

[C - 2002/22147]

[C - 2002/22147]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering**Institut national d'assurance maladie-invalidité****Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen****Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé**

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 2 oktober 2001 en in uitvoering van artikel 22, 4^{bis}, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, heeft het Comité van de Verzekering voor geneeskundige verzorging op 3 december 2001 de hiernagaaande interpretatieregels vastgesteld :

Sur proposition du Conseil technique médical du 2 octobre 2001 et en application de l'article 22, 4^{bis}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, le Comité de l'assurance soins de santé a établi le 3 décembre 2001 les règles interprétatives suivantes :

Interpretatieregels betreffende artikel 10, § 4 (Verwante verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

Règles interprétatives relatives à l'article 10, § 4 (Prestations connexes) de la nomenclature des prestations de santé :

INTERPRETATIEREGEL 11**REGLE INTERPRETATIVE 11****VRAAG****QUESTION**

Mag de verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling die ten minste twee van de hierna vermelde technieken omvat, per zitting (revalidatie door beweging, hydrotherapie in zwembad, ergotherapie, psychomotoriek, elektrotherapie, oefeningen met prothesen en/of orthesen en/of complexe technische hulpmiddelen) K 15 worden geattesteerd door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde?

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle reprenant au moins deux des techniques ci-dessous, par séance (rééducation par le mouvement, hydrothérapie en piscine, ergothérapie, psychomotricité, électrothérapie, exercices avec prothèses et/ou orthèses et/ou aides techniques complexes) K 15 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique?

ANTWOORD**REPONSE**

De therapeutische fysiotherapieverstrekkingen mogen door bepaalde zorgverleners (b.v. chirurg-orthopedist) voor hun eigen patiënten als verwante verstrekkingen worden geattesteerd, met uitzondering van de verstrekkingen inzake multidisciplinaire revalidatie (558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die door de nomenclatuur worden voorbehouden voor de fysiotherapeut of de geneesheer, specialist voor revalidatie.

Les prestations thérapeutiques de physiothérapie peuvent être attestées à titre connexe par certains prestataires (ex. chirurgien orthopédiste) pour leurs propres patients, à l'exception des prestations de rééducation fonctionnelle multidisciplinaire (558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) que la nomenclature réserve au physiothérapeute ou au médecin spécialiste en rééducation fonctionnelle.

Wanneer de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bepaalt dat : "de verstrekking nr 558633 - 558644 eveneens mag worden vergoed als ze wordt aangerekend door een geneesheer, specialist voor algemene heekunde, door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, of door een geneesheer, specialist voor reumatologie", wil ze de toegang tot de andere verstrekkingen van de nomenclatuur inzake fysiotherapie niet verbieden aan de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, maar wil ze verduidelijken dat de verstrekking 558633 - 558644 Aantonen en meten van atypische functionele dorsolumbale orthopedische rug- en gewrichtsklachten... K 50 beschouwd wordt als deel uitmakend van de nomenclatuur van de chirurg-orthopedist. Het probleem van de "connexiteit" rijst derhalve niet ten aanzien van de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde voor die verstrekking.

Lorsque la nomenclature des prestations de santé précise que : "La prestation n° 558633 - 558644 peut également être remboursée quand elle est portée en compte par un médecin spécialiste en chirurgie générale, par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou par un médecin spécialiste en rhumatologie. » , elle n'entend pas interdire l'accès aux autres prestations de la nomenclature de physiothérapie au médecin spécialiste en chirurgie orthopédique, mais elle veut préciser que la prestation 558633 - 558644 Mise en évidence de douleurs dorsales et articulaires orthopédiques dorso-lombaires atypiques... K 50 est considérée comme faisant partie de la nomenclature du chirurgien orthopédiste. La question de la "connexité" ne se pose dès lors pas vis-à-vis du médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour cette prestation.

Dat belet niet dat de connexiteitsregels (al dan niet) worden toegepast voor de andere fysiotherapie-verstrekkingen (met uitzondering van de verstrekkingen 558810 - 558821 K 30 en 558832 - 558843 K 60) die verricht worden door een geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde of een andere zorgverlener die geen fysiotherapeut is.

Cela n'empêche pas les règles de la connexité de s'appliquer (ou non), pour les autres prestations de physiothérapie (à l'exception des prestations 558810 - 558821 K 30 et 558832 - 558843 K 60) effectuées par un médecin spécialiste en chirurgie orthopédique ou un autre prestataire non physiothérapeute.

De geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde, mag voor zijn eigen zieken die hij in het kader van zijn specialisme verzorgt, de verstrekkingen van artikel 22, II a) Therapeutische verstrekkingen, aanrekenen, voorzover de voorwaarden betreffende de fysieke aanwezigheid die opgenomen zijn in artikel 1, § 4bis, II, B, 2, van de nomenclatuur vervuld zijn.

Le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique peut, pour ses propres malades qu'il soigne dans le cadre de sa spécialité, porter en compte les prestations de l'article 22, II a) Prestations thérapeutiques, pour autant que les conditions concernant la présence physique, reprises à l'article 1^{er}, § 4bis, II, B, 2, de la nomenclature soient remplies.

De verstrekking 558795 - 558806 Revalidatiebehandeling... K 15 mag bijgevolg door de geneesheer, specialist voor orthopedische heekunde als een verwante verstrekking worden geattesteerd, voor zijn eigen patiënten die hij in behandeling heeft in het kader van zijn specialisme.

La prestation 558795 - 558806 Traitement de rééducation fonctionnelle... K 15 peut dès lors être attestée à titre d'acte connexe, par le médecin spécialiste en chirurgie orthopédique pour ses propres patients qu'il a en traitement dans le cadre de sa spécialité.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 12 (anesthesiologie) van de nomenclatuur :

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 12 (anesthésiologie) de la nomenclature des prestations de santé :

INTERPRETATIEREGEL 2**REGLE INTERPRETATIVE 2****VRAAG****QUESTION**

Een dienst voor anesthesiologie en reanimatie vraagt wat het codenummer is voor het meten van het ademhalings-CO₂ door capnografie.

Un service d'anesthésiologie et de réanimation demande quel est le numéro de code pour la mesure du CO₂ respiratoire par capnographie.

ANTWOORD**REPONSE**

Het honorarium voor anesthesie omvat het honorarium voor de metingen die tijdens de anesthesie worden verricht door de geneesheer, specialist voor anesthesiologie. De verstrekking 214211 - 214222 Studie van de eliminatie van de alveolaire CO₂ N 7 is opgenomen in het raam van de reanimatie.

Les honoraires pour l'anesthésie comprennent les honoraires pour les mesures effectuées par le médecin spécialiste en anesthésiologie pendant l'anesthésie. La prestation 214211 - 214222 Etude de l'élimination du CO₂ alvéolaire N 7 est prévue dans le cadre de la réanimation.

INTERPRETATIEREGEL 3

VRAAG

Hoe moet een peridurale anesthesie (infiltratie van een wortel van een laterale zenuw van de wervelzuil) worden getarifeerd ?

ANTWOORD

De verstrekking wordt getarifeerd onder nr. 201272 - 201283 K 30 wanneer ze door een geneesheer-specialist voor anesthesiologie, is verricht met het oog op een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen of nog met een therapeutisch doel; geen enkele vergoeding mag worden toegekend wanneer die verstrekking wordt verricht door een geneesheer die geen specialist voor anesthesie is. Er moet worden opgemerkt dat die verstrekking noch de epidurale inspuiting noch de paravertebrale infiltratie beoogt, die als dusdanig zijn opgenomen in het hoofdstuk gewone geneeskundige hulp.

INTERPRETATIEREGEL 4

VRAAG

Wat is de vergoeding voor de anesthesie die wordt verricht voor het aanbrengen of wegnemen van radiumnaalden ?

ANTWOORD

Als het aanbrengen of het wegnemen van radium een als dusdanig vergoede heilkundige bewerking vergt, wordt de anesthesie getarifeerd op grond van de categorie waarin de ingreep is gerangschikt.

Is er geen heilkundige bewerking, dan is het honorarium voor anesthesie dat waarin is voorzien hetzij onder nr. 201191 - 201202 K 72 hetzij onder nr. 201213 - 201224 K 36, naar gelang van de lokalisatie en voor zover het om een algemene anesthesie gaat.

Voor die verstrekkingen is de bekwaming van geneesheer, specialist voor anesthesie, vereist.

INTERPRETATIEREGEL 5

VRAAG

Er wordt een osteosynthese verricht, daarna immobilisatie door gipsverband. De heilkundige vraagt het totale honorarium voor de osteosynthese en de helft van het honorarium voor het gipsverband.

Hoe wordt het honorarium van de geneesheer, specialist voor anesthesie, berekend ?

ANTWOORD

Voorbeeld : Osteosynthese van een diafysebreuk van been met aanleggen van een gipsverband.

Honorarium voor de ingreep : 290555 - 290566 Bloedige behandeling van fractuur van tibiadiafyse N 300 + 299154 - 299165 ° Gipstoestel van dij tot voeten, van dij tot enkel N75/2.

Het honorarium voor de anesthesie wordt berekend op grond van de betrekkelijke waarde van de verstrekkingen en rekening houdende met de bepalingen van artikel 12, § 3, 6°, van de nomenclatuur, waarin is bepaald : 'Ingeval verscheidene verstrekkingen in een zelfde zitting worden verricht wordt de anesthesie die overeenstemt met de verstrekking met het hoogste coëfficiëntgetal, gehonoreerd tegen 100 % en de anesthesieën die overeenstemmen met de bijkomende verstrekkingen, tegen 50 % van hun waarde. »

De anesthesieën voor de bijkomende verstrekkingen mogen evenwel niet worden gehonoreerd :

— ingeval verscheidene heilkundige bewerkingen in een zelfde streek worden verricht tijdens een zelfde operatiezitting;

— wanneer de bijkomende (heilkundige en/of andere) verstrekkingen een lager coëfficiëntgetal hebben dan K 120 of N 200 of I 200.

In het aangehaalde voorbeeld is het honorarium voor de anesthesie derhalve vastgesteld op 200211 - 200222 K 72.

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Anesthesie die is verricht door een ander geneesheer-specialist dan een anesthesist voor een verstrekking die is gerangschikt onder de gewone geneeskundige hulp.

ANTWOORD

Deze anesthesie wordt getarifeerd op grond van de bepalingen van artikel 12, § 2, of van artikel 16, § 2, naar gelang van het geval.

REGLE INTERPRETATIVE 3

QUESTION

Quelle est la tarification à appliquer pour une anesthésie péridurale (infiltration d'une racine d'un nerf latéral de la colonne vertébrale) ?

REPOSE

La prestation est à tarifer sous le n° 201272 - 201283 K 30 lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie en vue d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature ou encore dans un but thérapeutique; aucun remboursement ne peut être accordé lorsqu'elle est effectuée par un médecin non spécialiste en anesthésiologie. A noter que cette prestation ne vise pas l'injection épidurale ni l'infiltration paravertébrale qui sont prévues comme telles au chapitre des soins courants.

REGLE INTERPRETATIVE 4

QUESTION

Quel est le remboursement prévu pour l'anesthésie effectuée lors du placement ou de l'enlèvement d'aiguilles radifères ?

REPOSE

Si le placement ou l'enlèvement du radium implique une intervention chirurgicale remboursée comme telle, l'anesthésie est tarifée par référence à la catégorie dans laquelle est classée l'intervention.

S'il n'y a pas d'intervention chirurgicale, les honoraires d'anesthésie sont ceux prévus soit sous le numéro 201191 - 201202 K 72 soit sous le numéro 201213 - 201224 K 36 suivant la localisation et pour autant qu'il s'agisse d'une anesthésie générale.

Ces prestations requièrent la qualification de médecin spécialiste en anesthésiologie.

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

On pratique une ostéosynthèse puis on immobilise par un plâtre. Le chirurgien demande l'entièreté des honoraires pour l'ostéosynthèse et la moitié des honoraires pour le plâtre.

Comment se calculent les honoraires du médecin spécialiste en anesthésiologie ?

REPOSE

Exemple : Ostéosynthèse d'une fracture de la diaphyse de la jambe avec mise en place d'un plâtre.

Honoraires pour l'intervention : 290555 - 290566 Traitement sanglant d'une fracture de la diaphyse du tibia N 300 + 299154 - 299165 ° Appareil plâtré cruro-pédieux, cruro-malléolaire N75/2.

Les honoraires pour l'anesthésie se calculent sur la valeur relative des prestations et compte tenu des dispositions de l'article 12, § 3, 6°, de la nomenclature qui stipulent qu'en cas de prestations multiples au cours d'une même séance, l'anesthésie correspondant à la prestation affectée du nombre coefficient le plus élevé est honorée à 100 %, les anesthésies correspondant aux prestations supplémentaires à 50 % de la valeur.

Cependant, les anesthésies pour les prestations supplémentaires ne peuvent pas être honorées notamment :

— dans le cas où des interventions chirurgicales multiples sont exécutées dans un même champ au cours d'une même séance opératoire;

— lorsque les prestations chirurgicales et/ou autres supplémentaires sont affectées d'un nombre coefficient inférieur à K 120 ou N 200 ou I 200.

Dès lors, dans l'exemple proposé, les honoraires pour l'anesthésie sont fixés à 200211 - 200222 K 72.

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

Anesthésie effectuée par un médecin spécialiste autre que l'anesthésiste, pour une prestation classée parmi les soins courants.

REPOSE

Cette anesthésie est à tarifer sur base des dispositions de l'article 12, § 2, ou de l'article 16, § 2 selon le cas.

INTERPRETATIEREGEL 7

VRAAG

Heelkundigen opereren sommigen van hun patiënten onder plaatselijke anesthesie. Het komt echter wel eens voor dat zij aan de anesthesist vragen om, in het kader van zijn specialisme, een advies over die patiënten te verstrekken.

De anesthesist bezoekt die patiënten na hun opneming, ondervraagt en onderzoekt hen, maakt een protocol van onderzoek op en geeft zijn conclusies. Daarbij voegt hij een voorschrift voor premedicatie om de kwaliteit van de plaatselijke anesthesie die gedurende de ingreep zal worden verricht, te verbeteren.

Onder welk nummer mag die verstrekking worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Indien de anesthesist geen technische handelingen verricht, mag hij nr. 599082 in rekening brengen, als de in de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen vermelde voorwaarden zijn vervuld.

De eventuele technische handelingen mogen worden aangerekend, maar mogen niet worden gecumuleerd met nr. 599082.

INTERPRETATIEREGEL 8

VRAAG

Amygdalectomie door dissectie (257390 - 257401 K 100) en hechten van de pilaren wegens amandelbloeding (257434 - 257445 K 50).

Mag in dat geval de anesthesie voor hechten van de pilaren worden getarifeerd, en zo ja, hoe moet ze dan worden aangerekend :

1. als het hechten onmiddellijk volgt op de amygdalectomie ?
2. als het hechten geschiedt tijdens een tweede behandelingszitting ten gevolge van een late bloeding ?

ANTWOORD

Wat de anesthesie voor de amygdalectomie betreft : de verrichte anesthesie dekt volledig die een- of tweezijdige operatie die als zodanig onder één enkel nummer is opgenomen.

Wat het hechten van de pilaren betreft :

— als dit onmiddellijk volgt op de ingreep op de amandelen, mag geen bijkomende vergoeding worden verleend voor de anesthesie. Het hechten moet worden beschouwd als een integrerend deel van de ingreep op de amandelen, net als de onderbinding van een bloedvat of het hechten van de huidincisie, verricht tijdens of naar aanleiding van een laparotomie;

— als het tijdens een andere behandelingszitting naar aanleiding van een late bloeding geschiedt, mogen het honorarium voor de anesthesie en dat voor de ingreep tegen 100 % worden getarifeerd.

INTERPRETATIEREGEL 9

VRAAG

Wat is de tarifiering voor de anesthesie door een anesthesist wanneer een geneesheer-gynecoloog tijdens een zelfde zitting een ingewikkelde verlossing (nr. 424012 - 424023 K 155) plus een perineorrhafie en herstel van aarsfincier wegens volledige scheur verricht, voor welke verstrekkingen hij overeenkomstig de regelen van de nomenclatuur enkel verstrekking nr. 424012 - 424023 aanrekent ?

ANTWOORD

De anesthesie wordt aangerekend onder nr. 202016 - 202020 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij een ingewikkelde verlossing met forcpale extractie of met inwendige kering gevolgd door grote extractie K 72.

In de anesthesie voor de perineorrhafie en het herstel van de aarsfincier is voorzien onder nr. 202075 - 202086 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij perineorrhafie en reffectie van de sfincier ani wegens volledige scheur K 72.

Die twee verstrekkingen mogen worden gecumuleerd binnen de grenzen van de in artikel 12, § 3, 6°, vastgestelde voorwaarden, d.w.z. 100 % voor de eerste, 50 % voor de tweede.

INTERPRETATIEREGEL 10

VRAAG

Bij het begin en op het einde van een anesthesie worden zittingen van geassisteerde ademhaling toegepast met een Engströmapparaat.

Mogen deze bij de anesthesie worden bijvergoed indien ze verricht zijn :

- a) door de anesthesist zelf ?
- b) door de kinesitherapeut ?

ANTWOORD

De zittingen van geassisteerde ademhaling met een Engströmapparaat bij het begin en op het einde van de anesthesie zijn een tijd van de anesthesie en mogen niet worden bijvergoed.

Derhalve is het van weinig belang te weten of de anesthesist alleen heeft gewerkt of met een helper.

REGLE INTERPRETATIVE 7

QUESTION

Des chirurgiens opèrent certains de leurs patients sous anesthésie locale. Il arrive cependant occasionnellement qu'ils demandent à l'anesthésiste de donner un avis, dans le cadre de sa spécialité, au sujet de ces patients.

L'anesthésiste rend visite à ces patients après leur admission, les interroge, les examine, rédige un protocole d'examen et dépose des conclusions. Il y ajoute une prescription pour une prémédication destinée à améliorer la qualité de l'anesthésie locale qui sera administrée pendant l'intervention.

Sous quel numéro cette prestation peut-elle être tarifée ?

REPONSE

Si l'anesthésiste n'effectue pas d'actes techniques, il peut porter en compte le n° 599082 si les conditions prévues à la nomenclature des prestations de santé sont remplies.

Les actes techniques éventuels peuvent être portés en compte mais ne sont pas cumulables avec le n° 599082.

REGLE INTERPRETATIVE 8

QUESTION

Amygdalectomie à la dissection (257390 - 257401 K 100) et suture des piliers pour hémorragie amygdalienne (257434 - 257445 K 50).

Dans ce cas, peut-on tarifer l'anesthésie pour suture des piliers et dans l'affirmative, comment y a-t-il lieu de la porter en compte :

1. si la suture suit immédiatement l'amygdalectomie;
2. si la suture est exécutée dans une deuxième séance de traitement, suite à une hémorragie tardive ?

REPONSE

En ce qui concerne l'anesthésie pour l'amygdalectomie : l'anesthésie qui est pratiquée couvre globalement cette opération uni- ou bilatérale qui est prévue comme telle sous un seul numéro.

Quant à la suture des piliers :

— lorsque celle-ci suit immédiatement l'intervention sur amygdales, aucun remboursement supplémentaire ne peut être accordé pour l'anesthésie. L'on doit considérer que la suture fait partie intégrante de l'intervention sur les amygdales au même titre qu'une ligature de vaisseau ou la suture de l'incision de la peau faite au cours ou à l'occasion d'une laparotomie;

— si elle est faite au cours d'une autre séance de traitement, à l'occasion d'une hémorragie tardive, les honoraires pour l'anesthésie et les honoraires pour l'intervention peuvent être tarifés à 100 %.

REGLE INTERPRETATIVE 9

QUESTION

Quelle est la tarification pour l'anesthésie pratiquée par un anesthésiste lorsqu'un médecin gynécologue pratique, au cours d'une même séance, un accouchement dystocique (n° 424012 - 424023 K 155) plus une périnéorrhafie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète, interventions pour lesquelles, conformément aux règles de la nomenclature, il ne porte en compte que la prestation n° 424012 - 424023 ?

REPONSE

L'anesthésie est portée en compte sous le n° 202016 - 202020 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'un accouchement dystocique avec extraction forcipale ou avec version podalique interne suivie d'une grande extraction K 72.

L'anesthésie pour la périnéorrhafie et la réfection du sphincter anal est prévue sous le n° 202075 - 202086 Anesthésie générale, rachidienne ou épidurale pratiquée lors d'une périnéorrhafie et réfection du sphincter anal pour déchirure complète K 72.

Ces deux prestations sont cumulables dans les limites des conditions prévues à l'article 12, § 3, 6°, c'est-à-dire 100 % pour la première, 50 % pour la seconde.

REGLE INTERPRETATIVE 10

QUESTION

Au début et à la fin d'une anesthesie, on effectue des séances de respiration assistée par appareil d'Engström.

Peuvent-elles être remboursées en supplément à l'anesthesie si elles sont faites :

- a) par l'anesthésiste lui-même ?
- b) par un kinésithérapeute ?

REPONSE

Les séances de respiration assistée par appareil d'Engström au début et à la fin d'une anesthesie constituent un temps de l'anesthesie et ne peuvent être remboursées en supplément.

Par conséquent, il importe peu de savoir si l'anesthésiste a travaillé seul ou avec un auxiliaire.

INTERPRETATIEREGEL 11

VRAAG

Mag een anesthesie van de sphenopalatinus worden geattesteerd onder nr. 144270 - 144281 * Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6 ?

ANTWOORD

a) Gaat het om een anesthesie van de oppervlakkige tak van de sphenopalatinus door toediening van een anestheticum op het sphenopalatinusslijmvlies, dan is er geen vergoeding voorzien.

b) Gaat het om een anesthesie van het ganglion sphenopalatinum door inspuiting in het ganglion :

1. als afzonderlijke behandeling : nr. 144270 - 144281 *K 6;

2. met het oog op een ingreep : naar gelang van de waarde van de ingreep en de bekwaamheid van de geneesheer die de anesthesie verricht, attesteren op basis van het tarief en onder de voorwaarden van artikel 12 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 12

VRAAG

Wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst. Hoe moet in dat geval het honorarium van de heelkundige en dat van de anesthesist worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Het wegnemen van een drain die tijdens een cholecystectomie is geplaatst, wordt niet bij het voor de ingreep vastgestelde honorarium bijvergoed. Het gaat om postoperatieve verzorging die begrepen is in het voor de cholecystectomie vastgestelde honorarium.

De algemene anesthesie verricht door een geneesheer-specialist voor anesthesie, moet worden geattesteerd onder het codenummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 13

VRAAG

De geneesheren, specialisten voor anesthesiologie, worden vaak erom verzocht een algemene anesthesie voor conserverende tandverzorging te verrichten, bijv. bij karakter- of geestesgestoorde rechthebenden.

Wat mag voor de anesthesie worden vergoed ?

ANTWOORD

Het bijkomend honorarium voor conserverende verzorging onder algemene anesthesie, waarin is voorzien onder nr. 317273 - 317284 K 42 van de nomenclatuur, mag bij het honorarium voor gewone geneeskundige hulp worden bijvergoed voor zover alle in artikel 15, § 10, van de nomenclatuur opgesomde voorwaarden zijn vervuld.

De algemene anesthesie mag worden geattesteerd onder nummer 201250 - 201261 K 45 voor zover ze is verricht in een verplegingsinstelling door een geneesheer-specialist voor anesthesiologie; zoniet mag geen tegemoetkoming worden toegekend.

INTERPRETATIEREGEL 14

VRAAG

Aangezien verstrekking nr. 477050 - 477061 Convulsivotherapie... K 25 niet is voorafgegaan van een asterisk, mag het honorarium voor eventuele anesthesie worden bijvergoed.

Onder welk nummer mag dit honorarium worden aangerekend en hoe dient te worden gehandeld wanneer de anesthesie verricht is, hetzij door een algemeen geneeskundige, hetzij door de neuropsychiater zelf ?

ANTWOORD

Verstrekking nr. 477050 - 477061 is niet voorafgegaan van een asterisk. Dat betekent dat het honorarium voor eventuele anesthesie bovenop mag worden vergoed.

De algemene anesthesie mag slechts worden vergoed als ze door een geneesheer, specialist voor anesthesie wordt verricht; ze moet worden geattesteerd onder het codenummer 201110 - 201121 K 36.

INTERPRETATIEREGEL 15

VRAAG

Mag worden beschouwd dat de kleine heelkunde onder intraveneuze injectie van een anxioliticum zoals diazepam, midazolam..., wordt verricht onder algemene anesthesie ?

ANTWOORD

Er mag niet worden beschouwd dat de kleine heelkunde die wordt verricht onder intraveneuze injectie van een spierslappend anxioliticum zoals diazepam, midazolam..., wordt verricht onder algemene anesthesie.

REGLE INTERPRETATIVE 11

QUESTION

Une anesthésie du sphéno-palatin peut-elle être attestée sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6 ?

REPOSE

a) s'il s'agit d'une anesthésie du rameau superficiel du sphéno-palatin par application d'un anesthésique sur la muqueuse sphéno-palatine, aucun remboursement n'est prévu;

b) s'il s'agit d'une anesthésie du ganglion sphéno-palatin par injection dans le ganglion :

1. comme traitement isolé : 144270 - 144281 *K 6;

2. en vue d'une intervention : selon la valeur de l'intervention et la qualification du médecin qui pratique l'anesthésie, attester sur base des tarifs et conditions de l'article 12 de la nomenclature des prestations de santé.

REGLE INTERPRETATIVE 12

QUESTION

Enlèvement de mèche placée lors d'une cholécystectomie. Dans ce cas, comment tarifer les honoraires du chirurgien et ceux de l'anesthésiste ?

REPOSE

L'enlèvement d'une mèche placée lors d'une cholécystectomie n'est pas remboursé en supplément des honoraires prévus pour l'intervention. Il s'agit de soins post-opératoires qui sont compris dans les honoraires fixés pour la cholécystectomie.

L'anesthésie générale effectuée par le médecin spécialiste en anesthésiologie doit être attestée sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose, ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 13

QUESTION

Les médecins spécialistes en anesthésiologie sont souvent appelés à effectuer des anesthésies générales pour soins dentaires conservateurs, par exemple chez des bénéficiaires atteints de troubles du caractère ou de troubles mentaux.

Que peut-on tarifer pour l'anesthésie ?

REPOSE

Le supplément pour soins conservateurs sous anesthésie générale, prévu sous le n° 317273 - 317284 K 42 de la nomenclature est remboursable en plus des honoraires pour soins courants pour autant que toutes les conditions énoncées à l'article 15, § 10, de la nomenclature soient réalisées.

L'anesthésie générale peut être attestée sous le numéro 201250 - 201261 K 45 pour autant qu'elle soit effectuée en milieu hospitalier par un médecin spécialiste en anesthésiologie; sinon, aucune intervention ne peut être accordée.

REGLE INTERPRETATIVE 14

QUESTION

La prestation n° 477050 - 477061 Convulsivotherapie... K 25 n'étant pas précédée d'un astérisque, les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

Sous quel numéro peut-on porter ceux-ci en compte et qu'en est-il lorsque l'anesthésie est effectuée soit par un médecin de médecine générale, soit par le neuro-psychiatre lui-même ?

REPOSE

La prestation n° 477050 - 477061 n'est pas précédée d'un astérisque. Cela signifie que les honoraires pour l'anesthésie éventuelle peuvent être remboursés en supplément.

L'anesthésie générale n'est remboursable que lorsqu'elle est effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie et doit être attestée sous le numéro de code 201110 - 201121 K 36.

REGLE INTERPRETATIVE 15

QUESTION

La petite chirurgie sous injection intraveineuse d'un anxiolytique, tels le diazépam, le midazolam..., peut-elle être considérée comme étant effectuée sous anesthésie générale ?

REPOSE

La petite chirurgie effectuée sous injection intraveineuse d'un anxiolytique myorelaxant tels le diazépam, le midazolam..., ne peut être considérée comme étant faite sous anesthésie générale.

INTERPRETATIETREGEL 16

VRAAG

Mag verstrekking nr. 475075 - 475086 worden geattesteerd door een geneesheer-specialist voor anesthesie, wanneer ze wordt verricht :

A. tijdens het pre-operatief onderzoek dat wordt verricht, ofwel de dag zelf van de heelkundige bewerking ofwel in de loop van de voorafgaande dagen;

B. tijdens de heelkundige bewerking zelf;

C. tijdens het postoperatief toezicht ?

ANTWOORD

A. Het E.C.G. dat door een anesthesist wordt genomen tijdens het pre-operatief onderzoek, ofwel de dag zelf van de heelkundige bewerking, ofwel in de loop van de voorgaande dagen, mag worden geattesteerd.

B. Het E.C.G. dat wordt genomen tijdens de heelkundige bewerking, mag niet worden geattesteerd : het desbetreffende honorarium is begrepen in het honorarium voor de anesthesie.

C. Het E.C.G. dat wordt genomen tijdens het postoperatief toezicht, mag worden geattesteerd indien het de dag na de ingreep wordt verricht; indien het dezelfde dag wordt genomen, is het desbetreffende honorarium begrepen in het honorarium voor de anesthesie dat het postoperatief toezicht op de gevolgen van die anesthesie dekt.

INTERPRETATIETREGEL 17

VRAAG

Wat moet worden verstaan onder "voorafgaand onderzoek" waarvan sprake is onder punt a) van artikel 12, § 3, 2° van de nomenclatuur, waarin het volgende is bepaald : "De honoraria voor anesthesieverstrekkingen omvatten :

a) het voorafgaand onderzoek van de zieke door de geneesheer die de anesthesie verricht;" ?

Mogen de volgende technische verstrekkingen bovenop het honorarium voor anesthesie worden geattesteerd :

- maagcatheterisatie;
- blaascatheterisme;
- compatibiliteitskruisproef;
- bloedings- en stollingstijd;
- bepaling van de bloedgroep ?

ANTWOORD

Onder de bewoordingen "voorafgaand onderzoek", moet worden verstaan, het onderzoek van de zieke dat de geneesheer-anesthesist normaal moet verrichten vooraleer de anesthesie uit te voeren. De diagnostische technische onderzoeken zoals de bloedings- en stollingstijd en het bepalen van de bloedgroep die daarbij worden verricht, mogen worden aangerekend.

Het honorarium voor de anesthesie dekt ook nog het peroperatief toezicht op de algemene toestand van de zieke en het aanwenden van alle technische verstrekkingen die nodig zijn om dat doel te verwezenlijken : het gaat én om het geneeskundig toezicht én om alle technische handelingen die het mogelijk moeten maken de anesthesie tot een goed einde te brengen.

De maagcatheterisatie, de compatibiliteitskruisproeven en het blaascatheterisme die worden verricht in het raam van een anesthesie, worden niet bijvergoed bij het honorarium voor anesthesie.

De compatibiliteitskruisproeven maken steeds deel uit van de bloedtransfusie en mogen bij een ingreep nooit worden aangerekend.

INTERPRETATIETREGEL 18

VRAAG

Ent van Sparks : de ent wordt door twee of drie incisies in haar bedding geplaatst, bij voorbeeld tussen de driehoek van Scarpa en de knieholte, of tussen de aorta abdominalis en de knieholte.

Vijf à zeven weken na het plaatsen heeft het organisme de ent opgenomen en kunnen de vasculaire verbindingen tot stand worden gebracht.

— Hoe moet de anesthesie die wordt verricht bij de eerste bewerking, het plaatsen van de ent, worden getarifeerd ?

ANTWOORD

Wat het honorarium van de heelkundige betreft, dekt de verstrekking nr. 235093 - 235104 Revascularisatie van een slagader van de ledematen door endarteriectomie, endoaneurysmorrhafie, pontage of resectie met enten of anastomose N 500, de hele ingreep, ongeacht of deze in een of meer tijden wordt verricht.

REGLE INTERPRETATIVE 16

QUESTION

La prestation n° 475075 - 475086 peut-elle être attestée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lorsqu'elle est effectuée :

A. pendant l'examen pré-opératoire effectué soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents;

B. pendant l'intervention chirurgicale elle-même;

C. pendant la surveillance post-opératoire ?

REPOSE

A. L'E.C.G. effectué pendant l'examen pré-opératoire par un anesthésiste soit le jour même de l'intervention chirurgicale, soit les jours précédents, peut être attesté.

B. L'E.C.G. effectué pendant l'intervention chirurgicale ne peut être attesté : les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie.

C. L'E.C.G. effectué pendant la surveillance post-opératoire peut être attesté s'il est pratiqué le lendemain de l'intervention; s'il est le jour même, les honoraires y afférents sont compris dans les honoraires pour l'anesthésie qui couvrent la surveillance post-opératoire des suites de cette anesthésie.

REGLE INTERPRETATIVE 17

QUESTION

Que faut-il entendre par « examen préalable » dont il est question au point a) de l'article 12, § 3, 2°, de la nomenclature, qui précise que : « Les honoraires pour les prestations d'anesthésie comprennent :

a) l'examen préalable du malade par le médecin qui pratique l'anesthésie; » ?

Les prestations techniques suivantes peuvent-elles être attestées en supplément des honoraires d'anesthésie :

- tubage gastrique
- cathétérisme vésical
- épreuves de compatibilité croisées
- temps de saignement et de coagulation
- détermination du groupe sanguin ?

REPOSE

Par les termes « examen préalable », il faut entendre l'examen du malade que le médecin anesthésiste doit normalement effectuer avant de procéder à l'anesthésie. Les examens techniques de diagnostic tels que le temps de saignement et de coagulation et la détermination du groupe sanguin effectués à cette occasion peuvent être portés en compte.

Les honoraires pour l'anesthésie couvrent encore la surveillance peropératoire de l'état général du malade et la mise en oeuvre de toutes les prestations techniques nécessaires à la réalisation de cet objectif : il s'agit de la surveillance médicale et de tous les actes techniques qui doivent permettre de mener l'anesthésie à bonne fin.

Le tubage gastrique, les épreuves de compatibilité croisées et le cathétérisme vésical effectués dans le cadre d'une anesthésie ne sont pas remboursés en supplément des honoraires d'anesthésie.

Les épreuves de compatibilité croisées font toujours partie de la transfusion de sang et ne peuvent jamais être portées en compte lors d'une intervention.

REGLE INTERPRETATIVE 18

QUESTION

Greffe de Sparks : la greffe est disposée, par deux ou trois incisives, dans son lit, par exemple entre le triangle de Scarpa et le creux poplité, ou entre l'aorte abdominale et le creux poplité.

Cinq à sept semaines après ce placement, l'organisme a colonisé la greffe et les connexions vasculaires peuvent être établies.

— Comment faut-il tarifier l'anesthésie effectuée lors du premier temps opératoire (placement de la greffe) ?

REPOSE

En ce qui concerne les honoraires du chirurgien, la prestation 235093 - 235104 Revascularisation d'une artère des membres par endartérectomie, endoanévrismorrhaphie, pontage ou résection, avec greffe ou anastomose N 500 couvre toute l'intervention, que celle-ci soit faite en un ou plusieurs temps.

De anesthesie die wordt verricht bij het plaatsen van de ent, moet worden geattesteerd onder nr. 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

De anesthesie die wordt verricht bij de revascularisatie, moet worden geattesteerd onder het nummer 200130 - 200141 Anesthesie, verricht tijdens een verstrekking, gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 500 en hoger dan K 270 of N 450 of I 450, K 129.

INTERPRETATIEREGEL 19

VRAAG

Behandeling van hardnekkige pijn door :

- infiltratie van een zenuw met lokaal anestheticum;
- intercostaal blok;
- infiltratie van de weke delen met een lokaal anestheticum;
- infiltratie van het ganglion stellatum;
- barbotage : herhaaldelijk opzuigen en terug inspuiten van ± 10 cc cerebrospinaal vocht langs lumbale weg;
- intraspiniaal inspuiten van een afgekoelde of hypertonische zoutoplossing.

ANTWOORD

Voor de eerste drie genoemde verstrekkingen is er geen vergoeding; ze zijn gedekt door het eventuele honorarium voor raadpleging of door het eventuele honorarium voor toezicht, behalve als het gaat om een paravertebrale infiltratie (144292 - 144303 * K 6).

Infiltraties van het ganglion stellatum moeten worden aangerekend onder nr. 144270 - 144281 * Infiltratie van de sympathicus, per zijde K 6.

Barbotage, zoals ze is beschreven, mag worden getarifeerd onder nr. 355493 - 355504 * Lumbale punctie, exploratief of therapeutisch, met of zonder manometrie K 10,5.

Het intraspiniaal inspuiten van een afgekoelde of hypertonische zoutoplossing is voorzien onder nr. 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 20

VRAAG

Komt bij de reposities van breuken van de kaakbeenderen verstrekking nr. 317295 - 317306 + Vervaardigen en plaatsen van radiumhoudende prothesen, obturators, prothesen voor breuk en ankylose, maxillofaciale prothesen, dilatators, mobilisators : maximum K 500, in aanmerking om het niveau van het honorarium voor anesthesie vast te stellen ?

ANTWOORD

Neen, het honorarium voor anesthesie wordt enkel vastgesteld op grond van de betrekkelijke waarden die in de rubriek stomatologie zijn vermeld voor de behandeling van breuken.

INTERPRETATIEREGEL 21

VRAAG

Mag de verstrekking 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis)... K 30 dagelijks worden aangerekend, zelfs als de lumbale catheter ter plaatse blijft en niet opnieuw wordt geplaatst ?

Mag die verstrekking eenmaal per 24 uur worden aangerekend ?

ANTWOORD

De verstrekking 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis)... K 30 mag slechts eenmaal worden vergoed voor de toediening van een continue epidurale anesthesie gedurende verscheidene opeenvolgende dagen door middel van een blijvend epiduraal catheterisme.

L'anesthésie effectuée lors de la mise en place de la greffe doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

L'anesthésie réalisée lors de la revascularisation doit être attestée sous le numéro 200130 - 200141 Anesthésie pratiquée au cours d'une prestation classée dans une catégorie égale ou inférieure à K 300 ou N 500 ou I 500 et supérieure à K 270 ou N 450 ou I 450, K 129.

REGLE INTERPRETATIVE 19

QUESTION

Traitement des douleurs rebelles par :

- infiltration d'un nerf au moyen d'un anesthésique local;
- blocage intercostal;
- infiltration des parties molles au moyen d'un anesthésique local;
- infiltration du ganglion stellaire;
- barbotage : aspirations et réinjections répétées de ± 10 cc de liquide céphalo-rachidien par voie lombaire;
- injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique.

REPONSE

Les trois premières prestations citées ne font pas l'objet d'un remboursement : elles sont couvertes par les honoraires éventuels de consultation ou par les honoraires éventuels de surveillance, sauf s'il s'agit d'une infiltration paravertébrale (144292 - 144303 * K 6).

Les infiltrations du ganglion stellaire doivent être tarifées sous le n° 144270 - 144281 * Infiltration du sympathique, par côté K 6.

Le barbotage, tel qu'il est décrit, peut être tarifé sous le n° 355493 - 355504 * Ponction lombaire, exploratrice ou thérapeutique, avec ou sans manométrie K 10,5.

L'injection intra-rachidienne d'une solution saline réfrigérée ou hypertonique est prévue sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 20

QUESTION

Lors des réductions de fractures des maxillaires, la prestation 317295 - 317306 + Confection et pose de prothèses radifères, prothèses obturatrices, prothèses pour fracture et ankylose, prothèses maxillo-faciales, dilatateurs, mobilisateurs : maximum K 500, entre-t-elle en ligne de compte pour fixer le niveau des honoraires d'anesthésie ?

REPONSE

Non, les honoraires d'anesthésie sont fixés uniquement sur base des valeurs relatives prévues en stomatologie pour le traitement des fractures.

REGLE INTERPRETATIVE 21

QUESTION

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré)... K 30 peut-elle être attestée journalièrement, même lorsque le cathéter lombaire reste en place et n'est pas remplacé ?

Cette prestation peut-elle être portée en compte une fois par 24 heures ?

REPONSE

La prestation 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) ... K 30 n'est remboursable qu'une seule fois pour l'administration d'une anesthésie épidurale continue pendant plusieurs jours consécutifs au moyen d'un cathétérisme épidural permanent.

INTERPRETATIEREGEL 22

VRAAG

In de verstreking 261391 - 261402 K 180 is voorzien in een jaarlijks forfaitair honorarium voor de endoscopische resectie of resecties van een blaasgezwel.

Op welke basis mag het honorarium voor anesthesie worden berekend ?

ANTWOORD

De anesthesie die bij elke bijkomende zitting door de geneesheer, specialist voor anesthesie, wordt verricht, moet worden geattesteerd onder het nummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of epidurale anesthesie, ... verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30.

INTERPRETATIEREGEL 23

VRAAG

Hoe moet de anesthesie verricht door een geneesheer specialist voor anesthesie worden getarifeerd bij de verstrekkingen nrs. 251311 - 251322 Dermo-epidermale ent : over een oppervlakte van 50 cm² tot 200 cm² K 120 en X x 251333 - 251344 Dermo-epidermale ent : over een oppervlakte van meer dan 200 cm², bijkomend honorarium bij K 120, per veelvoud van 200 cm² meer K 45 ?

ANTWOORD

Voor de verstrekkingen nrs. 251274 tot en met 251381 werd een specifiek systeem uitgewerkt inzake het honorarium voor de heilkundige. Het systeem is opgemaakt in functie van de hoegrootheid van de te behandelen oppervlakte en niet in functie van de te behandelen streken.

De regel inzake de opereerstreken (artikel 15, §§ 3 en 4 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen) mag voor het bepalen van het honorarium voor de heilkundige niet worden toegepast.

Bijgevolg moet voor het bepalen van het honorarium van de anesthesist worden verwezen naar de relatieve waarde van de verleende heilkundige verstrekkingen.

Deze interpretatieregels beoogt de verstrekkingen betreffende dermo-epidermale enten van artikel 14, c) van de nomenclatuur en analoge verstrekkingen.

INTERPRETATIEREGEL 24

VRAAG

Onder welk codenummer moet de epidurale inspuiting van een anti-inflammatoire oplossing (doorgaans een corticoïd) en van een lokaal anestheticum in het kader van de pijnkliniek worden geattesteerd?

ANTWOORD

Gelijk welke therapeutische epidurale inspuiting mag worden geattesteerd onder het codenummer 201272 - 201283 Algemene, rachi- of continue of niet-continue epidurale anesthesie (met uitsluiting van de eenvoudige inspuitingen langs de hiatus sacralis) verricht hetzij bij een onderzoek onder narcose of bij kleine technische verstrekkingen die niet in de nomenclatuur zijn opgenomen, hetzij met een therapeutisch doel K 30

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 12 (anesthesiologie) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 503 van de interpretatieregels van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 14, f) (Bloedvatenheekunde) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIEREGEL 6

VRAAG

Onder welk codenummer moet een overbrugging tussen de hoge aorta en beide arteriae femorales zonder endarteriectomie, zonder resectie van de aortabifurcatie en zonder intra-abdominale overbrugging, worden geattesteerd ?

ANTWOORD

Die ingreep moet worden geattesteerd onder het codenummer 237016 - 237020 Resectie of plastiek van de suprarenale aorta N 1000.

REGLE INTERPRETATIVE 22

QUESTION

La prestation n° 261391 - 261402 K 180 prévoit des honoraires forfaitaires annuels pour la ou les résections endoscopiques d'une tumeur vésicale.

Sur quelle base les honoraires d'anesthésie peuvent-ils être calculés ?

REPONSE

L'anesthésie effectuée par le médecin spécialiste en anesthésie lors de chaque séance supplémentaire doit être attestée sous le n° 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale ... pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

REGLE INTERPRETATIVE 23

QUESTION

Comment faut-il tarifer l'anesthésie effectuée par un médecin spécialiste en anesthésiologie lors des prestations n°s 251311 - 251322 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface de 50 cm² à 200 cm² K 120 et X x 251333 - 251344 Greffe dermo-épidermique couvrant une surface supérieure à 200 cm², en supplément de K 120 par multiple de 200 cm² en plus K 45 ?

REPONSE

Pour les prestations n°s 251274 à 251381 inclus, un système spécifique a été mis au point en matière d'honoraires pour le chirurgien. Le système est établi en fonction de l'étendue de la surface à traiter et non pas en fonction des champs à traiter.

La règle en matière de champs opératoires (article 15, §§ 3 et 4, de la nomenclature des prestations de santé) ne peut pas être appliquée pour déterminer les honoraires du chirurgien.

Par conséquent, il faut se référer à la valeur relative des prestations chirurgicales effectuées pour déterminer les honoraires de l'anesthésiste.

Cette règle interprétative vise les prestations en matière de greffes dermo-épidermiques de l'article 14 c) de la nomenclature et les prestations analogues

REGLE INTERPRETATIVE 24

QUESTION

Sous quel numéro de code faut-il attester l'injection épidurale d'une solution anti-inflammatoire (en général un corticoïde) et d'un produit anesthésique local, dans le cadre de la clinique de la douleur?

REPONSE

Les injections épidurales thérapeutiques, quelles qu'elles soient, peuvent être attestées sous le numéro de code 201272 - 201283 Anesthésie générale ou rachidienne ou épidurale continue ou non-continue (à l'exclusion des injections simples par l'hiatus sacré) pratiquée soit lors d'un examen sous narcose ou lors de petites prestations techniques non reprises dans la nomenclature, soit dans un but thérapeutique K 30.

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 12 (anesthésiologie) notamment les règles publiées sous la rubrique 503 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

~~Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 14, f) (Chirurgie des vaisseaux) de la nomenclature des prestations de santé :~~

REGLE INTERPRETATIVE 6

QUESTION

~~Sous quel numéro de code faut-il attester un pontage entre l'aorte haute et les deux artères fémorales sans endartérectomie, sans résection de la bifurcation aortique et sans pontage intra-abdominal?~~

REPONSE

~~Cette intervention doit être attestée sous le numéro de code 237016 - 237020 Résection ou plastie de l'aorte suprarenale N 1000.~~