

INTERPRETATIETREGEL 5

VRAAG

Voor een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind rekent een geneesheer het honorarium aan voor «maagcatheterisatie» telkens als hij het kind bij middel van een sonde voedt.

Mag dat honorarium worden vergoed ?

ANTWOORD

Het voeden van een vroeggeboren ter verpleging opgenomen kind maakt deel uit van de kinderverzorging. Daarom is dat honorarium begrepen in de verpleegdagprijs en mag het door de verzekering niet worden vergoed.

De voornoemde interpretatieregels treden in werking de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* worden bekendgemaakt en vervangen de tot op heden gepubliceerde interpretatieregels betreffende artikel 20, § 1, d), (kindergeneeskunde) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 508(04) van de interpretatieregels van de Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 20, § 1, e) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIETREGEL 1

VRAAG

Mag de verstrekking 476254 – 476265 Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur, door middel van een draagbaar toestel, inclusief de raadpleging bij het plaatsen en het wegnemen van het toestel met protocol en mogelijkheid tot reproduceren van een deel van de tracés K 50 tijdens eenzelfde hospitalisatie meer dan eenmaal aangerekend worden ?

ANTWOORD

Verstrekking 476265 Monitoring Holter : continue electrocardiografische analyse gedurende ten minste 24 uur ... K 50 mag slechts éénmaal worden aangerekend indien eenzelfde monitoring meer dan 24 uur duurt.

Indien na het stoppen van de telemetrie het medisch gerechtvaardigd is om de monitoring te herbeginnen, tijdens eenzelfde hospitalisatieperiode, en indien de monitoring minstens 24 uur duurt om medische redenen, mag de verstrekking 476265 K 50 opnieuw worden aangerekend.

De hiervoren vermelde interpretatieregels treden in werking de dag van hun publicatie in het *Belgisch Staatsblad*, met uitzondering van de interpretatieregels 1 betreffende artikel 18, § 2, van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, die in voege treedt op 7 mei 1999.

De Leidend ambtenaar,
Fr. PRAET.

De Voorzitter,
D. SAUER.

[C – 2002/22146]

Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering

Interpretatieregels betreffende de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen

Op voorstel van de Technische geneeskundige raad van 17 april 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 :

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van **artikel 1** (Algemene bepalingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen :

INTERPRETATIETREGEL 1

VRAAG

Een heelkundige verricht bij een verzekerde een louter esthetische ingreep.

In artikel 1, § 7, van de nomenclatuur is bepaald :

« De ingrepen met een louter esthetisch doel worden niet gehonoreerd, behoudens in de gevallen welke zijn aanvaard in de revalidatie- en herscholingsprogramma's, bedoeld in artikel 19 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, ten einde de rechthebbende de mogelijkheid te bieden een betrekking te krijgen of te behouden. »

Wat is de juiste draagwijdte van die bepalingen ?

REGLE INTERPRETATIVE 5

QUESTION

Un médecin porte en compte pour un enfant prématuré hospitalisé, les honoraires pour tubage gastrique chaque fois qu'il nourrit l'enfant à l'aide d'une sonde.

Peut-on rembourser ces honoraires ?

REPONSE

L'alimentation d'un enfant prématuré hospitalisé fait partie des soins de nursing. Pour ce motif, ils sont compris dans la journée d'entretien et ne peuvent faire l'objet d'un remboursement de l'assurance.

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au *Moniteur Belge* et remplacent les règles interprétatives publiées à ce jour concernant l'article 20, § 1^{er}, d) (pédiatrie), notamment les règles publiées sous la rubrique 508(04) des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 20, § 1^{er}, e) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

La prestation 476254 – 476265 Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures, au moins, au moyen d'un appareil portable, y compris la consultation lors de la pose et de l'enlèvement de l'appareil, avec protocole et possibilité de reproduire une partie des tracés K 50 peut-elle être attestée plusieurs fois au cours d'une même hospitalisation ?

REPONSE

La prestation 476265 Monitoring de Holter : analyse électrocardiographique continue pendant 24 heures au moins ... K 50 ne peut être attestée qu'une seule fois si un même monitoring dure plus de 24 heures.

Si après l'arrêt de la télémétrie, il est médicalement justifié de recommencer le monitoring pendant la même période d'hospitalisation et si ce monitoring dure au moins 24 heures pour des raisons médicales, la prestation 476265 K 50 peut à nouveau être attestée.

Les règles interprétatives précitées entrent en vigueur le jour de leur publication au *Moniteur belge*, à l'exception de la règle interprétative n° 1 concernant l'article 18, § 2, de la nomenclature des prestations de santé, qui entre en vigueur le 7 mai 1999.

Le Fonctionnaire dirigeant,
Fr. PRAET.

Le Président,
D. SAUER.

[C – 2002/22146]

Institut national d'assurance maladie-invalidité

Règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé

Sur proposition du Conseil technique médical du 17 avril 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 :

Règles interprétatives relatives aux prestations de **l'article 1** (Généralités) de la nomenclature des prestations de santé :

REGLE INTERPRETATIVE 1

QUESTION

Un chirurgien pratique chez un assuré une intervention purement esthétique.

Les dispositions de l'article 1^{er}, § 7, de la nomenclature stipulent ce qui suit :

« Les interventions pratiquées dans un but purement esthétique ne sont pas honorées, sauf dans les cas admis dans les programmes de rééducation fonctionnelle et professionnelle visés à l'article 19 de la loi du 9 août 1963, instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, en vue de permettre au bénéficiaire d'obtenir ou de conserver un emploi. »

Quelle est la portée exacte de ces dispositions ?

ANTWOORD

Zodra het gaat om één of meer louter esthetische verstrekkingen, moet de verzekeringsvergoeding worden geweigerd, ongeacht of het gaat om verstrekkingen inzake heelkunde, anesthesie, assistentie, enz. In artikel 1, § 7, van de nomenclatuur wordt immers gesproken van "ingrepen" in het algemeen. Voorts is het juist dat die bepalingen niet zinspelen op de opnemings in een ziekenhuis. De daarmee gemoeide kosten dienen te worden beschouwd als bijkomende kosten die evenmin mogen worden vergoed, krachtens de regel volgens welke de bijzaak de hoofdzaak volgt.

INTERPRETATIEREGEL 2

VRAAG

Een geneesheer is tegelijkertijd erkend als specialist voor inwendige geneeskunde en voor klinische biologie.

Hoe moeten in dat geval de bepalingen worden toegepast van de artikelen 1, § 6, en 24, § 5, van de nomenclatuur, waarbij de cumulatie van het honorarium voor raadpleging van de specialist voor klinische biologie en het honorarium voor verstrekkingen inzake klinische biologie wordt verboden?

ANTWOORD

Wegens de dubbele erkenning als geneesheer-specialist moet de verzekering alle verstrekkingen vergoeden die tot elk van die specialismen behoren.

Inzonderheid dient er te worden op gewezen dat de raadpleging van de geneesheer-specialist voor inwendige geneeskunde (102034) mag worden gecumuleerd met technische handelingen inzake klinische biologie voor zover die raadpleging beantwoordt aan de maatstaf die is vastgesteld in de nomenclatuur.

Indien een raadpleging wordt aangerekend, mogen de verstrekkingen inzake klinische biologie worden geattesteerd.

Voorts mag die geneesheer, wanneer hij als bioloog handelt (door andere geneesheren aangevraagde analyses), geen raadpleging attesteren. Alleen de analyses inzake klinische biologie mogen worden geattesteerd.

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 1 (Algemene bepalingen) met name de interpretatieregels gepubliceerd in de rubriek 100 van de interpretatieregels van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen.

Interpretatieregels betreffende de verstrekkingen van artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken, adviezen psychotherapieën en andere verstrekkingen) van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen:

INTERPRETATIEREGEL 1

Onder bezoek bij de rechthebbende thuis moet worden verstaan, de verstrekking die de rechthebbende aanvraagt daar waar hij gewoonlijk tijdelijk of toevallig woont — behalve wanneer die rechthebbende verblijft in een geneeskundig centrum waarheen hij is gegaan om er verzorging te ontvangen: moet met name als een bezoek bij de rechthebbende thuis worden beschouwd, de verstrekking die wordt verleend, door een geneesheer die wordt geroepen naar een bejaardentehuis, een kinderbewaarplaats of elke andere inrichting waarin de rechthebbende verblijft met een ander doel dan een observatie of medische behandeling, of ook nog op de openbare weg bij een ongeval.

Onder raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer daarentegen dient te worden verstaan, de verstrekking waarvoor de rechthebbende die ze aanvraagt, zich verplaatst om ze te ontvangen: moet met name als een raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer worden beschouwd de verstrekking die wordt verleend door een in een dienst van een kliniek of polikliniek geraadpleegd geneesheer.

De raadplegingen in de ondernemingen die al dan niet over een geneeskundige dienst beschikken, voor de werknemers die er tewerkgesteld zijn, moeten derhalve als bezoeken thuis worden aangezien.

Er wordt dan ook geen verzekeringsvergoeding verleend voor de bezoeken door een geneesheer-specialist.

Als het gaat om spreekkamers die in een onderneming werken en ook voor andere personen dan de werknemers van die onderneming toegankelijk zijn, dient de verzorging welke eventueel is verstrekt aan personen die vreemd zijn aan de onderneming, te worden aangezien als verstrekkingen die zijn verleend in de spreekkamer van de geneesheer.

REPONSE

A partir du moment où il s'agit d'une ou de plusieurs prestations purement esthétiques, le remboursement de l'assurance doit être refusé, qu'il s'agisse de prestations de chirurgie, d'anesthésie, d'assistance, etc... Les dispositions de l'article 1^{er}, § 7, de la nomenclature font en effet mention des "interventions" en général. Par ailleurs, il est exact que ces dispositions ne font pas allusion à l'hospitalisation. Pour les frais afférents à celle-ci, il y a lieu de les considérer comme frais accessoires qui ne sont pas remboursables non plus, en vertu de la règle qui veut que l'accessoire suive le principal.

REGLE INTERPRETATIVE 2

QUESTION

Un médecin est reconnu à la fois comme spécialiste en médecine interne et en biologie clinique.

Comment faut-il appliquer dans ce cas les dispositions des articles 1^{er}, § 6 et 24, § 5, de la nomenclature qui interdisent le cumul des honoraires pour la consultation du biologiste avec les honoraires pour prestation de biologie clinique?

REPONSE

Étant donné la double reconnaissance comme médecin spécialiste, l'assurance doit rembourser toutes les prestations relevant de chacune de ces spécialités.

Il convient de souligner tout particulièrement que la consultation du médecin interniste (102034) peut être cumulée avec des actes techniques de biologie clinique pour autant que cette consultation réponde au critère fixé par la nomenclature.

Si une consultation est portée en compte, les prestations de biologie clinique peuvent être attestées.

D'autre part, lorsque ce médecin agit en tant que biologiste (analyses demandées par d'autres médecins), il ne peut pas attester une consultation. Seules les analyses de biologie clinique peuvent être attestées.

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 1^{er} (Généralités), notamment les règles publiées sous la rubrique 100 des règles interprétatives de la nomenclature des prestations de santé.

Règles interprétatives relatives aux prestations de l'article 2 (Consultations, visites, avis, psychothérapies et autres prestations) de la nomenclature des prestations de santé:

REGLE INTERPRETATIVE 1

Par visite au domicile du bénéficiaire, il faut entendre la prestation que le bénéficiaire réclame à l'endroit où il réside habituellement, temporairement ou accidentellement — hormis le cas où ce bénéficiaire séjourne dans un centre médical dans lequel il s'est rendu pour y recevoir des soins: doit notamment être considérée comme visite au domicile du bénéficiaire la prestation faite par un médecin appelé dans un home pour vieillards, une garderie d'enfants ou tout établissement dans lequel le bénéficiaire séjourne dans un but autre que celui de subir une observation ou un traitement médical, ou encore sur la voie publique en cas d'accident.

Au contraire, il convient d'entendre par consultation au cabinet du médecin la prestation pour laquelle le bénéficiaire demandeur de soins se déplace pour la recevoir: doit notamment être considérée comme consultation au cabinet du médecin la prestation faite par un médecin consulté dans un service de clinique ou polyclinique.

Dès lors, les consultations données dans les entreprises, disposant ou non d'un service médical, aux travailleurs qui y sont occupés doivent être considérées comme des visites à domicile.

Dans ces conditions, les visites effectuées par un médecin spécialiste ne donnent lieu à aucun remboursement de l'assurance.

S'il s'agit de cabinets médicaux fonctionnant au sein d'une entreprise et ouverts à d'autres personnes que les travailleurs de ladite entreprise, il faut considérer les soins éventuellement donnés à des personnes étrangères à l'entreprise comme des prestations effectuées au cabinet du médecin.