ;
- un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation ayant une expérience en algologie. Au moins un des médecins visés travaille au moins 8/11 dans l'établissement hospitalier.

L'équipe soignante multidisciplinaire pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale se charge de l'uniformisation et de la standardisation tant du diagnostic, que du traitement multidisciplinaire dont la réhabilitation et du suivi du patient porteur d'une pathologie de la colonne vertébrale, ainsi que de l'implémentation de l'itinéraire de soins pour la prise en charge de la pathologie de la colonne vertébrale. Les directives sont en accord avec les recommandations nationales et internationales, suivies et documentées en continu et doivent être utilisées sans porter préjudice au libre choix du patient.

De plus, l'équipe soignante se charge de l'organisation d'un accueil et triage 24/7 pour toutes les urgences de la pathologie de la colonne vertébrale.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 17 juin 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/32633]

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 37, § 1, laatstelijk gewijzigd bij de programmawet van 29 maart 2012;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 12 december 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 14 januari 2019;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 juni 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 17 juni 2021;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, verlengd met vijftien dagen, die op 6 juli 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 4 van het koninklijk besluit van 23 maart 1982 tot vaststelling van het persoonlijk aandeel van de rechthebbenden of van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging in het honorarium voor bepaalde verstrekkingen, vervangen bij het koninklijk besluit van 19 december 2014 en gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de bepaling onder 1° wordt aangevuld met de woorden „, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195”;

2° artikel 4 wordt aangevuld met een lid, luidende:

“Geen enkele rechthebbende is een persoonlijk aandeel verschuldigd in de honoraria voor de verstrekkingen aangeduid met de rangnummers 105291 – 105302, 105313 – 105324, 105335 – 105346 en 105350 – 105361, bedoeld in artikel 2, B/1, van de bijlage bij het voornoemd koninklijk besluit van 14 september 1984.”.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 juni 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/32633]

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations

PHILIPPE, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 37, § 1^{er}, modifié en dernier lieu par la loi-programme du 29 mars 2012 ;

Vu l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 12 décembre 2018 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 14 janvier 2019 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juin 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 17 juin 2021 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, prorogé de quinze jours, adressée au Conseil d'Etat le 5 juillet 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 4 de de l'arrêté royal du 23 mars 1982 portant fixation de l'intervention personnelle des bénéficiaires ou de l'intervention de l'assurance soins de santé dans les honoraires de certaines prestations, remplacé par l'arrêté royal du 19 décembre 2014 et modifié par l'arrêté royal du 15 décembre 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1° le 1° est complété par les mots « , 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 et 105195 » ;

2° l'article 4 est complété par un alinéa rédigé comme suit :

« Aucun bénéficiaire n'est redevable d'intervention personnelle dans les honoraires pour les prestations désignées par les numéros d'ordre 105291 – 105302, 105313 – 105324, 105335 – 105346 et 105350 – 105361 visées à l'article 2, B/1, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité. ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/32634]

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 37bis van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 37ter, tweede lid, ingevoegd bij de wet van 21 december 1994;

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 12 december 2018;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 14 januari 2019;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 7 juni 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van Staatssecretaris voor Begroting van 17 juni 2021;

Gezien de impactanalyse van de regelgeving, uitgevoerd overeenkomstig artikels 6 en 7 van de wet van 15 december 2013 houdende diverse bepalingen inzake administratieve vereenvoudiging;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, verlengd met vijftien dagen, die op 6 juli 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en op het advies van de in Raad vergaderde Ministers,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 37bis, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, ingevoegd bij de wet van 21 december 1994 en laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 december 2021 wordt de bepaling onder C, 1°, aangevuld met de woorden „, 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195”.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 juni 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/32634]

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 37bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 37ter, alinéa 2, inséré par la loi du 21 décembre 1994 ;

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 12 décembre 2018 ;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 14 janvier 2019 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 7 juin 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 17 juin 2021 ;

Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, prorogé de quinze jours, adressée au Conseil d'Etat le 6 juillet 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 37bis, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, inséré par la loi du 21 décembre 1994 et modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 décembre 2021, le C, 1°, est complété par les mots « , 105092, 105114, 105136, 105151, 105173 en 105195 ».

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/32635]

17 JUNI 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 25, § 2, 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

FILIP, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1°, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/32635]

17 JUIN 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 25, § 2, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 1°, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 ;

Gelet op 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;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van 20 oktober 2020;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 20 oktober 2020;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 30 november 2020;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 9 december 2020;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 14 december 2020;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 9 juli 2021;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 16 juli 2021;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 2 september 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 25, § 2, 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, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 15 maart 2022, worden de bepalingen onder 2° als volgt vervangen:

“2° Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een heelkundige ingreep ondergaat, wordt gedurende vijf dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald.

Deze immuniteitsperiode van vijf dagen gaat in de dag waarop de heelkundige behandeling wordt verricht.

Deze immuniteitsperiode is evenwel niet van toepassing voor de heelkundige ingrepen met een waarde hoger dan K 180, N 300, I 300, indien het toezicht wordt uitgeoefend door een arts-specialist in de inwendige geneeskunde, cardiologie, pneumologie, gastro-enterologie, neurologie, neuropsychiatrie, pediatrie, reumatologie of fysische geneeskunde en revalidatie, medische oncologie, geriatrie, die de heelkundige bewerking niet heeft uitgevoerd en die tot een ander medisch specialisme behoort dan de arts die de heelkundige bewerking heeft verricht.

Deze immuniteitsperiode is evenmin van toepassing voor de verstrekkingen inzake:

- Neurochirurgie voorzien in artikel 14, b), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan K 400 is.

- Heelkunde op de thorax voorzien in artikel 14, e), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is.

- Heelkunde op het abdomen voorzien in artikel 14, d), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan N 350 is.

- Bloedvatenheelkunde voorzien in artikel 14, f), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is.

- Urologie voorzien in artikel 14, j), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan K 300 is.

- Orthopedie: bloedige behandelingen, hals en romp, ledematen, voorzien in artikel 14, k), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan N 500 is.

- Gynecologie voorzien in artikel 14, g), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan K 225 is.

- Otorhinolaryngologie voorzien in artikel 14, i), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk aan K 400 is, alsook voor de verstrekkingen nrs. 256771-256782 en 257191-257202.

- Transplantaties voorzien in artikel 14, m).

- Neurochirurgie en orthopedie voorzien in artikel 14, n), waarvan de betreffende waarde hoger dan of gelijk is aan K 410.

Vu l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du 20 octobre 2020 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 20 octobre 2020 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 30 novembre 2020 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 9 décembre 2020 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 14 décembre 2020 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 juillet 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 16 juillet 2021 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'État le 2 septembre 2021, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 25, § 2, a), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 15 mars 2022, le 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention chirurgicale sont couverts pendant cinq jours par les honoraires prévus pour cette intervention.

Cette période d'immunisation de cinq jours débute le jour où l'intervention chirurgicale a eu lieu.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas aux interventions chirurgicales d'une valeur supérieure à K 180, N 300, I 300, si la surveillance est exercée par un médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en neuropsychiatrie, en pédiatrie, en rhumatologie ou en médecine physique et réadaptation, en oncologie médicale, en gériatrie, n'ayant pas pratiqué l'acte chirurgical et appartenant à une autre spécialité médicale que le médecin qui a réalisé l'intervention chirurgicale.

Toutefois, cette période d'immunisation ne s'applique pas non plus pour les prestations de :

- Neurochirurgie visées à l'article 14, b), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400.

- Chirurgie thoracique visées à l'article 14, e), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Chirurgie abdominale visées à l'article 14, d), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 350.

- Chirurgie vasculaire visées à l'article 14, f), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Urologie visées à l'article 14, j), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 300.

- Orthopédie : traitements sanguins, cou et tronc, membres visées à l'article 14, k), dont la valeur relative est supérieure ou égale à N 500.

- Gynécologie visées à l'article 14, g), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.

- Oto-rhino-laryngologie visées à l'article 14, i), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 400 ainsi que pour les prestations 256771-256782 et 257191-257202.

- Transplantations visées à l'article 14, m).

- Neurochirurgie et orthopédie visées à l'article 14, n), dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 410.

- Verloskunde nrs. 424056-424060, 424174-424185, 424196-424200 en alle verstrekkingen vernoemd in artikel 9, a), behalve de nrs. 422225, 422671 en 423673.

- Percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole waarvan de waarde gelijk aan of hoger dan I 800 is.

- Stomatologie waarvan de betrekkelijke waarde hoger dan of gelijk aan K 225 is.

Deze immuniteitsperiode is evenmin van toepassing voor de verstrekkingen bij patiënten die verblijven in een erkende dienst NIC of een erkende G-dienst.”

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

Art. 3. De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 juni 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
F. VANDENBROUCKE

- Obstétrique, n^os 424056-424060, 424174-424185, 424196-424200 et toutes les prestations citées à l'article 9, a), sauf les n^os 422225, 422671 et 423673.

- Prestations interventionnelles percutanées sous contrôle d'imagerie médicale dont la valeur est égale ou supérieure à I 800.

- Stomatologie dont la valeur relative est supérieure ou égale à K 225.

Cette période d'immunisation ne s'applique pas davantage aux prestations pour des patients admis dans un service NIC ou dans un service G agréés. »

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 juin 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
F. VANDENBROUCKE