

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 3294

[C - 2010/22411]

**18 AUGUSTUS 2010.** — Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 11, § 1, en 19, § 5, 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

ALBERT II, Koning der Belgen,  
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1998, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003, 22 december 2003, 9 juli 2004, 27 april 2005 en 27 december 2005, en § 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 10 augustus 2001, en bij het koninklijk besluit van 25 april 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 9 juni 2009;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 9 juni 2009;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie geneesheren-ziekenfondsen van 6 juli 2009;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op 9 december 2009;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 14 december 2009;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 18 maart 2010;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 11 juni 2010;

Gelet op advies 48.448/2 van de Raad van State, gegeven op 19 juli 2010, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 11, § 1, van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 april 2010, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> de omschrijving van de verstrekking 350372-350383 wordt vervangen als volgt :

« Eerste multidisciplinair oncologisch consult (eerste MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator »;

2<sup>o</sup> de volgende verstrekkingen worden na de verstrekking 350372-350383 ingevoegd :

« 350276-350280

Opvolgings-multidisciplinair oncologisch consult (opvolgings-MOC), geattesteerd door de geneesheer-coördinator ..... K 50  
350291-350302

Bijkomend multidisciplinair oncologisch consult (bijkomende MOC) in een ander ziekenhuis dan dit van het eerste MOC, op doorverwijzing, geattesteerd door de geneesheer-coördinator ..... K 80 »;

3<sup>o</sup> de omschrijving van de verstrekking 350416-350420 wordt vervangen als volgt :

« ° Deelname aan het multidisciplinair oncologisch consult door een arts die geen deel uitmaakt van de staf van ziekenhuisgeneesheren »;

4<sup>o</sup> de termen « , 350276-350280 en 350291-350302 » worden in de omschrijving van de verstrekking 350453-350464 ingevoegd, na de rangnummers « 350372-350383 »;

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 3294

[C - 2010/22411]

**18 AOUT 2010.** — Arrêté royal modifiant les articles 11, § 1<sup>er</sup>, et 19, § 5, 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

ALBERT II, 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<sup>er</sup>, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003, 9 juillet 2004, 27 avril 2005 et 27 décembre 2005 et § 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 10 août 2001, et par l'arrêté royal du 25 avril 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 9 juin 2009;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 9 juin 2009;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 6 juillet 2009;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 9 décembre 2009;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 14 décembre 2009;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 mars 2010;

Vu l'accord du Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 11 juin 2010;

Vu l'avis 48.448/2 du Conseil d'Etat, donné le 19 juillet 2010, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 11, § 1<sup>er</sup>, 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 18 avril 2010, sont apportées les modifications suivantes :

1<sup>o</sup> le libellé de la prestation 350372-350383 est remplacé comme suit :

« Première consultation oncologique multidisciplinaire (première COM), attestée par le médecin-coordonateur »;

2<sup>o</sup> les prestations suivantes sont insérées après la prestation 350372-350383 :

« 350276-350280

Concertation oncologique multidisciplinaire de suivi (COM de suivi), attestée par le médecin-coordonateur ..... K 50  
350291-350302

Concertation oncologique multidisciplinaire supplémentaire (COM supplémentaire) dans un hôpital autre que celui de la première COM, sur renvoi, attestée par le médecin-coordonateur ..... K 80 »;

3<sup>o</sup> le libellé de la prestation 350416-350420 est remplacé comme suit :

« ° Participation à la concertation oncologique multidisciplinaire par un médecin qui n'est pas membre de l'équipe de médecins hospitaliers »;

4<sup>o</sup> les termes « , 350276-350280 et 350291-350302 » sont ajoutés dans le libellé de la prestation 350453-350464, après les numéros d'ordre « 350372-350383 »;

5° de toepassingsregels die volgen op de verstrekking 350475-350486 worden opgeheven;

6° de volgende opschrift, verstrekkingen en toepassingsregels worden na de verstrekking 350475-350486 ingevoegd :

« Toelichting van de diagnose en van het voorstel van aanvullende onderzoeken, opvolging en behandelingsplan aan de patiënt volgens het verslag van het voorafgaand multidisciplinair oncologisch consult tijdens een afzonderlijk overleg met de patiënt :

350232

° door de behandelend erkende huisarts..... K 50

350254-350265

door de behandelend geneesheer-specialist die deelgenomen heeft aan het MOC..... K 50

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

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

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

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

Een eerste of opvolgings-MOC is verplicht voorafgaand aan :

a) elke oncologische behandeling die niet is opgenomen in of afwijkt van de in het kwaliteitshandboek van het betrokken ziekenhuis uitgeschreven protocollen;

b) elke chemotherapeutische behandeling met een geneesmiddel dat in een eerste fase van verzekeringstegemoetkoming door de Commissie tegemoetkoming geneesmiddelen werd aangeduid voor monitoring via het multidisciplinair oncologisch consult;

c) elke oncologische behandeling met gebruik van een verstrekking uit artikel 18 die wordt aangerekend door een geneesheer-specialist voor een ander specialisme dan de radiotherapie-oncologie of de nucleaire geneeskunde en die verwant is aan zijn specialisme.

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

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

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

a) de opvolging van een behandeling waarbij een objectieve noodzaak bestaat om de diagnose in vraag te stellen en/of de therapeutische planning aan te passen

en/of

b) de herhaling van een bestralingsreeks van eenzelfde doelgebied binnen de twaalf maanden, te rekenen vanaf de aanvangsdatum van de eerste bestralingsreeks.

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

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

5° les règles d'application qui suivent la prestation 350475-350486 sont abrogées;

6° l'intitulé, les prestations et les règles d'application suivants sont insérés après la prestation 350475-350486 :

« Explication du diagnostic et de la proposition d'examen complémentaires, suivi et plan de traitement communiqué au patient selon le rapport de la concertation oncologique multidisciplinaire préalable au cours d'une discussion séparée avec le patient :

350232

° par le médecin généraliste agréé traitant..... K 50

350254-350265

par le médecin spécialiste traitant qui a participé à la COM.. K 50

Au moins quatre médecins de spécialités différentes participent à la COM. Au moins un d'entre eux dispose d'une expérience particulière en chirurgie oncologique ou est agréé en tant que médecin spécialiste en oncologie médicale ou en radiothérapie-oncologie ou est titulaire d'un titre professionnel particulier en hématologie clinique ou en hématologie et oncologie pédiatrique.

Un des médecins fait fonction de coordinateur et rédige le rapport écrit reprenant une description du diagnostic et du plan de traitement.

Une concertation oncologique multidisciplinaire est demandée par écrit par le médecin de médecine générale traitant agréé ou avec droits acquis ou le médecin spécialiste traitant, à l'exclusion du médecin spécialiste en anatomie pathologique ou en biologie clinique ou en radiodiagnostic.

La prestation 350372-350383 (première COM) est organisée dans le cadre du traitement d'une nouvelle affection oncologique, à l'exception d'un carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire non compliqué.

Une première COM ou une COM de suivi précède obligatoirement :

a) chaque traitement oncologique qui n'est pas repris ou qui déroge aux protocoles définis dans le manuel de qualité de l'hôpital concerné;

b) chaque chimiothérapie par un médicament qui, dans une première phase de remboursement, a été désigné par la Commission de remboursement des médicaments pour faire l'objet d'un monitoring par la concertation oncologique multidisciplinaire;

c) chaque traitement oncologique faisant appel à une prestation de l'article 18 qui est attestée par un médecin spécialiste pour une spécialité autre que la radiothérapie-oncologie ou la médecine nucléaire et qui est liée à sa spécialité.

Par traitement, on entend ici le recours à la chirurgie, à la médication ou aux prestations mentionnées à l'article 18 dans une situation oncologique.

Si un traitement est établi sans COM, le médecin traitant conserve toutes les pièces motivant son choix à la disposition du médecin-conseil.

La prestation 350276-350280 (COM de suivi) n'est attestable qu'en cas de :

a) suivi d'un traitement présentant une nécessité objective de mise en question du diagnostic et/ou d'adaptation du planning thérapeutique

et/ou

b) répétition d'une série d'irradiations d'une même région cible dans les douze mois, à compter de la date du début de la première série d'irradiations.

Dans ce dernier cas, l'exécution préalable de la prestation 350276-350280 est en outre obligatoire.

La prestation 350291-350302 (COM supplémentaire) n'est attestable que si la première COM n'a pas donné lieu à un diagnostic définitif ou un plan de traitement concret, mais à un renvoi vers un autre hôpital disposant d'un programme de soins oncologique agréé.

De verstrekkingen 350372-350383, 350276-350280 en 350291-350302 zijn niet aanrekenbaar bij het aanvatten van de behandeling van een niet-verwikkeld spinocellulair of basocellulair carcinoom van de huid.

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

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

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

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

Ieder multidisciplinair oncologisch consult geeft aanleiding tot een schriftelijk verslag, opgesteld door de geneesheer-coördinator. Het verslag vermeldt de namen van de deelnemende geneesheren en van de aanvragende geneesheer.

Het bevat een initiële probleemstelling, een overzicht van de medische gegevens die voorhanden zijn en een uitwerking van de diagnose met uitspraak over de prognose. Het bevat verder een concreet behandelingsplan op korte en langere termijn met motivatie, rekening houdend met medische maar ook psychische en sociale argumenten.

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

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

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

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

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

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

**Art. 2.** In artikel 19, § 5, van dezelfde bijlage, vervangen bij het koninklijk besluit van 1 juni 2008, in de derde lid, worden de termen « of 350276-350280 of 350291-350302 » na de rangnummers « 350416-350420 » ingevoegd.

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op de eerste dag van de tweede maand na die waarin het is bekendgemaakt in het *Belgisch Staatsblad*.

**Art. 4.** De Minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 18 augustus 2010.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
belast met Maatschappelijke Integratie,  
Mevr. L. ONKELINX

Les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 ne sont pas attestables au début du traitement d'un carcinome épidermique spinocellulaire ou basocellulaire non compliqué.

La prestation 350394-350405 est attestable par maximum quatre médecins spécialistes de spécialités différentes, exclusivement à l'occasion des prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302.

La prestation 350416-350420 n'est attestable qu'en combinaison avec les prestations 350372-350383, 350276-350280 ou 350291-350302. Elle couvre également les frais de déplacement.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 ne sont pas cumulables entre elles par le même prestataire.

Les prestations 350372-350383, 350276-350280, 350291-350302, 350394-350405 et 350416-350420 requièrent la présence physique simultanée des différents médecins participants.

Chaque concertation oncologique multidisciplinaire donne lieu à un rapport écrit, rédigé par le médecin-coordonateur. Le rapport mentionne les noms des médecins participants et le nom du médecin qui en a fait la demande.

Il comporte une description du problème initial, un aperçu des données médicales disponibles et une élaboration du diagnostic avec prononcé sur le pronostic. Il comporte en outre un plan de traitement concret à court et plus long terme avec motivation, compte tenu d'arguments médicaux mais aussi psychiques et sociaux.

En cas de renvoi pour une concertation multidisciplinaire supplémentaire, le nom du deuxième hôpital est mentionné dans le rapport.

Le rapport est transmis à l'ensemble des médecins ayant participé à la concertation, au médecin qui en a fait la demande, au médecin généraliste du patient et au médecin-conseil de l'organisme assureur.

Les honoraires pour les prestations 350372-350383, 350276-350280 et 350291-350302 couvrent le rapport et l'enregistrement uniforme de l'affection oncologique sur un formulaire standardisé, établi par le Comité de l'assurance soins de santé et destiné au Registre du Cancer.

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent chacune être attestées qu'une seule fois et uniquement à la suite de la première concertation oncologique multidisciplinaire (prestation n° 350372-350383).

Au cours de la concertation multidisciplinaire il sera décidé, le cas échéant, quel médecin effectuera la prestation 350254-350265.

Les prestations 350232 et 350254-350265 ne peuvent pas être cumulées avec une consultation ou une visite. »

**Art. 2.** A l'article 19, § 5, de la même annexe, remplacé par l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> juin 2008, dans le troisième alinéa, les termes « ou 350276-350280 ou 350291-350302 » sont insérés après les numéros d'ordre « 350416-350420 ».

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au *Moniteur belge*.

**Art. 4.** Le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 18 août 2010.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
chargée de l'Intégration sociale,  
Mme L. ONKELINX