

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van **artikel 25** (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIETREGEL 1

VRAAG

Het honorarium voor de verlossing omvat gedurende tien dagen het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis ter verlossing opgenomen rechthebbende. Als de verlossing door een geneesheer wordt verricht, is er geen probleem. Mag de geneesheer een honorarium aanrekenen als de verlossing door een vroedvrouw wordt verricht en geneeskundig toezicht aangewezen is ?

ANTWOORD

Het voor de verlossing betaalde honorarium omvat het honorarium voor toezicht op de rechthebbende, zelfs wanneer de verlossing door een vroedvrouw is verricht.

Het is nochtans niet uitgesloten dat een geneesheer-specialist door de verantwoordelijke geneesheer van de kraaminrichting bij de rechthebbende kan worden geroepen. In dat geval mag het onder nr. 599082 Honorarium voor het onderzoek van een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende door een geneesheer-specialist op verzoek van de geneesheer die op hem toezicht uitoefent C 12 bepaalde honorarium worden vergoed onder de in die rubriek vastgestelde voorwaarden.

INTERPRETATIETREGEL 2

VRAAG

Heelkundige bewerkingen worden niet uitsluitend in de eigenlijke heelkundige diensten verricht. Vooral in de diensten voor oftalmologie, otorhinolaryngologie, urologie en gynaecologie worden talrijke operaties verricht. Moet derhalve, wanneer een heelkundige bewerking wordt verricht, het verblijf in dergelijke diensten, wat het honorarium voor toezicht betreft, worden gelijkgesteld met het verblijf in een heelkundige dienst ?

ANTWOORD

Het begrip dienst komt niet in aanmerking voor het vergoeden van het honorarium voor toezicht : het is de verrichte verstrekking die in aanmerking wordt genomen.

INTERPRETATIETREGEL 3

VRAAG

Mag het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende worden vergoed wanneer dit toezicht de eerste dag pas vrij laat en de dag van het ontslag nog vrij vroeg wordt uitgeoefend ?

ANTWOORD

Het koninklijk besluit van 14 september 1984 voorziet in een forfaitair honorarium per dag voor het toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende.

Dat honorarium is steeds gebonden aan de verpleegdag. Wanneer de voorwaarden voor het vergoeden van een verpleegdag niet zijn vervuld, beschouwt men dat er geen opneming is als bedoeld in de verzekering; het honorarium voor toezicht mag derhalve niet worden vergoed.

INTERPRETATIETREGEL 4

VRAAG

Een kinderarts maakt een "getuigschrift voor hulp verstrekt aan verpleegden" op voor de verstrekkingen nrs. 598404 C 16, 598021 C 6 en 598043 C 3, ten behoeve van een pasgeborene voor wie er evenwel geen opneming in een ziekenhuis in de eigenlijke betekenis is geweest. De kliniek heeft geen aanvraag om ziekenhuisverpleging doorgezonden en heeft geen verpleegdagen voor die pasgeborene aangerekend.

ANTWOORD

Het blijkt dat het kind zelf niet opgenomen geweest is vermits er geen kennisgeving van ziekenhuisverpleging bij de verzekeringsinstelling is ingediend en geen verpleegdagen voor het kind zijn aangerekend.

Derhalve gaat het om een klassiek geval en :

1. dekt de verpleegdagprijs, toegekend voor de moeder, de opneming van het kind gedurende tien dagen;
2. is het honorarium voor toezicht gedurende tien dagen gedekt door het honorarium betaald voor de verlossing;

Règles interprétatives relatives aux prestations de **l'article 25** (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Les honoraires pour l'accouchement comprennent les honoraires de surveillance pour la bénéficiaire hospitalisée à l'occasion de son accouchement durant une période de dix jours. Si l'accouchement est fait par un médecin, il n'y a pas de problème. Si l'accouchement est fait par une accoucheuse et qu'une surveillance médicale est indiquée, le médecin peut-il porter en compte des honoraires ?

REPONSE

Les honoraires payés pour l'accouchement comprennent les honoraires pour la surveillance de la bénéficiaire même lorsque l'accouchement a été fait par une accoucheuse.

Il n'est cependant pas exclu qu'un médecin spécialiste puisse être appelé auprès de la bénéficiaire par le médecin responsable de la maternité. Dans ce cas, les honoraires prévus sous le n° 599082 Honoraires pour l'examen par un médecin spécialiste d'un bénéficiaire hospitalisé à la demande du médecin qui en a la surveillance C 12 pourront être remboursés dans les conditions fixées sous cette rubrique.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Des interventions chirurgicales ne se pratiquent pas uniquement dans les services de chirurgie proprement dits. Les services d'ophtalmologie, d'oto-rhino-laryngologie, d'urologie et de gynécologie notamment procèdent à de nombreuses opérations. Au point de vue des honoraires de surveillance, le séjour dans de tels services doit-il dès lors être assimilé au séjour en service de chirurgie lorsqu'une intervention chirurgicale est pratiquée ?

REPONSE

La notion de service n'entre pas en ligne de compte pour le remboursement des honoraires de surveillance : c'est la prestation qui est effectuée qui est prise en considération.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Les honoraires dus pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé peuvent-ils être remboursés si cette surveillance s'est exercée assez tard le 1^{er} jour et assez tôt le jour du départ ?

REPONSE

L'arrêté royal du 14 septembre 1984 prévoit des honoraires journaliers forfaitaires pour la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé.

Ces honoraires sont toujours liés à la journée d'hospitalisation. Lorsque les conditions fixées pour le remboursement d'une journée d'hospitalisation ne sont pas remplies, l'on considère qu'il n'y a pas d'hospitalisation au sens de l'assurance et dès lors, les honoraires de surveillance ne peuvent être remboursés.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Un pédiatre établit une « attestation de soins donnés aux malades hospitalisés » pour les prestations n^{os} 598404 C 16, 598021 C 6 et 598043 C 3 en faveur d'un nouveau-né pour lequel il n'y a cependant pas eu hospitalisation au sens propre du mot. La clinique n'a pas transmis de demande d'hospitalisation et n'a pas porté de journée d'hospitalisation en compte pour ce nouveau-né.

REPONSE

Il apparaît que l'enfant n'a pas été hospitalisé pour son propre compte puisqu'aucun avis d'hospitalisation n'a été adressé à l'organisme assureur et qu'aucune journée d'entretien n'a été réclamée pour l'enfant.

Dans ces conditions, il s'agit d'un cas classique et :

1. le prix de journée d'entretien accordé pour la mère couvre l'hospitalisation de l'enfant pendant dix jours;
2. les honoraires de surveillance sont couverts pendant dix jours par les honoraires payés pour l'accouchement;

3. mag het honorarium voor bemoeiing van de geneesheer-specialist voor kindergeneeskunde, 599104 Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst M verblijft, door de pediater C 20 maximum tweemaal tijdens het verblijf van de pasgeborene in de dienst M, exclusief de verstrekkingen nrs. 598404 C 16, 598021 C 16 en 598043 C 3, worden vergoed.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Een gerechtigde is aangesloten bij een andere verzekeringsinstelling dan haar echtgenoot. Ze bevalt in een kraaminrichting. Bemoeiing van een specialist voor kindergeneeskunde binnen 10 dagen.

Welke verzekeringsinstelling moet verstrekking nr. 599104 Honorarium voor het klinisch onderzoek van een pasgeborene die in een dienst M verblijft, door de pediater C 20 vergoeden : die van de vader of die van de moeder ?

ANTWOORD

Behoudens uitzondering wordt het kind gedurende de 10 dagen na de geboorte niet zelf opgenomen : het volgt zijn moeder en een enkele verpleegdag wordt voor beiden op naam van de moeder vergoed.

Wanneer verstrekking nr. 599104 C 20 voor een pasgeborene wordt aangerekend, moet er bijgevolg noodzakelijk een logische band zijn met de persoon voor wie de verpleegdag wordt aangerekend. Als de moeder zelf gerechtigde is, komen de verstrekkingen ten laste van haar verzekeringsinstelling en niet ten laste van die van haar echtgenoot.

Wanneer het kind zelf wordt opgenomen, of wanneer het kind opgenomen blijft na het tijdvak van 10 dagen, zijn om het even welke verstrekkingen ten laste van de verzekeringsinstelling van de gerechtigde van wie het kind rechthebbende is.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Een rechthebbende is opgenomen in een neurologische kliniek (voltijdse opname). De behandelende psychiater brengt regelmatig honoraria voor toezicht in rekening.

Voorts gaat de zieke op raadpleging bij een neuropsychiater in diens spreekkamer in de stad, om er psychotherapiezittingen te volgen. Mag deze geneesheer-specialist voor iedere zitting een raadpleging of een psychotherapeutische behandelingszitting aanrekenen ?

ANTWOORD

Het honorarium voor toezicht dat wordt vergoed voor een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende, dekt het bezoek van alle geneesheren die toezicht komen uitoefenen.

De betaling van het honorarium voor toezicht sluit elke mogelijkheid uit tot vergoeding van het honorarium voor raadpleging of bezoek, waarin is voorzien in hoofdstuk II van de nomenclatuur, ongeacht of ze plaats hebben gehad buiten of in de verplegingsinrichting.

INTERPRETATIEREGEL 7

a) Het toezicht door een geneesheer-specialist voor inwendige pathologie gedurende het tijdvak dat valt vóór een eerste therapeutische heilkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking welke al dan niet plaats heeft binnen de eerste tien dagen opname, geeft aanleiding tot de vergoeding van het honorarium voor toezicht, ongeacht de duur van de post-operatieve periode.

Alleen ingeval het toezicht wordt uitgeoefend door een geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie, of een anesthesist of nog door een geneesheer die geen specialist voor uitwendige pathologie is en een therapeutische heilkundige of orthopedische of verloskundige bewerking verricht, en die bewerking plaats heeft binnen de eerste tien dagen opname, wordt de immuniteitsperiode gerekend vanaf de eerste dag opname onder toezicht van een dergelijk geneesheer (cf. art. 25, § 2, a), 2° en 3°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

b) Wanneer, tijdens een zelfde opnemingsperiode, verscheidene therapeutische heilkundige of orthopedische bewerkingen of verloskundige verstrekkingen elkaar opvolgen, maakt elke nieuwe ingreep een einde aan de vorige immuniteitsperiode en doet een nieuwe immuniteitsperiode van 10 dagen ingaan.

3. les honoraires pour l'intervention du médecin spécialiste en pédiatrie (599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20) peuvent être remboursés au malade au maximum deux fois pendant la durée du séjour du nouveau-né en service M, à l'exclusion des prestations n^{os} 598404 C 16, 598021 C 16 et 598043 C 3.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Une titulaire est affiliée à un organisme assureur différent de celui de son mari. Elle accouche dans une maternité. Un pédiatre intervient dans les 10 jours.

Quel organisme assureur doit rembourser la prestation n° 599104 Honoraires pour l'examen clinique par le pédiatre d'un nouveau-né séjournant en service M, C 20 : celui du père ou celui de la mère ?

REPONSE

Sauf exception, pendant les 10 jours qui suivent la naissance, l'enfant n'est pas hospitalisé pour son propre compte, il suit sa mère et une seule journée d'entretien est remboursée pour les deux, au nom de la mère.

Par conséquent, lorsque la prestation 599104 C 20 est portée en compte pour un nouveau-né, il faut nécessairement qu'il y ait corrélation avec la personne pour laquelle la journée d'hospitalisation est portée en compte. Si la mère elle-même est titulaire, les prestations sont à charge de son organisme assureur et non à charge de celui de son conjoint.

Lorsque l'enfant est hospitalisé pour son propre compte, ou lorsque l'enfant reste hospitalisé au-delà de la période de 10 jours, les prestations quelles qu'elles soient, sont à charge de l'organisme assureur du titulaire dont l'enfant est le bénéficiaire.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Un bénéficiaire est hospitalisé dans une clinique neurologique (hospitalisation à temps plein). Le psychiatre traitant porte régulièrement en compte des honoraires de surveillance.

Par ailleurs, le malade se rend en consultation chez un neuropsychiatre, dont le cabinet est situé en ville, pour y suivre des séances de psychothérapie. Ce spécialiste peut-il porter en compte à chaque séance une consultation ou une séance de traitement psychothérapeutique ?

REPONSE

Les honoraires de surveillance remboursés pour un bénéficiaire hospitalisé couvrent les visites de tous les médecins qui participent à cette surveillance.

Le paiement des honoraires de surveillance exclut toute possibilité de rembourser des honoraires de consultation ou de visite prévus au chapitre II de la nomenclature, qu'elles aient lieu au dehors ou dans l'établissement hospitalier.

REGLE INTERPRETATIVE 7

a) La surveillance par un médecin spécialiste en pathologie interne pendant la période qui précède une première intervention thérapeutique, chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale qui se situe ou non dans les dix premiers jours de l'hospitalisation donne lieu au remboursement des honoraires de surveillance et cela quelle que soit la durée de la période post-opératoire.

Ce n'est que dans le cas où la surveillance est faite par un médecin spécialiste en pathologie externe ou un anesthésiste ou un médecin non spécialiste en pathologie externe qui pratique une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou obstétricale et que l'intervention se situe dans les dix premiers jours de l'hospitalisation que la période d'immunisation se compte à partir du premier jour d'hospitalisation sous la surveillance d'un tel médecin (cf. art. 25, § 2, a), 2° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé).

b) Lorsque pendant une même période d'hospitalisation, plusieurs interventions thérapeutiques chirurgicales ou orthopédiques ou prestations obstétricales se succèdent, chaque nouvelle intervention met fin à la période d'immunisation précédente et ouvre une nouvelle période d'immunisation de 10 jours.

De zware heilkundige bewerkingen, bedoeld in artikel 25, § 2, a), 2°, derde lid van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen hebben evenwel geen immunisatie van het honorarium voor toezicht gedurende tien dagen tot gevolg.

(Die uitzonderingsregel blijft van toepassing wanneer een niet in artikel 25, § 2, a), 2°, derde lid, van de nomenclatuur bedoelde heilkundige bewerking, een ingreep inzake zware heilkunde voorafgaat of erop volgt).

c) De immuniteitsperiode van 10 dagen beoogt elke bloedige of onbloedige therapeutische heilkundige of orthopedische bewerking of verloskundige verstrekking van de hoofdstukken IV en V van de nomenclatuur, inclusief de gipsverbanden, maar met uitsluiting van de gipsafdrukken, alsmede elke percutane interventionele behandeling onder medische beeldvormingscontrole.

Nochtans, wanneer de waarde van de verstrekking of van de som van verscheidene verstrekkingen lager is dan die van het honorarium voor toezicht, mag de geneesheer één van die twee honoraria kiezen.

d) Er wordt geen einde gemaakt aan de immuniteitsperiode wanneer de rechthebbende terugkeert na een onderbreking van de opname van minder dan 4 dagen (minder dan 31 dagen in de diensten K, A, T, Sp-chronisch, G en Tf) en de dagen afwezigheid worden derhalve in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal geïmmuniseerde dagen. Hetzelfde geldt voor het honorarium voor toezicht: de dagen afwezigheid worden in aanmerking genomen voor het berekenen van het aantal dagen toezicht tijdens de afwezigheid, zonder dat zulks de betaling van het honorarium voor toezicht impliceert.

Er wordt evenmin een einde gemaakt aan de immuniteitsperiode van 10 dagen wanneer een geopereerde rechthebbende onder het toezicht komt van een geneesheer-specialist voor inwendige pathologie, of wanneer hij in een zelfde verplegingsinrichting van een dienst naar een andere wordt overgebracht, in ziekenhuizen die zijn gefusioneerd en waaraan slechts één erkenningsnummer is toegekend of nog in een ziekenhuisgroepering zoals bepaald in het koninklijk besluit van 30 januari 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

Als de rechthebbende daarentegen naar een andere verplegingsinrichting dan de hierbovenbedoelde wordt overgebracht, moet worden beschouwd dat er een nieuw opnemingsstijdvak begint.

e) In geval van overbrenging van de rechthebbende naar een andere dienst in een zelfde verplegingsinrichting, wordt het toezichtshonorarium geattesteerd, rekening houdende met het aantal dagen dat sinds het verblijf in de vorige dienst is verstreken. Het is derhalve niet toegestaan de toezichtshonoraria waarin voor het begin van de opname is voorzien, opnieuw te attesteren.

Dezelfde regel is ook van toepassing wanneer de overbrenging gebeurt tussen twee ziekenhuizen die tot een zelfde ziekenhuisgroepering behoren zoals bedoeld in het koninklijk besluit van 30 juni 1989 houdende vaststelling van aanvullende normen voor de erkenning van ziekenhuizen en ziekenhuisdiensten alsmede tot nadere omschrijving van de ziekenhuisgroeperingen en van de bijzondere normen waaraan deze moeten voldoen.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Honorarium voor toezicht wanneer men verstrekking nr. 257272 - 257283 Bronchoscope met extractie van vreemde lichamen K 120 verricht.

ANTWOORD

Aangezien het verwijderen van vreemde lichamen door bronchoscope een therapeutische heilkundige bewerking van afdeling 5. Heelkunde is, is geen honorarium voor toezicht verschuldigd gedurende tien dagen.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Een geneesheer die gelijktijdig erkend is als neuroloog en als neurochirurg, oefent toezicht uit op een van 1 tot 25.10 in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende en vraagt de volgende honoraria: 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.

De heilkundige bewerking die door een andere neurochirurg is verricht, had plaats op 7.10. Is de tarifiering juist?

Toutefois, les interventions chirurgicales lourdes, visées à l'article 25, § 2, a), 2°, 3° alinéa, de la nomenclature des prestations de santé, n'entraînent pas l'immunisation des honoraires de surveillance pendant dix jours.

(Cette règle d'exception reste d'application lorsqu'une intervention chirurgicale non visée à l'article 25, § 2, a), 2°, 3° alinéa, de la nomenclature, précède ou suit l'intervention de chirurgie lourde).

c) L'immunisation de 10 jours vise toute intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou prestation obstétricale - sanglante ou non - des chapitres IV et V de la nomenclature, y compris les plâtres mais à l'exclusion des prises de moulage, ainsi que tout traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale.

Toutefois, lorsque la valeur de la prestation ou de la somme de plusieurs prestations est inférieure à celle des honoraires de surveillance, le médecin peut choisir entre l'un ou l'autre de ces honoraires.

d) Il n'est pas mis fin à la période d'immunisation lorsque le bénéficiaire rentre après une interruption de l'hospitalisation de moins de 4 jours (moins de 31 jours en service K, A, T, Sp-chronique, G et Tf) et dès lors, les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours immunisés. Il en est de même pour les honoraires de surveillance: les jours d'absence sont pris en considération pour le calcul du nombre de jours de surveillance pendant l'absence sans que cela implique le paiement des honoraires de surveillance.

Il n'est pas mis fin non plus à la période d'immunisation de 10 jours lorsqu'un bénéficiaire opéré passe sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie interne, ni lorsqu'il est transféré d'un service à l'autre, au sein d'un même établissement hospitalier, au sein d'hôpitaux qui ont fusionné ensemble et auxquels un numéro d'agrément unique est attribué ou encore au sein d'un même groupement d'hôpitaux tel que défini par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

Par contre, en cas de transfert du bénéficiaire dans un établissement hospitalier autre que ceux visés ci-dessus, il faut considérer qu'une nouvelle période d'hospitalisation commence.

e) En cas de transfert du bénéficiaire dans un autre service au sein d'un même établissement hospitalier, les honoraires de surveillance sont attestés en tenant compte du nombre de jours écoulés lors du séjour dans le service précédent. Il n'est dès lors pas permis d'attester à nouveau les honoraires de surveillance prévus en début d'hospitalisation.

La même règle s'applique aussi lorsque le transfert a lieu entre deux hôpitaux appartenant à un même groupement d'hôpitaux tel que visé à l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter ou entre deux hôpitaux qui ont fusionné ensemble et qui ont dès lors un numéro d'agrément unique.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Honoraires de surveillance lorsqu'on effectue la prestation n° 257272 - 257283 Bronchoscope avec extraction de corps étrangers K 120.

REPONSE

L'extraction de corps étrangers par bronchoscope étant une intervention thérapeutique de la section 5, Chirurgie, aucun honoraire de surveillance n'est dû pendant dix jours.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Un médecin ayant simultanément l'agrément de neurologue et de neurochirurgien exerce la surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé du 1 au 25.10 et réclame les honoraires suivants: 598404 C 16 x 5, 598021 C 6 x 1, 598043 C 3 x 9.

L'intervention chirurgicale pratiquée par un autre neurochirurgien se situe au 7.10. La tarification est-elle exacte?

ANTWOORD

Wegens zijn dubbele erkenning als specialist voor inwendige pathologie en voor uitwendige pathologie is op de geneesheer artikel 25, § 2, a), 2°, eerste lid, van toepassing, dat luidt :

« Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een therapeutische heekkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstreking ondergaat, wordt gedurende 10 dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald. Die 10 dagen moeten worden berekend vanaf de eerste opnemingsdag van de rechthebbende onder het toezicht van een geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie of van een geneesheer-specialist voor anesthesie. »

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Mag het honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende of het honorarium voor raadpleging worden aangerekend in de gevallen die zijn bedoeld in artikel 4, §§ 4, 5 en 6, van de nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen ?

ANTWOORD

1. In de gevallen die zijn opgesomd in artikel 4, § 4 (maxiforfeit), § 5 (forfeit A, B, C of D) en § 6 (nierdialyse) van de nationale overeenkomst tussen de verzekeringsinstellingen en de verplegingsinrichtingen, moeten de geneeskundige honoraria voor toezicht worden toegepast (artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen).

Er mag geen honorarium voor raadpleging worden aangerekend

2. In de gevallen, opgesomd in artikel 4, § 3 (miniforfeit) en § 7 (gipskamer) van de overeenkomst met de verplegingsinrichtingen gaat het niet om ter verpleging opgenomen rechthebbenden en in dat geval is de regeling inzake het honorarium voor toezicht niet van toepassing; het honorarium voor raadpleging mag in rekening worden gebracht, eventueel binnen de perken van de bepalingen van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Een rechthebbende bevalt in een kliniek zonder de hulp van een geneesheer of van een vroedvrouw; mag het honorarium voor toezicht worden vergoed aan de geneesheer die het postnataal toezicht op de betrokkene uitoefent ?

ANTWOORD

Wanneer het honorarium voor verlossing of elke andere verloskundige verstreking niet in rekening is gebracht, met name wegens het feit dat geen enkele bevoegde verstreker die verstreking heeft verricht, is het honorarium voor toezicht verschuldigd op basis van de bepalingen van artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Veelvuldige tandextracties onder algemene anesthesie : de voorwaarde betreffende de algemene toestand van de patiënt is niet vervuld, de andere voorwaarden van artikel 15, § 9, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen zijn wel vervuld : is er immuniteit voor het honorarium voor toezicht ?

ANTWOORD

In het raam van de bepalingen van artikel 15, § 9, van de nomenclatuur, dekt het honorarium voor veelvuldige tandextracties onder algemene anesthesie het toezicht op de rechthebbende gedurende 10 dagen. Indien de verstreking nr. 317214 - 317225 + Extractie onder algemene anesthesie van minimum 8 tanden, inclusief alveolectomie en eventuele hechtingen K 125 niet mag worden geattesteerd, is het honorarium voor toezicht verschuldigd.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder de woorden "geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie" die voorkomen in artikel 25, § 2, a), 2°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen ?

REPONSE

Du fait de sa double reconnaissance comme spécialiste en pathologie interne et en pathologie externe, le médecin tombe sous l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, premier alinéa, qui prévoient que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention. Ces 10 jours se comptent à partir du premier jour d'hospitalisation du bénéficiaire sous la surveillance d'un médecin spécialiste en pathologie externe ou d'un médecin spécialiste en anesthésie. »

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Peut-on porter en compte des honoraires de surveillance des bénéficiaires hospitalisés ou des honoraires de consultation dans les cas visés à l'article 4, §§ 4, 5 et 6 de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers ?

REPONSE

1. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 4 (maxi forfait), § 5 (forfait A, B, C ou D) et § 6 (dialyse rénale) de la convention nationale entre les organismes assureurs et les établissements hospitaliers, le régime des honoraires médicaux de surveillance doit être appliqué (article 25 de la nomenclature des prestations de santé).

Des honoraires de consultation ne peuvent pas être portés en compte.

2. Dans les cas énumérés à l'article 4, § 3 (mini forfait) et § 7 (salle de plâtre) de la convention hospitalière, les patients ne peuvent pas être considérés comme des bénéficiaires hospitalisés et le régime des honoraires de surveillance n'est pas applicable en l'occurrence; les honoraires de consultation peuvent être portés en compte éventuellement dans les limites prévues par les dispositions de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une bénéficiaire accouche en clinique sans l'aide d'un médecin ou d'une accoucheuse : peut-on rembourser les honoraires de surveillance au médecin qui assure la surveillance post-natale de l'intéressée ?

REPONSE

Lorsque les honoraires pour accouchement ou toute autre prestation obstétricale n'ont pas été portés en compte, notamment en raison du fait qu'aucun prestataire qualifié n'a pratiqué cette prestation, les honoraires de surveillance sont dus sur base des dispositions de l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Extractions dentaires multiples sous anesthésie générale : la condition relative à l'état général du patient n'est pas réalisée, les autres critères prévus à l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé sont remplis : y a-t-il immunisation des honoraires de surveillance ?

REPONSE

Dans le cadre des dispositions de l'article 15, § 9, de la nomenclature des prestations de santé, les honoraires pour les extractions dentaires multiples sous anesthésie générale couvrent la surveillance du bénéficiaire pendant 10 jours. Si la prestation 317214 - 317225 + Extraction sous anesthésie générale, de 8 dents au moins, y compris l'alvéolectomie et les sutures éventuelles K 125 ne peut pas être attestée, les honoraires de surveillance sont dus.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Que faut-il entendre par les termes « médecin spécialiste en pathologie externe » repris à l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé ?

ANTWOORD

Voor de toepassing van de bepalingen van artikel 25, § 2, a), 2°, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen dient onder geneesheer-specialist voor uitwendige pathologie, te worden verstaan, de geneesheren die erkend zijn voor de heelkundige specialismen die zijn opgesomd in de punten a) tot l) van artikel 14 dat als volgt begint : "Worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaaming is vereist van geneesheer-specialist voor één van de disciplines die tot de uitwendige pathologie behoren".

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Onder welke nummers moet het toezichtshonorarium worden geattesteerd voor de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie of voor reumatologie voor de eerste vijf dagen hospitalisatie van een patiënt in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch ?

ANTWOORD

Deze toezichtshonoraria moeten worden geattesteerd onder het nummer

599384

Honorarium voor toezicht op de in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaaming van de geneesheer aan wie het verschuldigd is : de eerste vijf dagen, per dag C 12

of

598323

Honorarium voor toezicht op de in een dienst Sp-cardiopulmonair, Sp-neurologie of Sp-locomotorisch opgenomen rechthebbende, ongeacht de bekwaaming van de geneesheer aan wie het verschuldigd is : door een geaccrediteerde geneesheer, de eerste vijf dagen, per dag C 12 + Q 30

naargelang het geval en niet onder het nummer :

598404

Honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende dat verschuldigd is aan de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie, voor reumatologie : eerste vijf dagen, per dag C 16

of

598146

Honorarium voor toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende dat verschuldigd is aan de geaccrediteerde geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor neurologie, voor pediatrie, voor reumatologie : eerste vijf dagen, per dag C 16 + Q 30.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Moet er immunisatie van het honorarium voor toezicht, voorzien in artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen worden toegepast voor de verstrekking 424056 - 424060 Cardiocografie vóór de geboorte (met uitsluiting van de cardiocografieën, verricht de dag van de verlossing) : gecombineerd registreren van de hartfrequentie van de foetus, van de intensiteit en van de frequentie van de contracties, met een minimumduur van een half uur, met protocol en uittreksel uit de tracés, per dag K 25 ?

ANTWOORD

Artikel 25, § 2, a) 2° van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt :

« Het honorarium voor toezicht op een in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende die een therapeutische heelkundige of orthopedische bewerking of een verloskundige verstrekking of een percutane interventionele behandeling onder medische beeldvormingscontrole ondergaat, wordt gedurende tien dagen gedekt door het honorarium dat voor die bewerking is bepaald ... ».

De verstrekking 424056 - 424060 K 25 is ondergebracht in het hoofdstuk Verlossingen, maar het gaat om een diagnostische handeling.

Daar het niet gaat om een bewerking, moet er geen immunisatie van het toezichtshonorarium, voorzien in artikel 25 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, worden toegepast.

Deze toezichtshonoraria mogen dientengevolge worden geattesteerd onder de voorwaarden, vastgesteld in artikel 25 van de nomenclatuur.

REPONSE

Pour l'application des dispositions de l'article 25, § 2, a), 2°, de la nomenclature des prestations de santé, par «médecin spécialiste en pathologie externe», il faut entendre les médecins agréés dans les spécialités chirurgicales citées aux points a) à l) de l'article 14 qui débute par : « Sont considérés comme prestations qui requièrent la qualification de médecin spécialiste dans une des disciplines relevant de la pathologie externe ».

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

Pour les cinq premiers jours d'hospitalisation, sous quels numéros faut-il attester les honoraires de surveillance du médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie ou en rhumatologie, pour un patient hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur ?

REPONSE

Ces honoraires de surveillance doivent être attestés sous le numéro

599384

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : les cinq premiers jours, par jour C 12

ou

598323

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dans un service Sp-cardiopulmonaire, Sp-neurologie ou Sp-locomoteur, quelle que soit la qualification du médecin auquel ils sont dus : par un médecin accrédité, les cinq premiers jours, par jour C 12 + Q 30

selon le cas, et non sous le numéro

598404

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16

ou

598146

Honoraires de surveillance du bénéficiaire hospitalisé dus au médecin accrédité spécialiste en médecine interne, en cardiologie, en pneumologie, en gastro-entérologie, en neurologie, en pédiatrie, en rhumatologie : les cinq premiers jours, par jour C 16 + Q 30.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La prestation 424056 - 424060 Cardiocographie anténatale (à l'exclusion des cardiocographies effectuées le jour de l'accouchement) : enregistrement combiné du rythme cardio-foetal, de l'intensité et de la fréquence des contractions, d'une durée minimale d'une demi-heure, avec protocole et extraits des tracés, par jour K 25 entraîne-t-elle l'immunisation des honoraires de surveillance prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé ?

REPONSE

L'article 25, § 2, a) 2°, de la nomenclature des prestations de santé précise que :

« Les honoraires de surveillance d'un bénéficiaire hospitalisé qui subit une intervention thérapeutique chirurgicale ou orthopédique ou une prestation obstétricale ou un traitement interventionnel percutané sous contrôle d'imagerie médicale, sont couverts pendant 10 jours par les honoraires prévus pour cette intervention... ».

La prestation 424056 - 424060 K 25 est classée dans le chapitre des accouchements mais il s'agit d'un acte diagnostique.

Etant donné qu'il ne s'agit pas d'une intervention, la prestation 424056 - 424060 K 25 n'entraîne pas l'immunisation des honoraires de surveillance, prévus à l'article 25 de la nomenclature des prestations de santé.

Ces honoraires de surveillance peuvent dès lors être attestés dans les conditions prévues à l'article 25 de la nomenclature.

INTERPRETATIEREGEL 16

VRAAG

1. De modaliteiten inzake facturering van honoraria voor raadplegingen en technische handelingen in het raam van een opdracht van een mobiele urgentiegroep (MUG).

2. De modaliteiten inzake facturering van honoraria voor raadplegingen van de specialisten en voor technische handelingen in het raam van een erkende gespecialiseerde dienst voor spoedgevallen.

Het is belangrijk dat men precies weet wie wat mag factureren en vanaf welk ogenblik een patiënt die voor toezicht in een spoedgevallendienst wordt opgenomen als een ter verpleging opgenomen patiënt mag worden aangezien (na 12, 24, 25,... uur?).

3. Bestaat er een honorarium of een forfait voor toezicht in een spoedgevallendienst?

Hierna gaan enkele voorbeelden :

A) Een patiënte van 21 jaar wordt dringend opgenomen wegens acuut abdomen met pijn ter hoogte van de rechter fossa iliaca. Een specialist in spoedeisende geneeskunde onderzoekt de patiënte. Hij verricht een blaaskatheterisme met het oog op een urine-onderzoek, vraagt een klinische biologie, een acuut abdomen en een echografie van het bekken. De bijgeroepen chirurg onderzoekt eveneens de patiënte. Hij vraagt het advies van de gynaecoloog die een transvaginale echografie uitvoert. Aangezien in de urine een weinig bloed wordt aangetroffen wordt het advies gevraagd van een uroloog die een echografie van de nieren en een cystoscopie uitvoert.

Aangezien alle onderzoeken negatief zijn wordt de patiënte gedurende 24 uur onder toezicht geplaatst. De symptomen blijven, er wordt beslist de patiënte op te nemen en er wordt een exploratieve laparoscopie uitgevoerd.

B) Een patiënt collapseert in een supermarkt. Hij heeft een open schedelwonde en een polsfractuur. De MUG komt ter plaatse en de MUG-arts reanimeert de patiënt en plaatst een centrale veneuze katheter. De patiënt wordt naar de spoedgevallendienst overgebracht. De specialist in spoedeisende geneeskunde onderzoekt de patiënt, plaatst een blaaskatheter en hecht de wonde. Hij roept de chirurg die de fractuur zet en een gipsverband aanbrengt. Hij vraagt het advies van de neuroloog die de patiënt onderzoekt maar niets bijzonders vaststelt. Ondertussen is de patiënt spontaan hersteld. Hij weigert verdere controle en verlaat op eigen initiatief het ziekenhuis.

C) Een patiënt wordt buiten bewustzijn naar een privé-kliniek gebracht. De specialist in spoedeisende geneeskunde verricht een intubatie en een blaaskatheterisatie. Het electrocardiogram verraadt een infarct van de achterwand met opstoten van ritme stoornissen. De opgeroepen internist neemt de behandeling over en laat de patiënt opnemen in de bewakingsafdeling waar een thrombolysie wordt geïnstalleerd.

D) Een patiënt komt naar de spoedgevallendienst wegens een wespenteek. Ogenschijnlijk is er geen enkel acuut symptoom van allergie. Hij wordt verzorgd en verlaat het ziekenhuis. Na dertig minuten komt hij terug met evidente symptomen van ademnood en een oedeem van Quincke. Hij wordt 24 uur opgenomen in de spoedgevallendienst en verlaat het ziekenhuis.

ANTWOORD

1. De geneesheer die met de MUG meegaat mag geen raadpleging of huisbezoek aanrekenen.

De technische handelingen die in het raam van een MUG-opdracht worden verricht moeten onder de nummers voor de niet opgenomen patiënten worden geattesteerd, voor zover aan de criteria van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen is voldaan.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen omvat onder meer de verstrekking 214233-214244 Installatie van een toezicht op de gecontroleerde beademing onder endotracheale intubatie of tracheotomie en op de hartfunctie met gebruik van een waaktoestel dat op zijn minst bestendig het electrocardiogram volgt, tijdens het begeleiden van het dringend transport van een patiënt in een vermedicaliseerde ambulance... N 150. De toepassingsregels voor die verstrekking zijn vastgesteld in artikel 13 van de nomenclatuur. Die verstrekking mag niet worden gecumuleerd met de verstrekking 590472 Honorarium voor geneeskundige bijstand verleend door een arts van een erkende functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg, in het kader van een extra-murale medische interventie van een mobiele urgentiegroep, ingevolge van een oproep naar het éénvormig oproepstelsel "100" ... A 50.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

1. Modalité de facturation d'honoraires de consultations et d'actes techniques dans le cadre d'une mission d'un service mobile d'urgence (SMUR).

2. Modalités de facturation d'honoraires de consultations des spécialistes et d'actes techniques dans le cadre du service d'urgence spécialisé agréé.

En détail, il est important de savoir qui peut facturer quoi et deuxièmement, à partir de quel moment un patient admis pour surveillance dans un lit du service d'urgence peut être considéré comme hospitalisé (après 12 h, 24 h, 25 h etc.).

3. Existe-t-il un honoraire ou un forfait de surveillance en urgence ?

Pour illustrer la question, voici quelques exemples :

A) Une patiente de 21 ans est admise en urgence pour abdomen aigu avec douleurs à la fosse iliaque droite. Le médecin urgentiste examine la patiente. Il pratique un cathétérisme vésical pour un examen d'urine, demande une biologie, un abdomen aigu et une échographie du pelvis. Le chirurgien est appelé qui examine également la patiente. Il désire l'avis du gynécologue qui fait une échographie transvaginale. Comme il y a un peu de sang dans les urines, on demande l'avis de l'urologue qui fait une échographie des reins et une cystoscopie.

Tous ces examens restant négatifs, on met la patiente en surveillance pendant 24 heures. La symptomatologie persiste, on décide l'hospitalisation et on pratique une laparoscopie exploratrice.

B) Un patient collapse dans un grand magasin. Il présente une plaie ouverte au crâne et une fracture du poignet. Le SMUR étant appelé sur place, le médecin du SMUR fait une réanimation et place un cathéter veineux central. Le patient est emmené aux urgences. Il est vu par l'urgentiste qui place un cathéter vésical et suture la plaie. Il appelle le chirurgien qui réduit la fracture et met un plâtre. Il demande l'avis du neurologue qui ne trouve rien de particulier dans ses examens. Entre-temps, le patient s'est bien rétabli spontanément, refuse une surveillance supplémentaire et quitte l'hôpital de son propre gré.

C) Un patient est amené en privé, inconscient. L'urgentiste pratique une intubation, un sondage vésical. L'électrocardiogramme montre un infarctus de la paroi postérieure avec des accès de troubles de rythme. L'interniste est appelé et reprend le traitement et hospitalise le patient aux soins intensifs où une thrombolysie est installée.

D) Un patient arrive aux urgences avec une piqûre de guêpe. Il ne montre apparemment aucun symptôme aigu d'allergie. On le soigne. Il quitte l'hôpital. Après 30 minutes il revient et montre des signes évidents de détresse respiratoire avec un oedème de Quincke. Il est admis aux urgences pendant 24 heures, puis il quitte l'hôpital.

REPPONSE

1. Aucune consultation ou visite à domicile ne peut être portée en compte par le médecin qui accompagne le SMUR.

Les actes techniques effectués dans le cadre d'une mission du SMUR doivent être attestés sur base des numéros réservés aux patients non hospitalisés, et ce, pour autant que tous les critères fixés par la nomenclature des prestations de santé soient réalisés.

La nomenclature des prestations de santé prévoit notamment la prestation 214233-214244 Installation et surveillance de la respiration contrôlée sous intubation endotrachéale ou trachéotomie et de la fonction cardiaque avec utilisation d'un appareil de monitoring qui suit au moins en permanence l'électrocardiogramme pendant l'accompagnement du transport urgent d'un patient dans une ambulance médicalisée N 150, pour laquelle des règles d'application sont prévues à l'article 13 de la nomenclature. Cette prestation n'est pas cumulable avec la prestation 590472 Honoraires pour assistance médicale donnée par un médecin d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés, dans le cadre d'une intervention médicale extra-muros d'un service mobile d'urgence suite à un appel au centre d'appel unifié « 100 »... A 50.

De verstrekking 214233-214244 vereist de bekwaaming van geneesheer, specialist voor inwendige geneeskunde, voor cardiologie, voor pneumologie, voor gastro-enterologie, voor reumatologie, voor pediatrie, voor anesthesiologie, voor heelkunde, voor neurochirurgie, voor orthopedie, voor plastische heelkunde, voor urologie of voor neurologie.

2. In verband met de tarifiering van de verstrekkingen die in een spoedgevallendienst worden verricht, en inzonderheid wat de raadpleging betreft, kan worden herinnerd aan de interpretatieregule nr. 14 betreffende artikel 2 :

« De cumulatie van de raadpleging en het honorarium voor toezicht is niet toegestaan ingeval de patiënt wordt opgeroepen door een geneesheer van de verzorgingsinrichting, wordt gestuurd door zijn behandelend geneesheer of dringend in een verzorgingsinrichting wordt opgenomen om er te worden verpleegd. »

Voorts wordt in de Omzendbrief VI nr. 84/382 van 7 december 1984 toegelicht dat : «de situatie van de patiënt op het tijdstip dat de verstrekking daadwerkelijk wordt verleend, doorgaans bepalend is voor de keuze van het volgnummer; nochtans moet voor de verstrekkingen inzake klinische biologie, pathologische anatomie of nucleaire geneeskunde in vitro de vraag of het om een « ambulante » dan wel om een « ter verpleging opgenomen » patiënt gaat, worden beantwoord in functie van het tijdstip waarop het voorschrift wordt opgemaakt.

De hoedanigheid van « ter verpleging opgenomen patiënt » wordt geacht te bestaan vanaf het uur en de datum van opneming in het ziekenhuis zoals ze zijn vermeld op het document van kennisgeving van ziekenhuisverpleging. »

De analyses die worden voorgeschreven voor een patiënt die zich in de dienst spoedgevallen in het ziekenhuis aanmeldt, mogen worden geattesteerd onder de nummers die zijn voorbehouden voor de ambulante patiënten voor zover de resultaten vóór de opneming zijn bekend en bijgedragen hebben tot de beslissing inzake opneming.

De raadpleging die daadwerkelijk dringend wordt verricht vooraleer wordt beslist de patiënt op te nemen, mag eveneens worden geattesteerd. In die onvoorzienbare of dringende situaties, is er geen tegenstrijdigheid met de hierboven vermelde interpretatieregule nr. 14.

Het mag niet gaan om een systematische procedure die zou worden toegepast op patiënten uit wier toestand dadelijk blijkt dat zij moet worden opgenomen.

Voorts, ingeval een patiënt zich in het ziekenhuis aanbiedt om er te worden opgenomen en bij hem enkele onderzoeken worden uitgevoerd om vervolgens naar een andere inrichting te worden overgebracht, moeten de in het eerste ziekenhuis verrichte analyses worden getarifeerd onder de codenummers die zijn vastgesteld voor de ter verpleging opgenomen patiënten.

— De verstrekkingen moeten worden geattesteerd op naam van de zorgverlener die ze heeft verricht, voor zover hij de door de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vereiste bekwaaming bezit.

De verstrekkingen die worden verricht door een algemeen geneeskundige, houder van een brevet acute geneeskunde moeten, onder de codenummers die toegankelijk zijn voor de algemeen geneeskundige, op naam van die geneesheer worden geattesteerd.

Waar het gaat om de verstrekkingen die door een geneesheer, kandidaat-specialist, worden verricht, moet worden verwezen naar de bepalingen van de artikelen 1, § 4ter, en 10, § 2, van de nomenclatuur.

La prestation 214233-214244 requiert la qualification de médecin spécialiste en médecine interne, cardiologie, pneumologie, gastro-entérologie, rhumatologie, pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie générale, neurochirurgie, ortho-pédie, chirurgie plastique, urologie ou neurologie.

2. En ce qui concerne la tarification des prestations effectuées dans le service des urgences, et en particulier en ce qui concerne la consultation, on peut rappeler la règle interprétative n° 14 : relative à l'article 2 qui prévoit que :

« Le cumul entre la consultation et les honoraires de surveillance n'est pas permis dans le cas où le patient est convoqué par un médecin de l'établissement de soins, est envoyé par son médecin traitant ou entre d'urgence dans un établissement de soins, pour y être hospitalisé. »

D'autre part, la circulaire OA n° 84/382 du 7 décembre 1984 précise que : «en règle générale, c'est la situation du patient au moment où la prestation est effectivement dispensée qui est déterminante pour le choix du numéro d'ordre; toutefois pour les prestations de biologie clinique, d'anatomo-pathologie ou de médecine nucléaire in vitro, le caractère « ambulante » ou « hospitalisé » doit être déterminé en fonction du moment de l'établissement de la prescription.

La qualité «d'hospitalisé» du patient est censée exister depuis l'heure et date d'admission à l'hôpital, telles que figurant sur le document de notification d'hospitalisation.»

Les analyses prescrites à un patient qui se présente en urgence à l'hôpital peuvent être attestées sous les numéros réservés aux patients ambulants pour autant que les résultats soient connus avant l'hospitalisation et soient contributifs à la décision d'admission.

La consultation réellement effectuée en urgence avant que ne soit prise la décision d'hospitaliser le patient peut également être attestée. Dans ces situations imprévisibles ou d'urgence, l'on ne se trouve pas en contradiction avec la règle interprétative n° 14 susmentionnée.

Il ne peut pas s'agir d'une procédure systématique qui serait appliquée aux patients dont l'état démontre d'emblée qu'une hospitalisation s'impose.

Par ailleurs, dans le cas où un patient se présente à l'hôpital pour y être hospitalisé, subit quelques examens et est transféré ensuite dans un autre établissement hospitalier, les analyses effectuées dans le premier hôpital doivent être tarifées sous les numéros de code prévus pour les patients hospitalisés.

— Les prestations doivent être attestées au nom du prestataire qui les a effectuées, pour autant qu'il possède la qualification requise par la nomenclature des prestations de santé.

Les prestations effectuées par un médecin de médecine générale porteur d'un brevet de médecine aiguë doivent être attestées au nom de ce médecin sous les numéros de code accessibles au médecin généraliste.

Toutefois, en ce qui concerne les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 1^{er}, § 4ter, et 10, § 2 de la nomenclature.

De verstrekkingen die door een geneesheer, kandidaat-specialist, worden verricht, moeten, op grond van de in artikel 1, § 4^{ter}, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vastgestelde voorwaarden inzake toezicht op de stage, tegen 100 % (door de stagemeester) en tegen 75 % (door de kandidaat-specialist) worden geattesteerd.

Het moet altijd gaan om verstrekkingen die worden verricht in het raam van het door de bevoegde erkenningscommissie goedgekeurde stageplan.

— Een patiënt die met het oog op een toezicht in een bed van de spoedgevallendienst wordt opgenomen wordt beschouwd in een ziekenhuis te zijn opgenomen zodra de geneesheer het nodig acht hem in het ziekenhuis onder toezicht te houden, voor zover het verblijf ten minste één nacht behelst en aan de medische criteria voor de vergoeding van een verpleegdag is voldaan (cf. artikel 9, § 1, van het koninklijk besluit van 24 december 1963 houdende verordening op de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen).

3. De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen omvat geen specifiek forfait voor toezicht voor de patiënten die in een spoedgevallendienst worden onderzocht en behandeld.

Voor de raadplegingen en de dringende technische verstrekkingen moet worden gesteund op de artikelen 2, A en F, en 26 van de nomenclatuur.

Hierna volgen de antwoorden betreffende de concrete voorbeelden :

A. Als het niet onmiddellijk duidelijk is dat de patiënte moet worden opgenomen, moet worden beschouwd dat ze ter verpleging is opgenomen zodra de geneesheer heeft beslist haar gedurende 24 uur onder toezicht te plaatsen.

De technische handelingen die aan die beslissing voorafgaan moeten worden geattesteerd onder de codenummers waarin is voorzien voor de niet ter verpleging opgenomen patiënten.

De specialist in spoedeisende geneeskunde mag een raadpleging attesteren als de opneming van de patiënte niet direct kon worden voorzien.

De drie geneesheren, specialisten voor uitwendige pathologie mogen voor het onderzoek van de patiënte één enkele raadpleging attesteren voor zover bij die verschillende onderzoeken niet is gebleken dat de opneming van de patiënte onvermijdelijk was en voor zover de specialist in spoedeisende geneeskunde zelf geen erkenning heeft in een heelkundige discipline.

B. Al de voor die patiënt verrichte verstrekkingen moeten worden geattesteerd onder de codenummers waarin is voorzien voor de niet opgenomen patiënten.

C. Zodra de patiënt in het ziekenhuis aankomt moet hij als een opgenomen patiënt worden beschouwd.

D. Als de patiënt de eerste keer in de spoedgevallendienst komt moet hij als een ambulante patiënt worden aangezien.

Zodra hij naar de spoedgevallendienst terugkeert moet hij als een opgenomen patiënt worden beschouwd.

De voornoemde interpretatieregels zijn van toepassing de dag van de bekendmaking in het *Belgisch Staatsblad* en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 25 (Toezicht op de in een ziekenhuis opgenomen rechthebbenden) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 512 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

De Leidend ambtenaar,

Fr. PRAET.

De Voorzitter,

D. SAUER.

Les prestations effectuées par un médecin candidat spécialiste seront attestées à 100 % (par le maître de stage) ou à 75 % (par le candidat spécialiste) selon les conditions de surveillance du stage prévues à l'article 1, § 4^{ter} de la nomenclature des prestations de santé.

Il doit toujours s'agir de prestations effectuées dans le cadre du plan de stage approuvé par la Commission d'agrément compétente.

— Un patient admis pour surveillance dans un lit du service des urgences est considéré comme hospitalisé dès le moment où le médecin juge nécessaire de le garder sous surveillance à l'hôpital, pour autant que le séjour hospitalier comprenne au moins une nuitée et que les critères médicaux de remboursement d'une journée d'hospitalisation soient rencontrés (cf. Article 9, § 1^{er}, de l'arrêté royal du 24 décembre 1963 portant règlement des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités).

3. La nomenclature des prestations de santé ne prévoit aucun forfait de surveillance spécifique pour les patients examinés et traités en urgence.

Pour les consultations et les prestations techniques urgentes, il y a lieu de se référer aux dispositions des articles 2, A et F et 26 de la nomenclature.

On trouve ci-dessous la réponse aux exemples concrets soumis :

A. Si la nécessité d'hospitaliser la patiente n'était pas d'emblée prévisible, elle doit être considérée comme hospitalisée à partir du moment où le médecin a décidé de la mettre en surveillance pendant 24 heures.

Les actes techniques qui précèdent cette décision doivent être attestés sous les numéros de code prévus pour les patients non hospitalisés.

Le médecin urgentiste peut attester une consultation si l'hospitalisation de la patiente n'était pas d'emblée prévisible.

Une seule consultation peut être attestée pour l'examen de la patiente par les trois médecins spécialistes en pathologie externe, pour autant que la nécessité d'hospitaliser la patiente ne se soit pas imposée lors de ces différents examens et pour autant que le médecin urgentiste ne soit pas agréé lui-même dans une discipline chirurgicale.

B. Toutes les prestations effectuées pour ce patient doivent être attestées sous les numéros prévus pour les patients non hospitalisés.

C. Le patient doit être considéré comme hospitalisé dès son arrivée à l'hôpital.

D. Lors de son premier passage au service des urgences, le patient doit être considéré comme ambulante.

Il doit être considéré comme hospitalisé dès son retour dans le service des urgences.

Les règles interprétatives précitées sont d'application le jour de leur publication au *Moniteur belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 25 (Surveillance des bénéficiaires hospitalisés), notamment les règles publiées sous la rubrique 512 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Le Fonctionnaire Dirigeant,

Fr. PRAET.

Le Président,

D. SAUER.