

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
Tervurenlaan 211 - 1150 Brussel

Dienst voor geneeskundige verzorging

NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCAZ 2020-149

Brussel, 30 november 2020

BETREFT

Artsen - Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – Wijziging van **artikel 2 (Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen)** en **artikel 12 (Anesthesiologie)** - Ontwerp van koninklijk besluit

BIJLAGEN

Bijlage 1: ontwerp van koninklijk besluit
Bijlage 2: gecoördineerde versie van de nomenclatuur
Bijlage 3: actuariële analyse

INHOUD van het VOORSTEL

1. In artikel 2

- ° Invoering van een nieuwe nomenclatuurcode voor anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie.
- ° Schrappen van de verstrekkingen 102815 en 102830.

2. In artikel 12

- ° Aanpassing § 3.2°.a)
- ° Vervangen term 'geneesheer' door arts in het volledige artikel
- ° Harmonisering titel arts-specialist in de anesthesie-reanimatie in het volledige artikel

Het voorstel werd uitgewerkt door een adhoc werkgroep binnen de werkgroep heekunde onder het voorzitterschap van dr. Steven Brabant.

MOTIVERING

Het nationaal akkoord 2020 voorziet in het volgende:

6.3. Raadpleging pre-anesthesie

Overeenkomstig de richtlijnen van het KCE (Het preoperatief onderzoek, rapport 5, 2004) vormt de uitvoering van een preoperatief onderzoek door een anesthesist een noodwendigheid. Ook in het kader van de ziekenhuisaccreditering zijn terzake duidelijke normen voorzien. Recent werden de werkzaamheden in de schoot van een werkgroep van de TGR gestart om na te gaan onder welke voorwaarden een pre anesthesie raadpleging kan worden georganiseerd voor patiënten die in een klassieke hospitalisatie een ingreep zullen ondergaan (tijdstip voor de ingreep, consultatie Sumehr, risicoclassificatie, informed consent, verslag, ...).

De NCAZ stelt voor om terzake tegen 30 juni 2020 een voorstel uit te werken met een inwerkingtreding in verschillende fasen.

Een anesthesiologische evaluatie door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie gebeurt actueel bij elke patiënt die een verstrekking (meestal heelkundig) onder anesthesie (algemene of locoregionale) dient te ondergaan.

Een geselecteerde groep van patiënten heeft echter preoperatief nood aan medische optimalisatie teneinde de anesthesie en de ingreep vlotter te laten verlopen en ten einde het risico op morbiditeit en mortaliteit te verminderen. De invoering van deze nieuwe verstrekking dient in deze context gekaderd te worden.

Ten einde dat de anesthesist de indicatie voor deze verstrekking kan stellen dient deze, voldoende voorafgaandelijk voor de ingreep, te beschikken over diverse medische gegevens van de patiënt. De informatie uit de afgenomen (gestandaardiseerde) patiënten preoperatieve vragenlijsten is hierbij essentieel. De huisarts heeft een belangrijke rol bij het overmaken van deze gegevens alsook bij het overlopen/opstellen van de vragenlijst en het doorgeven van het medicatieschema.

Deze vroegtijdige evaluatie is zeker geïndiceerd bij geselecteerde patiënten omdat er nood kan zijn voor het aspect van de optimalisatie. Dat deze verstrekking meerdere dagen voor de ingreep onder anesthesie dient te gebeuren is logisch want anders is er onvoldoende tijd voor de optimalisatie. Enkele mogelijkheden:

- Met een ASA-score van III of hoger (American Society of Anesthesiology)
- Eventueel bij middelgrote ingrepen en zeker bij grote ingrepen bij een ASA I of ASA II patiënt
- Bij een voorgeschiedenis aan allergie voor anesthesieproducten (bijv. spierverslappers)
- Bij een andere reden op vraag van de huisarts en/of chirurg

Deze evaluatie door de anesthesist dient geplaatst te worden in een continuüm van patiënt gecentreerde zorg waarbij de chirurg, de huisarts, de internist, ... hun eigen invulling hebben.

Deze nieuwe verstrekking vereist de fysieke aanwezigheid van de arts-specialist in anesthesie-reanimatie conform artikel 1, § 4 bis II. A. a) van de nomenclatuur.

Doelstelling

Deze verstrekking heeft als doel:

1. Het opmaken van een specifiek anesthesiedossier met inbegrip van voorgeschiedenis, huidige medische status, huidige medicatie, eventuele anesthesieproblemen, eventuele allergie en de gegevens uit de gestandaardiseerde patiënt vragenlijsten.
2. Het risico bepalen, nl. de risicostratificatie van de anesthesie verstrekking in het kader van de geplande interventie met soms nood aan bijkomende evaluatie en/of onderzoek
3. Het proactief anticiperen op potentiële peroperatieve problemen:
 - door het veralgemeend opsporen van risico patiënten d.m.v. afname ASA-score
 - door het analyseren van detailgegevens van patiënten met een vroeger doorgemaakt anesthesie- of peroperatief probleem, bijv. anafylactische reactie op een spierontspanner, ...
4. Het bepalen van de anesthesie techniek
5. En absoluut het initiëren van een preoperatieve medische optimalisatie volgens indicatie.

Meer en meer wordt, ook ondersteund door wetenschappelijke studies, het belang van peroperatieve geneeskunde centraal gesteld. Een onderdeel daarvan is de hogervermelde preoperatieve-preanesthesie evaluatie en optimalisatie.

Bij de geselecteerde patiënten is het duidelijk aangetoond dat in de preoperatieve fase een peroperatieve optimalisatie peroperatieve morbiditeit en mortaliteit gunstig beïnvloed. Dit is niet zozeer organisatorisch maar duidelijk medisch van aard.

Dit kan zowel voor gezonde patiënten (bijv. rokers) als voor patiënten met een hogere ASA-score nodig zijn.

Omtrent de diverse topics die daar deel van uitmaken wordt verwezen naar de wetenschappelijke motivatie (zie verder).

Enkele elementen die van belang zijn:

1. Rookstop dient 4 weken voor de ingreep te gebeuren voor het bekomen van hogere PaO₂-bloedwaarden, bronchiale trilhaarfunctie, verminderde hoestreflex
2. Het behandelen van patiënten met randnormale bloeddrukwaarden, minder goed gecontroleerde hypertensie, het verder zetten van bètablokkers maar het stoppen van ACE-remmers,...
3. Het optimaliseren van de bloedstolling bij patiënten met bloedontstollende of antitrombotische medicatie rekening houdend met de ernst en het bloedingsrisico van de ingreep, de gekozen anesthesietechniek, de indicatie voor de medicatie: preventie (primair of secundair), therapeutisch
4. Het beslissen tot verderzetten of stopzetten van chronische medicatie, kruidenpreparaten en/of voedingssupplementen
5. Het toedienen van Fe-supplementen bij patiënten met ferriprievige anemie
6. Het opstarten van ademhalingskinesitherapie i.k.v thoracale chirurgie of open bovenbuik chirurgie
7. Het optimaliseren van de nutritietoestand
8. Het registreren van bijzondere aandachtspunten (bijv. nood aan preoperatieve dialyse, de arm die niet mag aangeprikt worden voor een infuus, ...)

De keuze voor de anesthesietechniek kan enkel en alleen door een arts-specialist voor anesthesie en reanimatie bepaald worden. De anesthesist baseert zich hiervoor op diverse elementen.

Meer en meer aandacht gaat naar het reeds vroegtijdig en dus preoperatief-preanesthesie voorbereiden van de onmiddellijke postoperatieve periode. Het belang daarvan neemt toe met de evoluties binnen de heelkunde waarbij o.a. betere techniek en minder invasiviteit wordt aangewend resulterend in een sneller herstel en een korter ziekenhuisverblijf van de patiënt. Hiertoe behoort zeker het postoperatieve pijnstillingsbeleid.

De betrokkenheid van de patiënt in de eigen medische evolutie is van groot belang. Principes van transparantie in zorg en medebeslissing zijn van tel. De huisarts en de chirurg hebben daarbij ook een grote rol te vervullen. De preoperatieve-preanesthesie evaluatie en optimalisatie biedt in dat kader ook diverse voordelen. De anesthesist kan er specifieke uitleg geven over potentiële risico's, het peroperatief verloop, de gebruikte anesthesietechniek. De patiënt dient de mogelijkheid te hebben om daarover na te denken, zich bijkomend te informeren en eventueel een tweede advies te vragen. Dit zal ten dele resulteren in angstreductie voor de patiënt

Timing

Het initiëren en uitvoeren van een dergelijke preanesthesie/preoperatieve optimalisatie kan enkel indien er de tijd toe is en dient dan ook (wetenschappelijk ondersteund) door te starten minstens 8 dagen voor de geplande operatie.

Dat biedt de mogelijkheid om de patiënt fysiek te evalueren, bijkomende medische of technische onderzoeken te voorzien, deze bijkomende resultaten ervan te evalueren en al dan niet nog preoperatief het beleid aan te passen. Het voordeel is dat in de meeste gevallen de geplande operatiedatum kan behouden worden.

Dit laatste principe qua tijdsvenster heeft als gevolg dat de nomenclatuurcode niet kan geattesteerd worden in het kader van heelkunde die voorzien is 8 dagen na de planning ervan.

Wetenschappelijke studies tonen aan dat preoperatieve technische evaluaties ook een zekere “houdbaarheidsdatum” hebben indien de conditie van de patiënt niet wijzigt.

Aanvullende voordelen

Een dergelijke evaluatie heeft ook nog organisatorische voordelen die een grote impact kunnen hebben op de dagelijkse werking binnen het operatiekwartier. Deze zijn niet-limitatief:

- Het vermijden van onverwacht uitstel van een operatie op de dag van de ingreep (*bijv. als blijkt dat patiënt orale anticoagulantie niet tijdig gestopt heeft*)
- Het beter schikken van de operatieplanning: *bv een latex-allergische patiënt als eerste, een MRSA-gekoloniseerde als laatste op de operatielijst*
- Het voorzien van een geplande opname op intensieve zorg, het converteren van een initieel geplande daghospitalisatie naar een klassieke hospitalisatie omwille van medische redenen, ...
- Kaderend in totaal programma's “joint care” bij heup- en knieprothese
- Het beter ondersteunen van de informatie aan de patiënt omtrent het peroperatief gebeuren
- Het wijzen op de patiënt van de noodzaak om bepaalde apparatuur niet vergeten mee te nemen naar het ziekenhuis, ... (*bijv. nachtelijk CPAP-toestel,...*)
- Het reduceren van de piekdruk qua werkbelasting voor verpleegkundigen (de ochtend van de ingreep) doordat alles al geregeld is, er geen nieuwe onderzoeken nodig zijn en er geen “snel-snel”-organisatie moet zijn voor vergeten technische onderzoeken (*bijv. EKG*)

DOELPOPULATIE

Elke patiënt die een ingreep ondergaat waar een anesthesie (algemeen of locoregionaal) toegepast wordt door een anesthesist en waarvoor op basis van een preoperatieve vragenlijst de noodzaak blijkt tot een optimalisatie.

LIBELLE (voorzien in artikel 2 van de nomenclatuur)

AAA123

Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de arts-specialist in de anesthesie-reanimatie N 9,9

BBB123

Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de geaccrediteerde arts-specialist in de anesthesie-reanimatie N 9,9 + Q 30

TOEPASSINGSREGELS

De code is attesteerbaar:

1. Indien de uitvoering gebeurt in een medisch kabinet
2. In een tijdsperiode van minstens 8 dagen voor de voorziene ingreep
3. Indien er een gedetailleerde weerslag is in het elektronisch en gedeeld medisch dossier
4. Enkel attesteerbaar na een interpretatie door een arts-specialist in anesthesie-reanimatie van een voordien afgenomen preoperatieve vragenlijst (inclusief de eventueel aangeleverde evaluatie, onderzoeken en medicatieschema door de huisarts en/of verwijzende arts-specialist) van waaruit de indicatie gesteld wordt voor de verstrekking.
5. Ook op vraag/verwijzing van de huisarts en/of de betrokken arts-specialist of op gegronde vraag van de patiënt.

Deze toepassingsregels kunnen herzien worden in functie van de nood daartoe.

WETENSCHAPPELIJKE MOTIVATIE

Om de bewezen wetenschappelijke waarde met positieve outcome aan te tonen wordt verwezen naar het referentieartikel van de European Association of Anesthesiology (ESA) uit 2018. Wetenschappelijk gevalideerde richtlijnen worden er gepresenteerd op basis de beschikbare klinische evidentie. Hiervoor werden elektronische databanken nagekeken van juli 2010 tot mei 2016, een totaal van 34.066 abstracts werd nagelezen. Goed uitgevoerde gerandomiseerde studies over dit onderwerp zijn beperkt en daarom berusten de richtlijnen grotendeels op expert ervaringen. Met deze ESA 2018 guidelines wordt een overzicht gegeven van de huidige evidence based wetenschap over dit onderwerp zodat anesthesisten over heel Europa dit kunnen toepassen in hun dagelijkse praktijk.

Een Engelstalige samenvatting wordt hieronder weergegeven:

The ESA guidelines on pre-operative evaluation of adults undergoing elective non-cardiac surgery provide an assessment of the quality of the evidence in order to allow anesthesiologists all over Europe to integrate this knowledge into daily patient care. Well performed randomized studies on the topic are limited, many recommendations relay on expert opinion. The Grade system is used to assess the level of evidence and to grade recommendations.

Why do we perform pre-operative evaluation?

1. Identification of patients with increased risk of morbidity and mortality in the peri-operative period, in addition to those risks associated with any underlying disease.
2. Design peri-operative strategies to reduce additional peri-operative risks.

How should a pre-operative consultation clinic be organized?

1. Tools: pre-operative computer-based evaluation tools, based on well-conceived standardized questionnaires (2B), whenever possible, their use may improve the quality of assessment, improve workflow in pre-operative assessment.
2. Tools: implementation of functional measures such as level of independence, frailty and level of anxiety. (1B)
3. Timing: sufficient time lapse between pre-operative evaluation and the scheduled procedure for any advisable pre-operative intervention and improve patient outcome.(2C)
4. Who? Pre-operative assessment may be carried out by a nurse or a physician, but we recommend that it should be concluded by a physician anesthetist. (1C)

How should the patient be informed about peri-operative risks?

1. Inclusion of pre-operative informed consent in every pre-operative consultation is recommended. (1B)
2. A web-based approach is suggested, due to feasibility and ease. (2B)
3. Improve clinicians' communication skills is recommended. (1B)

How should a pre-operative assessment of a patient be performed?

Specific clinical conditions

- Cardiovascular disease
 1. Selected patients with cardiac disease undergoing low and intermediate-risk may be referred by the anesthesiologist for cardiological evaluation and medical optimization. (2C)
 2. NSQIP model or RCRI for cardiac peri-operative risk stratification. (1B)
 3. Peri-operative continuation of Beta-blockers. (1B)
- Respiratory disease, smoking, OSAS (obstructive sleep apnoe)
 1. Careful evaluation of OSAS for a potentially difficult airway and special vigilance required in the immediate postoperative period. (1B)
 2. Use of a specific questionnaire for OSAS: STOP BANG questionnaire (1B).
 3. Use of CPAP in the peri-operative period for patients with OSAS. (2B)
 4. Smoking cessation of at least 4 weeks prior to surgery to reduce postoperative complications. (2A)

- Renal disease
 1. Identifying of risk factors of postoperative AKI (acute kidney injury), associated with poor outcomes and high healthcare costs.
 2. Use calculated GFR instead of serum creatinine for renal function evaluation and prediction of postoperative morbidity and mortality.
- Diabetes
 1. Patients with known diabetes should be managed as patients with known or suspected cardiovascular disease
 2. Control of blood sugar and HbA1c in healthy patients scheduled for major orthopedic or vascular surgery.
 3. Blood glucose testing and HbA1c in patients with known diabetes mellitus. (2A)
- Obesitas
 1. Pre-op assessment of the obese must include at least the STOP BANG questionnaire, clinical evaluation, ECG, oximetry and/or polysomnography. (2B)
 2. Neck circumference at least 43cm as well as a high Mallampati score = difficult intubation. (2C)
- Coagulation disorders
 1. Assessment of the bleeding history, including a physical examination is the best way to identify impaired hemostasis and/or increased bleeding complications (1B)
 2. Simple laboratory tests like platelet count = prognostic (2A)
 3. Elective surgical procedures safely performed while on Clopidogrel without increased peri-operative bleeding risk. (2C)
- Anemia and pre-operative blood conservation strategies
 1. Treat known iron deficiency anemia with IV iron before elective procedures. (1B)
 2. Using parenteral iron rather than oral iron supplements.
 3. Erythropoietin supplements for anemic patients before elective surgery. (2B)
 4. Best results: IV iron together with erythropoiesis-stimulating agents. (1C)
- The Geriatric patient
 1. Assessment of functional status, preferably through comprehensive geriatric measures. (1B)
 2. Comorbidities and multiple morbidities, using age-adjusted scores. (1B)
 3. Poly medication and inappropriate medication (mostly anticholinergic or sedative-hypnotic drugs). Evaluation of medication is recommended. (1B)
 4. Cognitive impairment predicts complications and mortality. Evaluation with validated tools. (1B)
 5. Depression is related to increased complication rates. (1B)
 6. Evaluation and management of risk factor for POD, postoperative delirium.
 7. Sensory impairment, minimize time spent in the peri-operative setting without sensory aids. (1B)
 8. Malnutrition, assessment of nutritional status preferably by Nutritional Risk Screening.
 9. Frailty assessment. Edmonton Frailty Scale.
- Alcohol and drug misuse and addiction
 1. Pre-operative detection or AUD: combination of CAGE questionnaire and laboratory tests such as GGT and CDT (1C)
 2. Use a computerized self-assessment questionnaire (1C)
- Neuromuscular disease
 1. Early pre-operative consultation (2B)
 2. Assessment of pulmonary function and cardiac function for quantifying the degree of cardiomyopathy. (2B)
 3. Pre-operative optimization. (2C)

How to deal with the following concurrent medication?

- Herbal medication
 1. Ask explicitly about the intake of herbal drugs, some may increase bleeding in the peri-operative period. (2B)
 2. Stop herbal medicine 2 weeks prior to surgery. (2B)
- Psychotropic drugs
 1. Patients chronically treated with TCA: comprehensive cardiac evaluation prior to anesthesia. (2B)
 2. Antidepressant treatment: not be discontinued (1B)
 3. Insufficient evidence for discontinuation of SSRI. (2B)
 4. Irreversible MAOIs: stop at least 2 weeks, change to a reversible MAOI. (1C)
 5. Continue antipsychotic medication in patients with chronic schizophrenia. (2B)
 6. Stop lithium administration 72h prior to surgery. (2B)
- Peri-operative bridging of anticoagulation therapy
 1. Continuation of VKA in minor surgical procedures, such as cataract or minor soft tissue surgery. (1B)
 2. No bridging in patients on DOAC therapy; (1C)

How should the airway be evaluated?

1. Screening for Difficult Mask Ventilation: medical history, surgical history, history of difficult airway management and examination of previous anesthetic records. (1A)
2. Pre-anesthesia assessment for difficult airway needs the combination of different validated evaluation criteria. (1A)
3. Mallampati classification alone not enough for predicting
4. Difficult Mask Ventilation: 2 or more of following factors: BMI of 30, severely limited jaw protrusion, snoring, Mallampati class 3 or 4, presence of a beard and age at least 57 years. (1C)
5. Difficult intubation: ULBT(upper lip bite test) + thyromental distance + interincisor distance = reliable predictor (2A)

The place of risk indices and biomarkers

1. ASA- scoring: stratify mortality risk (1B)
2. RCRI : peri-operative cardiovascular risk (1B)
3. ASA , RCRI, NSQIP, MICA: peri-operative morbidity risk (1C)
4. Nottigham hip Fracture Score: peri-operative mortality risk in patients undergoing surgery for hip fractures (2C)
5. STOP BANG questionnaire: OSAS and postoperative complications. (1C)
6. Preoperative measurements of natriuretic peptides: risk stratification in intermediate or high-risk patients undergoing vascular or major thoracic surgery or major general or orthopedic surgery.(1C)

Postoperative nausea and vomiting

1. Implementing an PONV guideline to the local clinical setting (1B)
2. Pre-operative PONV scoring(2B)

In summary, the guidelines from the ESA on the pre-operative evaluation of the adult patient undergoing elective non cardiac surgery will not provide absolute practice directives, rather it represents a valid and valuable framework to support deliberate decision-making by individual end-users, to give direction on care improvement at institutional or even national level and to further research efforts

BUDGETTAIRE WEERSLAG

Het voorstel leidt tot een maximale meerkost van **5,988 miljoen euro** wat **binnen de beschikbare middelen** valt van 6 miljoen euro die voorzien zijn in het Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020.

Aanvullend:

In bepaalde gevallen kunnen bijkomende evaluaties door artsen-specialisten alsook technische onderzoeken uitgevoerd worden wat een budgettaire weerslag zal kennen en niet inbegrepen is in het budget van 9 miljoen €. We denken dat dit eerder budget neutraal zal zijn omwille van diverse redenen die kostenbesparend werken:

- Het vermijden van dubbele onderzoeken bij een patiënt die reeds eerder een andere ingreep onderging,
- Het meer selectiever plannen van bijkomende onderzoeken.
- Het vermijden van kosten tgv het optreden van vermijdbare peroperatieve complicaties

En daarnaast komt dit overeen met wat actueel verricht en dus geattesteerd wordt.

Er kan overwogen worden om daaromtrent aanbevelingen op te maken alsook eventueel een vaste testbatterij aan bloedanalyses (“preoperatieve bloedafname”) in te voeren. Dit op wetenschappelijke basis en in lijn met de vroegere KCE-aanbevelingen.

ADMINISTRATIEVE WEERSLAG

Een monitoring van de aantal aangerekende prestaties moet in de aanvangsfase gebeuren om de inwerkingtreding van deze maatregel te kunnen evalueren om de afgesproken inwerkingtreding in fasen te kunnen bijsturen indien nodig.

PROCEDURE

Wettelijke basis : artikel 35, § 2, 1° - Wet 14-07-1994 – Initiatief van de Technische Geneeskundige Raad

Voorgeschiedenis

Werkgroep Heelkunde TGR van 1 september 2020.

Voltaillige zitting TGR van 20 oktober 2020

OPDRACHT van de NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

De Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen wordt verzocht te beslissen over de overmaking van het ontwerp van koninklijk besluit (bijlage 1) aan de Commissie voor Begrotingscontrole en aan het Verzekeringscomité.

BIJLAGE 1

KONINKRIJK BELGIE

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

@ - Koninklijk besluit tot wijziging van de artikelen 2 en 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, artikel 35, § 1, vijfde lid, en § 2, eerste lid, 1°, gewijzigd bij de wet van 20 december 1995 en bij het koninklijk besluit van 25 april 1997, bekrachtigd bij de wet van 12 december 1997;

Gelet op de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen;

Gelet op het voorstel van de Technische geneeskundige raad, gedaan tijdens zijn vergadering van @;

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

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van @;

Gelet op het advies van de Commissie voor Begrotingscontrole, gegeven op @;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging

ANNEXE 1

ROYAUME DE BELGIQUE

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

@ - Arrêté royal modifiant les articles 2 et 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, alinéa 5, et § 2, alinéa 1^{er}, 1°, modifié par la loi du 20 décembre 1995 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997;

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

Vu la proposition du Conseil technique médical formulée au cours de sa réunion du @ ;

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

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du @ ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le @ ;

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

van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van @;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op @;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van @;

Gelet op advies @ van de Raad van State, gegeven op @, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le @ ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le @ ;

Vu l'avis @ du Conseil d'Etat, donné le @, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij:

Nous avons arrêté et arrêtons :

Artikel 1. In artikel 2 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 3 oktober 2018, worden de verstrekkingen 102815 en 102830 en de toepassingsregel die erop volgt, vervangen als volgt:

Article 1^{er}. Dans l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 3 octobre 2018, les prestations 102815 et 102830 et la règle d'application qui les suit, sont remplacées par ce qui suit :

“101636
Anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie.....N 9,9

« 101636
Evaluation et optimisation anesthesiologiques préalables à une prestation sous anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation.....N 9,9

101651
Anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door een geaccrediteerde arts-specialist in de anesthesie-reanimatie.....N 9,9 + Q 30

101651
Evaluation et optimisation anesthesiologiques préalables à une prestation sous anesthésie par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation accrédité.....N 9,9 + Q 30

De verstrekkingen 101636 en 101651 mogen slechts aangerekend worden indien de voorwaarden opgenomen in artikel 12, § 3, 2° a), zijn vervuld.”

Les prestations 101636 et 101651 peuvent uniquement être portées en compte si les conditions reprises à l'article 12, § 3, 2° a), sont remplies. ».

Art. 2. In artikel 12 van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige

Art. 2. A l'article 12 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu

verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 2 oktober 2019, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° in de Nederlandse tekst worden de woorden “geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie” telkens vervangen door de woorden “arts-specialist in de anesthesie-reanimatie”;

2° in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer” telkens vervangen door het woord “arts”;

3° in de Nederlandse tekst wordt het woord “geneesheer-specialist” telkens vervangen door het woord “arts-specialist”;

4° in paragraaf 1 worden de volgende wijzigingen aangebracht:

a) de titel van paragraaf 1 wordt vervangen als volgt:

“**Art. 12. § 1.** Honoraria voor de artsen-specialisten voor in de anesthesie-reanimatie”;

b) in de titel van paragraaf 1, b) worden de woorden “geneesheer-specialist voor anesthesie” vervangen door de woorden “arts-specialist in de anesthesie-reanimatie”;

5° in paragraaf 3, 2° wordt de bepaling onder a) vervangen als volgt :

"a) het voorafgaande onderzoek van de zieke door de arts die de anesthesie verricht;

Een anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een heelkundige of interventionele verstrekking uit artikel 34 onder anesthesie (101636 en 101651) mag worden aangerekend door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie met het oog op een algemene of (loco)regionale anesthesie bij een patiënt die is opgenomen, op voorwaarde dat deze verstrekking minimum 8 dagen vóór de dag van de ingreep wordt verricht.”.

par l'arrêté royal du 2 octobre 2019, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans le texte en néerlandais, les mots « geneesheer-specialist voor anesthesie-reanimatie » sont chaque fois remplacés par les mots « arts-specialist in de anesthesie-reanimatie » ;

2° dans le texte en néerlandais, le mot « geneesheer » est chaque fois remplacé par le mot « arts » ;

3° dans le texte en néerlandais, le mot « geneesheer-specialist » est chaque fois remplacé par le mot « arts-specialist » ;

4° au paragraphe 1^{er}, les modifications suivantes sont apportées :

a) le titre du paragraphe 1^{er} est remplacé par ce qui suit :

« **Art. 12. § 1^{er}.** Honoraires pour les médecins spécialistes en anesthésiologie-réanimation » ;

b) dans le titre du paragraphe 1^{er}, b), le mot « anesthésiologie » est remplacé par le mot « anesthésiologie-réanimation » ;

5° dans le paragraphe 3, 2°, le a) est remplacé par ce qui suit :

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

Une évaluation et optimisation anesthésiologique précédant une intervention chirurgicale ou une intervention interventionnelle de l'article 34 sous anesthésie (101636 et 101651) peut être portée en compte par un médecin spécialiste en anesthésie-réanimation en vue d'une anesthésie générale ou (loco)régionale pratiquée chez un patient hospitalisé, à condition que cette prestation soit exécutée minimum 8 jours avant le jour de l'intervention. ».

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

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

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

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

Gegeven te

Donné à

VAN KONINGSWEGE:
De Minister van Sociale Zaken en
Volksgezondheid,

PAR LE ROI :
Le Ministre des Affaires sociales et de la
Santé publique,

Frank VANDENBROUCKE

**RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIEEN EN ANDERE
VERSTREKKINGEN**

Art. 2

officieuze coördinatie

**HOOFDSTUK II. - RAADPLEGINGEN, BEZOEKEN EN ADVIEZEN, PSYCHOTHERAPIEEN EN
ANDERE VERSTREKKINGEN.**

Art. 2.

.....

*101054 Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheer, houder van het diploma van
licentiaat in de tandheelkunde (TL) N 5,53*

~~*102815 Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-
reanimatie N 8*~~

~~*102830 Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-
reanimatie geaccrediteerd N 8 + Q 30*~~

***101636 Anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking
onder anesthesie door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie N 9,9***

***101651 Anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking
onder anesthesie door een geaccrediteerde arts-specialist in de anesthesie-reanimatie
N 9,9 + Q 30***

*De pre-anesthesie-raadplegingen (102815 en 102830) verstrekkingen 101636 en 101651
mogen slechts aangerekend worden indien de voorwaarden opgenomen in artikel 12, § 3,
2° a), zijn vervuld.*

*102896 Raadpleging in de spreekkamer door een geneesheerspecialist in de geriatrie,
inclusief eventueel schriftelijk verslag N 16*

.....

ANESTHESIOLOGIE
officieuze coördinatie

Art. 12

AFDELING 3. - Anesthesiologie.

Art. 12. § 1. Honoraria voor de geneesheren **artsen**-specialisten voor **in de anesthesie-reanimatie**.

a) Anesthesie verricht tijdens een verstrekking :

"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991) + "K.B. 27.2.2002" (in werking 1.3.2002)

"	1400	200012	200023	Gerangschikt in een hogere categorie dan K 600 of N 1000 of I 1500	K	360	
	1401	200034	200045	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 600 of N 1000 of I 1500 en hoger dan K 510 of N 850 of I 1000	K	300	
	1402	200056	200060	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 510 of N 850 of I 1000 en hoger dan K 450 of N 750 of I 850	K	255	
	1403	200071	200082	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 450 of N 750 of I 850 en hoger dan K 390 of N 650 of I 750	K	225	
	1404	200093	200104	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 390 of N 650 of I 750 en hoger dan K 300 of N 500 of I 600	K	198	
	1405	200130	200141	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 300 of N 500 of I 600 en hoger dan K 270 of N 450 of I 550	K	129	
	1406	200152	200163	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 270 of N 450 of I 550 en hoger dan K 240 of N 400 of I 450	K	117	
	1407	200196	200200	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 240 of N 400 of I 450 en hoger dan K 180 of N 300 of I 350	K	105	
	1408	200211	200222	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 180 of N 300 of I 350 en hoger dan K 120 of N 200 of I 250	K	72	
	1409	200255	200266	Gerangschikt in categorie K 120 of N 200	K	51	"
				<i>"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991) + "K.B. 3.6.2007" (in werking 1.4.2007)</i>			
				<i>"Algemene, rachi-, epidurale of plexus brachialisanesthesie verricht tijdens een verstrekking :"</i>			
				<i>"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991)</i>			
"	1410	201073	201084	Gerangschikt in een categorie lager dan K 120 of N 200 of I 200 en hoger dan K 75 of N 125 of I 125	K	45	
	1411	201110	201121	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 75 of N 125 of I 125 en hoger dan K 24 of N 40 of I 40	K	36	
	1412	201132	201143	Gerangschikt in een categorie gelijk aan of lager dan K 24 of N 40 of I 40	K	30	"
				<i>"K.B. 10.7.1996" (in werking 1.9.1996)</i>			

BIJLAGE 2

"	1413	201154	201165	Bijkomend honorarium voor de heelkundige bewerking onder diepe hypothermie (centrale temperatuur onder 33°)	K	90	"
				<i>"K.B. 30.1.1986" (in werking 1.7.1986)</i>			
"	1414	201176	201180	Bijkomend honorarium voor de ingrepen op het hart of op de grote intrathoracale bloedvaten, met extracorporale circulatie of voor de verstrekkingen nrs. 318010 - 318021, 318054 - 318065 en 318076 - 318080	K	240	"
				<i>"K.B. 26.3.2003" [in werking 1.4.2003 ("K.B. 22.4.2003" + Erratum B.S. 29.4.2003)]</i>			
"		201353	201364	Bijkomende honoraria voor ingrepen op het hart of de grote intrathoracale bloedvaten, op kloppend hart, zonder extracorporele circulatie	K	240	
				De verstrekking 201353 - 201364 is niet cumuleerbaar met de verstrekking 201176 - 201180."			
	1415	201191	201202	Algemene anesthesie bij intrabuccale curietherapie	K	72	
	1416	201213	201224	Algemene anesthesie bij gynecologische of andere curietherapie	K	36	
	1417	201235	201246	Algemene anesthesie bij extractie van ten minste acht tanden, met of zonder alveolotomie, met of zonder conserverende tandverzorging	K	72	
	1418	201250	201261	Algemene anesthesie bij extractie van minder dan acht tanden met of zonder alveolotomie en/of conserverende tandverzorging	K	45	
	1419	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	
				<i>"K.B. 25.1.2011" (in werking 1.4.2011) + "K.B. 11.2.2013" (in werking 1.3.2013)</i>			
"		201375	201386	Individueel toezicht op de vitale en niet-vitale functies van een patiënt, door de geneesheerarts-specialist voor in de anesthesie-reanimatie, bij de heelkundige verstrekkingen 246595-246606, 246912-246923 en 246610-246621	K	72	
				De in voorkomend geval uitgevoerde sedatie of anesthesie (plaatselijke, regionale of algemene) is inbegrepen in verstrekking 201375-201386 en kan niet afzonderlijk worden aangerekend."			
				<i>"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991) + "K.B. 18.2.1997" (in werking 1.4.1997) + "K.B. 18.9.2008" (in werking 1.12.2008)</i>			
"		201294	201305	Bijkomend honorarium voor een anesthesie, verricht bij een heelkundige verstrekking waarvan de waarde meer bedraagt dan K 750 of N 1250, met uitsluiting van de heelkundige verstrekkingen die overeenstemmen met de nrs. 201154 – 201165, 201176 – 201180 en 201353 – 201364	K	120	"

BIJLAGE 2

			<i>"K.B. 3.6.2007" (in werking 1.4.2007) + K.B. 2.10.2019" (in werking 1.12.2019)</i>		
"	201095	201106	Algemene anesthesie bij de verstrekkingen 532733-532744, 532873-532884 of 532895-532906"	K	45 "
			<i>K.B. 3.6.2007" (in werking 1.4.2007)</i>		
			"b) Honoraria voor de geneesheer arts specialist voor in de anesthesie-reanimatie, wanneer hij, bij de verloskundige verstrekkingen nrs. 423010 - 423021 of 424012 - 424023, voor één van de volgende verstrekkingen wordt bijgeroepen :		
1420	202016	202020	Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij een ingewikkelde verlossing met forcipale extractie of met inwendige kering gevolg door grote extractie	K	72
1421	202031	202042	Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij hechten van perineum, losmaken van de placenta of manuele repositie van een uterusinversie	K	36
1422	202053	202064	Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij hechten van een scheur van de baarmoederhals	K	45
1423	202075	202086	Algemene, rachi- of epidurale anesthesie bij perineorrhafie en refectie van de sfincter ani wegens volledige scheur	K	72
1425	202090	202101	Epidurale anesthesie en het toezicht erop, gedurende de verschillende stadia van de verlossing, inclusief de dilatatieperiode en de eventuele in de verstrekkingen 202031 - 202042 en 202053 - 202064 vermelde obstetrische postpartummanipulaties	K	105
"	201390	201401	<i>"K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)</i> Bijkomend honorarium bij de verstrekking 202090-202101 wanneer deze 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht	K	27
			Voor deze verstrekking is het tijdstip van de bevalling bepalend."		
			Van de onder b) bepaalde verstrekkingen mogen alleen eensdeels de verstrekkingen 202016 - 202020 en 202075 - 202086 en anderdeels de verstrekkingen 202090 - 202101 en 202075 - 202086 worden gecumuleerd, en dit onder de in § 3, 6°, bepaalde voorwaarden.		
			<i>"K.B. 2.6.2003" (in werking 1.8.2003) + "K.B. 9.11.2015" (in werking 1.2.2016)</i>		
			"c)		
202193	202204		Epidurale anesthesie en het toezicht erop, gedurende de verschillende stadia van de verlossing, uitgevoerd door een vroedvrouw, voorzien onder de nummers 422225, 423500, 422671 en 423673, inclusief de dilatatieperiode en de eventuele in de verstrekkingen 202031 - 202042 en 202053 - 202064 vermelde obstetrische postpartummanipulaties	K	105 "
			<i>"K.B. 25.3.2018" (in werking 1.6.2018)</i>		

BIJLAGE 2

"	202215	202226	Bijkomend honorarium bij de verstrekking 202193-202204 wanneer deze 's nachts, tijdens het weekend of op een feestdag wordt verricht	K	27	
			Voor deze verstrekking is het tijdstip van de bevalling bepalend."			
			"K.B. 15.5.2003" (in werking 1.7.2003) + "K.B. 14.1.2013" (in werking 1.2.2013) + "K.B. 25.1.2019" (in werking 1.4.2019)			
			"d) Acute pijnbehandeling			
		202322	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en de dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morfinomimetica en/of lokale anesthetica en eventueel co-analgetica via peridurale/epidurale weg (PCEA, patient controlled epidural analgesia) postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet	K	77	
		202344	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en de dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van morfinomimetica en eventueel co-analgetica via intraveneuze weg (PCIA, patient controlled intravenous analgesia), postoperatief en/of na polytrauma, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet	K	56	"
			"K.B. 25.1.2019" (in werking 1.4.2019)			
"	202871	202882	Forfaitair honorarium voor het opstarten, de programmering en de dagelijkse supervisie en registratie, door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie, van een patiënt-gecontroleerde analgesie-pomp PCA (patient controlled analgesia) voor toediening van lokale anesthetica en eventueel co-analgetica via een zenuw of zenuwplexus (PCNB, patient controlled nerve block), postoperatief, inclusief het gebruikte materieel en exclusief de gebruikte farmaca. De PCA-pomp moet toelaten volgende 4 parameters te programmeren : continue snelheid, PCA-dosis, PCA-blokkering en tijdslimiet	K	65	"
			"K.B. 14.1.2013" (in werking 1.2.2013) + "K.B. 25.1.2019" (in werking 1.4.2019)			
			"De verstrekkingen 202322, 202344 en 202871-202882 kunnen slechts eenmaal aangerekend worden tijdens eenzelfde hospitalisatieperiode.			
			De verstrekkingen 202322, 202344 en 202871-202882 zijn onderling niet cumuleerbaar."			

BIJLAGE 2

			<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i>		
			e) Chronische pijnbehandeling"		
"	202355	202366	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Cervicale cordotomie door middel van percutane radiofrequente techniek, met gebruik van medische beeldvorming	K	225
	202370	202381	Percutane behandeling van het ganglion van Gasser door middel van radiofrequente stromen, glycerol of balloncompressie, met gebruik van medische beeldvorming	K	180
	202392	202403	Percutane behandeling van het ganglion, sphenopalatinum door middel van radiofrequente stromen, met gebruik van medische beeldvorming	K	180 "
"	202414	202425	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> Intraveneuze sympatectomie, aanrekenbaar maximaal viermaal per jaar, per zitting	K	30 "
"	202436	202440	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Selectieve diagnostische blokkade van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	K	30
			Percutane radiofrequente behandeling van de bezenuwing van de zygoapofysaire gewrichten, minimum drie gewrichtsniveaus (unilateraal), met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar"		
"	202451	202462	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> op cervicaal niveau	K	150
	202473	202484	op thoracaal niveau	K	120
	202495	202506	op lumbaal/sacraal niveau	K	120 "
"	202510	202521	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Selectieve diagnostische blokkade van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	K	30 "
			<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007 + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> "Percutane radiofrequente behandeling van het lumbaal of sacraal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming,"		
"	202532	202543	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007</i> 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	K	90 "
			<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i>		

BIJLAGE 2

"	202554	202565	2 ^{de} en volgende zenuwniveau (s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	K	45	"
"	202576	202580	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Selectieve diagnostische blokkade van het cervicaal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	K	30	"
"	202591	202602	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007 + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> "Percutane radiofrequente behandeling van het cervicaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming," <i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007</i> 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	K	120	"
"	202613	202624	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> 2 ^{de} en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	K	60	"
"	202635	202646	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Selectieve diagnostische blokkade van het thoracaal dorsaal ganglion met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per behandeling en zesmaal per jaar	K	30	"
"	202650	202661	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007+ "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> "Percutane radiofrequente behandeling van het thoracaal dorsaal ganglion, met gebruik van medische beeldvorming," <i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + Erratum B.S. 31.8.2007</i> 1 ^{ste} zenuwniveau, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	K	90	"
"	202672	202683	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> 2 ^{de} en volgende zenuwniveau(s), tijdens dezelfde zitting, aanrekenbaar maximaal tweemaal per jaar	K	45	"
"	202694	202705	Cryotherapie van zenuw of ganglion, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar	K	30	"
"	202716	202720	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Plaatsen, subcutaan tunnels en fixeren van een epidurale, intrathecale of plexuscatheter met het oog op een langdurige infusie van analgetica, al dan niet met gebruik van medische beeldvorming	K	90	"

BIJLAGE 2

	202731	202742	Selectieve diagnostische blokkade van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	K	45	
	202753	202764	Radiofrequente of chemische behandeling van de sympaticusstreng, op cervicaal, thoracaal of lumbo-sacraal niveau, met gebruik van medische beeldvorming, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	K	120	
	202775	202786	Radiofrequente of chemische behandeling van het ganglion coeliacum bilateraal, met gebruik van medische beeldvorming	K	180	"
"	202790	202801	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012) + "K.B. 11.9.2016" (in werking 1.11.2016)</i> Radiculaire of transforaminale infiltratie, met gebruik van medische beeldvorming, maximum een zenuwwortel per zitting, aanrekenbaar maximaal driemaal per jaar	K	45	"
	202812	202823	<i>Geschrapd door K.B. 11.9.2016 (in werking 1.11.2016)</i>			
"	202834	202845	<i>"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> Epidurale infiltratie met therapeutisch doel, op thoracaal of cervicaal niveau, uitgevoerd in een daartoe technisch uitgeruste ruimte binnen een erkende verplegingsinrichting, aanrekenbaar maximaal zesmaal per jaar	K	45	"
"	202856	202860	<i>"K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)</i> Bijkomend honorarium per zitting voor het gebruik van medische beeldvorming bij de verstrekkingen 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 en 202790-202801	K	20	"
			<i>"K.B. 7.8.1995" (in werking 1.9.1995) + "K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)</i> "§ 1bis. De verstrekkingen inzake anesthesie vermeld in de rubrieken a), b) en c) die worden verricht tijdens heelkundige of verloskundige verstrekkingen, bedoeld in de artikelen 9, c), 11, § 1, en 14, of tijdens percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvormingscontrole, bedoeld in artikel 34, met een betrekkelijke waarde gelijk aan of hoger dan K 120, N 200 of I 200 en de verstrekkingen inzake anesthesie vermeld in de rubriek e) met een waarde gelijk aan of hoger dan K 120, geven voor de geaccrediteerde geneesheer arts-specialist voor in de anesthesie - reanimatie, aanleiding tot een bijkomend honorarium voor accreditering Q 105, aanrekenbaar maximaal eenmaal per zitting Dat bijkomend honorarium is voorzien onder het nummer 202915 - 202926. Dat bijkomend honorarium wordt maximum één keer per operatiezitting toegekend."			

§ 2. *Geschrapd door K.B. 11.2.2013 (in werking 1.3.2013)*

BIJLAGE 2

§ 2bis. Geschrapt door K.B. 11.2.2013 (in werking 1.3.2013)

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)

"§ 3. 1°. De honoraria voor anesthesie vermeld in de rubrieken a), b) en c) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer arts of voor bezoek bij de zieke thuis.

2°. De honoraria voor anesthesieverstrekkingen vermeld in de rubrieken a), b) en c) omvatten :"

"K.B. 30.1.1986" (in werking 1.7.1986)

"a) het voorafgaande onderzoek van de zieke door de geneesheer arts die de anesthesie verricht;"

"K.B. 7.12.2005" (in werking 1.2.2006)

"Een **anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een heelkundige of interventionele verstrekking uit artikel 34 onder anesthesie (101636 en 101651)** ~~pre-anesthesie raadpleging~~ mag worden aangerekend door een geneesheerarts-specialist voor **in de anesthesie-reanimatie** met het oog op een **algemene of (loco)regionale anesthesie** ~~narcose~~ bij een patiënt die ~~in daghospitalisatie~~ is opgenomen, op voorwaarde dat die ~~raadpleging~~ **deze verstrekking** minimum 48 ~~uur~~ **8 dagen** vóór de ~~opnemingsdag in daghospitalisatie~~ **dag van de ingreep** wordt verricht. ~~De narcose mag door een ander type van anesthesie worden vervangen op voorwaarde dat de motiveringen ervan in het medisch dossier zijn gedocumenteerd. De daghospitalisatie mag in klassieke hospitalisatie worden omgezet op voorwaarde dat de indicatie betreffende de transfer in het medisch dossier wordt gedocumenteerd.~~

~~De pre-anesthesie raadpleging mag worden aangerekend voor andere types van verstrekkingen dan de heelkundige ingrepen, op voorwaarde dat die verstrekkingen onder narcose worden uitgevoerd."~~

b) de voorbereiding tot de anesthesie;

c) de toepassing van de anesthesietechnieken, het peroperatief toezicht op de algemene toestand van de zieke en het verrichten van alle technische verstrekkingen die nodig zijn om dat doel te verwezenlijken;

"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991) + "K.B. 14.11.2008" (in werking 1.1.2009) +

"K.B. 20.9.2012" (in werking 1.12.2012) + "K.B. 22.2.2016" (in werking 1.4.2016)

"d) het postoperatief toezicht op de gevolgen van die anesthesie."

3°. De gebruikte anesthesische producten, alsmede de kosten voor de toestellen en het personeel van het operatieblok, zijn niet begrepen in de honoraria voor de anesthesie.

"K.B. 11.2.2013" (in werking 1.3.2013)

"4° De plaatselijke of regionale anesthesieën (met uitzondering van de rachianesthesie, de epidurale anesthesie of de anesthesie van de plexus brachialis) zijn inbegrepen in de honoraria van de verstrekking waarvoor die anesthesie was vereist."

5°. De honoraria voor de algemene anesthesieën zijn alleen verschuldigd als die anesthesieën in een verplegingsinrichting zijn verricht.

BIJLAGE 2

6°. Ingeval verscheidene verstrekkingen in een zelfde zitting worden verricht, wordt de anesthesie die overeenstemt met de verstrekking met het hoogst coëfficiëntgetal, gehonoreerd tegen 100 pct. en de anesthesieën die overeenstemmen met de bijkomende verstrekkingen tegen 50 pct. van hun waarde.

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)

"De anesthesieën vermeld in de rubrieken a), b) en c) voor de bijkomende verstrekkingen mogen niet worden gehonoreerd :"

a) ingeval verscheidene heelkundige bewerkingen in een zelfde streek worden verricht tijdens een zelfde operatiezitting;

b) 1. ingeval voor de in de nomenclatuur beschreven ingreep verscheidene ingrepen in verschillende opereerstreken nodig zijn of nodig kunnen zijn;

2. ingeval de in de nomenclatuur onder een algemene omschrijving beschreven ingreep bijkomende technieken behelst of kan behelzen;

3. ingeval een appendectomie wordt verricht tegelijkertijd met een laparotomie wegens een andere aandoening.

"K.B. 27.2.2002" (in werking 1.3.2002)

" 4. voor de percutane interventionele verstrekking 589094 - 589105."

"K.B. 22.1.1991" (in werking 1.1.1991)

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

"K.B. 18.2.1997" (in werking 1.4.1997)

"d) ingeval verscheidene percutane interventionele verstrekkingen onder medische beeldvorming tijdens eenzelfde zitting worden verricht."

"K.B. 25.1.2011" (in werking 1.4.2011) + "K.B. 9.11.2015" (in werking 1.2.2016)

7°. De schaal die is vastgesteld onder de nummers 200012 - 200023, 200034 - 200045, 200056 - 200060, 200071 - 200082, 200093 - 200104, 200130 - 200141, 200152 - 200163, 200196 - 200200, 200211 - 200222, 200255 - 200266, 201073 - 201084, 201110 - 201121, 201132 - 201143, heeft geen betrekking op de verstrekkingen inzake röntendiagnose, radiotherapie, radiumtherapie, verloskunde (423010 - 423021 en 424012 - 424023), oftalmologie (246595 - 246606, 246912 - 246923 en 246610 - 246621) en op de tandverzorging bedoeld in artikel 5."

8°. Voor de verstrekkingen 202016 - 202020 en 202090 - 202101 wordt geen bijkomend honorarium verleend voor 's nachts, tijdens het weekeind of op een feestdag verrichte dringende technische verstrekkingen.

9°. *Geschrapt door het K.B. 18.2.1997. (in werking 1.4.1997)*

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 11.9.2016" (in werking 1.11.2016)

§ 4. a) De honoraria voor anesthesieverstrekkingen vermeld in de rubriek e) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer **arts** behoudens voor de verstrekkingen 202414 - 202425, 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646, 202694 - 202705, 202731 - 202742, 202790 - 202801 en 202834 - 202845.

De verstrekkingen vermeld in de rubriek e) zijn tijdens dezelfde zitting niet cumuleerbaar."

BIJLAGE 2

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 26.1.2009" (in werking 1.5.2009)

"De verzekeringstegemoetkoming voor de therapeutische verstrekkingen 202451 - 202462, 202473 - 202484, 202495 - 202506, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202650 - 202661, 202672 - 202683 en 202753 - 202764 is slechts verschuldigd indien de patiënt minstens éénmaal een selectieve diagnostische blokkade gehad heeft vermeld onder de respectievelijke prestatienummers 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646 en 202731 - 202742, maximum drie maand vóór de eerste van hogervermelde therapeutische verstrekkingen of vóór de eerste therapeutische verstrekking, na een onderbreking van meer dan twaalf maand."

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)

"b) De verstrekkingen vermeld in rubriek e) met een waarde gelijk aan of hoger dan K 90 zijn cumuleerbaar met verstrekkingen uit rubriek a) indien uitgevoerd door een ander **geneesheer arts**-specialist ~~vóór~~ **in de** anesthesie-reanimatie.

c) De **geneesheer arts** -specialist, die verstrekkingen vermeld in rubriek e) aanreken, is er toe gehouden om naast een gedocumenteerd medisch dossier, een jaarregister met vermelding van patiëntkarakteristieken en de medische indicatie per verstrekking bij te houden voor peer review-doeleinden en teneinde een efficiënte evaluatie van de chronische pijnbehandeling mogelijk te maken."

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)

"d) De honoraria voor de verstrekkingen betreffende anesthesie 202355-202366, 202370-202381, 202392-202403, 202436-202440, 202451-202462, 202495-202506, 202473-202484, 202510-202521, 202532-202543, 202554-202565, 202576-202580, 202591-202602, 202613-202624, 202635-202646, 202650-202661, 202672-202683, 202716-202720, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786 en 202790-202801 vermeld in de rubriek e) mogen tijdens dezelfde zitting niet worden gecumuleerd met het honorarium voor verstrekkingen medische beeldvorming uit de artikelen 17, 17bis, 17ter of 17quater."

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007)

"e) De honoraria voor de verstrekkingen vermeld in rubriek e) mogen enkel worden vergoed wanneer zij worden uitgevoerd in een daartoe technische uitgeruste ruimte binnen een erkende verpleeginrichting."

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 20.7.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012) + "K.B. 11.9.2016" (in werking 1.11.2016)

"§ 5. De verstrekkingen 202414 - 202425, 202694 - 202705, 202790 - 202801 en 202856 - 202860 worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een **geneesheer arts** die is erkend als **geneesheer arts** -specialist voor algemene heelkunde, voor neurochirurgie, voor neurologie, voor orthopedische heelkunde, voor reumatologie of in de fysische geneeskunde en de revalidatie."

"K.B. 7.6.2007" (in werking 1.7.2007) + "K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012)

BIJLAGE 2

"§ 6. De verstrekkingen 202355 - 202366, 202370 - 202381, 202392 - 202403, 202436 - 202440, 202451 - 202462, 202495 - 202506, 202473 - 202484, 202510 - 202521, 202532 - 202543, 202554 - 202565, 202576 - 202580, 202591 - 202602, 202613 - 202624, 202635 - 202646, 202650 - 202661, 202672 - 202683, 202716 - 202720, 202731 - 202742, 202753 - 202764, 202775 - 202786, 202834 - 202845 en 202856 - 202860 worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een ~~geneesheer~~ **arts** -specialist voor neurochirurgie."

"K.B. 13.11.2011" (in werking 1.2.2012) + Erratum B.S. 6.1.2012 + "K.B. 11.9.2016" (in werking 1.11.2016)

"§ 7. De verstrekkingen 202436-202440, 202451-202462, 202473-202484, 202495-202506, 202731-202742, 202753-202764, 202775-202786, 202790-202801, 202834-202845 en 202856-202860 worden eveneens gehonoreerd wanneer zij worden verricht door een ~~geneesheer~~ **arts** die is erkend als ~~geneesheer~~ **arts** -specialist voor röntgendiagnose die vertrouwd is met interventionele technieken, op voorschrift van de behandelende ~~geneesheer~~ **arts**."

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963
TERVURENLAAN 211 - 1150 BRUSSEL

Dienst voor geneeskundige verzorging

Brussel, 30 november 2020

Betreft : Financiële analyse van het actuaariaat :

Artsen - Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen
Artikel 2 : Raadplegingen, bezoeken en adviezen, psychotherapieën en andere verstrekkingen
Preanesthesieraadpleging

Het voorstel maakt deel uit het akkoord artsen-ziekenfondsen 2020, die het volgende punt voorziet met een budget van 6.000 duizend euro op jaarbasis:

6.3. Raadpleging preanesthesie

Overeenkomstig de richtlijnen van het KCE (Het preoperatief onderzoek, rapport 5, 2004) vormt de uitvoering van een preoperatief onderzoek door een anesthesisten noodwendigheid. Ook in het kader van de ziekenhuisaccreditering zijn terzake duidelijke normen voorzien. Recent werden de werkzaamheden in de schoot van een werkgroep van de TGR gestart om na te gaan onder welke voorwaarden een pre anesthesie raadpleging kan worden georganiseerd voor patiënten die in een klassieke hospitalisatie een ingreep zullen ondergaan (tijdstip voor de ingreep, consultatie Sumehr, risicoclassificatie, informed consent, verslag, ...).

De NCAZ stelt voor om terzake tegen 30 juni 2020 een voorstel uit te werken met een inwerkingtreding in verschillende fasen.

Het voorstel betreft dus de invoering van 2 nieuwe verstrekkingen in artikel 2 voor anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie en de schrapping van de verstrekkingen 102815 en 102830.

~~102815 Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie N 8~~

~~102830 Pre-anesthesie-raadpleging door een geneesheer-specialist in de anesthesie-reanimatie geaccrediteerd N 8 + Q 30~~

Nieuwe prestaties:

101636 Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de arts-specialist in de anesthesie-reanimatie N 9,9

101651 Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de geaccrediteerde arts-specialist in de anesthesie-reanimatie N 9,9 + Q 30

Deze verstrekkingen mogen slechts aangerekend worden indien de voorwaarden opgenomen in artikel 12, § 3, 2° a), zijn vervuld en zijn attesteerbaar in een tijdsperiode van minstens 8 dagen voor de voorziene ingreep. Dringende ingrepen en ingrepen bij reeds opgenomen patiënten vallen hierbuiten. De huidige verstrekkingen 102815 en 102830 mogen enkel aangerekend worden bij een patiënt die in daghospitalisatie is opgenomen, waar dat voor de nieuwe verstrekkingen zal uitgebreid worden naar ook gehospitaliseerde patiënten. Het artikel 12, § 3, 2° a) zal in die zin ook aangepast worden.

Tarieven 2020:

Codenummer			Omschrijving	Honoraria	Tegemoetkoming	
					Rechthebbers met voorkeurregeling	Rechthebbers zonder voorkeurregeling
102815	N	8 2,732718	Pre-anesthesie-raadpleging door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie	21,86	18,86	9,86
102830	N	8 3,145005	Pre-anesthesie-raadpleging door een arts-specialist in de anesthesie-reanimatie geaccrediteerd	26,24	23,24	14,24
	Q	30 0,036097				

Codenummer				Omschrijving	Honoraria	Tegemoetkoming	
						Rechthebbers met voorkeurregeling	Rechthebbers zonder voorkeurregeling
101636	N	9,9	2,732718	Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de arts-specialist in de anesthesie-reanimatie	27,05	24,05	15,05
101651	N Q	9,9 30	3,145005 0,036097	Honorarium voor de anesthesiologische evaluatie en optimalisatie voorafgaand aan een verstrekking onder anesthesie door de geaccrediteerde arts-specialist in de anesthesie-reanimatie	32,22	29,22	20,22

Om een inschatting te maken van het aantal ingrepen wordt gekeken naar de actuele aanrekening van de bestaande codes 102815 en 102830 die voor 180.924 gevallen werden geboekt in 2019.

Geboekte uitgaven DocN prestaties 102815-102830:

Geboekte uitgaven					
Nomnr	2015	2016	2017	2018	2019
102815 -	441.533,95	408.256,64	380.319,70	377.145,92	429.114,14
102830 -	1.887.531,00	1.853.084,81	2.052.623,86	2.147.886,07	2.328.990,39
Totaal	2.329.064,95	2.261.341,45	2.432.943,56	2.525.031,99	2.758.104,53

Geboekte gevallen DocN prestaties 102815-102830:

Geboekte gevallen					
Nomnr	2015	2016	2017	2018	2019
102815 -	38.723	36.713	33.584	33.273	36.207
102830 -	125.991	128.002	137.202	139.938	144.717
Totaal	164.714	164.715	170.786	173.211	180.924

Geboekte kostprijs DocN prestaties 102815-102830:

Geboekte kostprijs					
Nomnr	2015	2016	2017	2018	2019
102815 -	11,40	11,12	11,32	11,33	11,85
102830 -	14,98	14,48	14,96	15,35	16,09
Totaal	14,14	13,73	14,25	14,58	15,24

Door het schrappen van deze prestaties wordt een bedrag van **2,758 miljoen euro** op jaarbasis vrijgemaakt, rekening houdende met de uitgaven van 2019.

Op basis van het aantal prestaties anesthesiologie in het artikel 12 die gekoppeld zijn aan de heelkundige ingrepen, wordt vastgesteld dat er 982.569 ambulante aanrekeningen geboekt zijn in 2019 (waarbij de prestaties 102815 en 102830 aanrekenbaar zijn) en 838.523 gehospitaliseerde aanrekeningen, in totaal 1.821.092 gevallen.

De 180.924 gevallen van de prestaties 102815 en 102830 vertegenwoordigen 18,4% van de ambulante heelkundige ingrepen. Indien we dit aandeel toepassen op alle heelkundige ingrepen in 2019, komt men uit op 335.081. Rekening houdende met het feit dat voor het totaal van de verstrekkingen 102815 en 102830 in 80% van de gevallen prestatie 102830 aangerekend wordt, dus door een geaccrediteerd arts bekomt men een gemiddelde maximale ZIV-tegemoetkoming van 28,19 euro.

De invoering van de nieuwe prestaties leidt dus tot een maximale meerkost van **9,446 miljoen euro**. Dit is echter een overschatting, gezien het totaal aantal prestaties anesthesiologie die gekoppeld zijn aan de heelkundige ingrepen ook dringende ingrepen en ingrepen bij reeds opgenomen patiënten bevatten.

Gevallen	335.081
Maximale ZIV in EUR	28,19
Impact in EUR	<u>9.445.933,39</u>

Nomnr.	Uitgaven in €			Gevallen		
	2019			2019		
	Totaal	Buiten LVZ	Binnen LVZ	Totaal	Buiten LVZ	Binnen LVZ
200012	277.434,20	277.434,20		319	319	
200034	24.252,83	24.252,83		35	34	1
200056	28.338,76	28.338,76		48	48	
200071	753.647,39	753.647,39		1.394	1.392	2
200093	4.965.964,59	4.965.964,59		11.562	11.549	13
200130	1.874.257,84	1.874.257,84		8.116	8.111	5
200152	1.737.419,88	1.737.419,88		7.994	7.979	15
200196	8.407.262,76	8.407.262,76		54.132	42.788	11.344
200211	38.539.001,44	38.539.001,44		287.391	284.539	2.852
200255	20.052.695,52	20.052.695,52		303.292	269.158	34.134
201073	5.342.693,18	5.342.693,18		70.416	61.630	8.786
201110	7.896.666,24	7.896.666,24		177.232	137.229	40.003
201132	352.837,88	352.837,88		7.689	7.581	108
201191	9.546,52	9.546,52		57	57	
201213	3.244,32	3.244,32		39	39	
201235	300.291,42	300.291,42		2.206	2.206	
201250	1.113.240,24	1.113.240,24		15.973	15.963	10
201272	1.646.055,43	1.646.055,43		34.650	34.416	234
201095	1.826,37	1.826,37		21	21	
202016						
202031	145,50	145,50		3	3	
202053						
202075						
Subtotaal A	93.326.822,31	93.326.822,31	0,00	982.569	885.062	97.507
200023	21.704.658,21	21.704.658,21		33.894	25.068	8.826
200045	5.189.561,87	5.189.561,87		8.330	7.252	1.078
200060	2.499.840,28	2.499.840,28		4.158	4.155	3
200082	17.120.968,09	17.120.968,09		34.376	32.377	1.999
200104	39.073.230,00	39.073.230,00		127.325	89.769	37.556
200141	8.171.046,18	8.171.046,18		41.367	35.269	6.098
200163	12.093.738,59	12.093.738,59		65.102	54.622	10.480
200200	26.797.503,08	26.797.503,08		182.414	142.735	39.679
200222	16.814.317,81	16.814.317,81		140.426	134.893	5.533
200266	5.856.373,56	5.856.373,56		84.745	71.815	12.930
201084	2.442.895,83	2.442.895,83		31.449	28.210	3.239
201121	3.581.260,08	3.581.260,08		62.907	62.247	660
201143	122.669,90	122.669,90		2.831	2.803	28
201202	1.528,70	1.528,70		11	10	1
201224	13.918,72	13.918,72		166	166	
201246	19.196,87	19.196,87		153	152	1
201261	16.274,10	16.274,10		251	250	1
201283	836.286,08	836.286,08		18.467	17.666	801
201106	86,97	86,97		1	1	
202020	562,20	562,20		4	4	
202042	6.722,10	6.722,10		137	124	13
202064	219,60	219,60		3	3	
202086	702,76	702,76		6	6	
Subtotaal H	162.363.561,58	162.363.561,58	0,00	838.523	709.597	128.926
Totaal	255.690.383,89	255.690.383,89	0,00	1.821.092	1.594.659	226.433

De anesthesist kan ook een raadpleging attesteren onder de nomenclatuurcode:

102012 Raadpleging in de spreekkamer door een ander geneesheerspecialist dan die, vermeld onder de nrs. 101275, 102034, 102071, 102093, 102115, 102130, 102152, 102174, 102196, 102211, 102255, 102270, 102314, 102351, 102734, 102896 en 103456 N 8

102535 Raadpleging in de spreekkamer door een ander geaccrediteerde geneesheer-specialist dan die, vermeld onder de nrs. 101290, 102292, 102336, 102373, 102550, 102572, 102594, 102616, 102631, 102653, 102675, 102690, 102712, 102756, 102874, 102911 en 103471 N 8 + Q 30

Artikel 12 stipuleert de volgende toepassingsregels hieromtrent:

§ 3. 1°. De honoraria voor anesthesie vermeld in de rubrieken a), b) en c) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer of voor bezoek bij de zieke thuis.

§ 4. a) De honoraria voor anesthesieverstrekkingen vermeld in de rubriek e) mogen niet worden gecumuleerd met de honoraria voor raadpleging in de spreekkamer van de geneesheer behoudens voor de verstrekkingen 202414 - 202425, 202436 - 202440, 202510 - 202521, 202576 - 202580, 202635 - 202646, 202694 - 202705, 202731 - 202742, 202790 - 202801 en 202834 – 202845

In de praktijk zal de anesthesist dus vooral een raadpleging kunnen attesteren samen met de toegelaten nomenclatuurcodes voor 'Chronische pijnbehandeling' van rubriek e) en dan uiteraard enkel bij de ambulante codes.

Op basis van een analyse van DGEC werden deze codes uit artikel 12, §4. a) in 184.128 gevallen geattesteerd door de anesthesisten in 2019. Evenwel tonen de cijfers voor 2019 aan dat er 416.747 raadplegingen door anesthesisten (bevoegdheidscodes 100 en 109) werden aangerekend (waarvan 30.610 door niet geaccrediteerde anesthesisten of 7,34 %).

Bij deze analyse onderzocht DGEC ook de aanrekeningen van de code 102535 die uitgevoerd werden door anesthesisten in 2018 bij gehospitaliseerde patiënten, wat niet conform is aangezien de toepassingsregel van artikel 12 bepaalt dat het preoperatieve onderzoek is opgenomen in de code van de anesthesie zelf. In totaal zijn er 544 anesthesisten die deze code samen 358.796 keer attesteren (elk minstens 100 maal per jaar). Het totaal aantal gevallen bedraagt 358.796.

Een grondigere analyse van de top 45 bepaalde dat deze samen de prestatie 139.518 keer attesteerden waarvan er 3 anesthesisten zijn die samen deze code 19.025 keer attesteerden. Deze 3 anesthesisten zijn 6,67% van 45 artsen dus dit wordt geacht het aandeel betrokken artsen te zijn voor het onterecht gebruik van de verstrekking.

Er zijn nog 200.253 gevallen die door de overige 500 anesthesisten geattesteerd worden. Dit geeft een gemiddelde van 400 consultaties per anesthesist. Rekening houdende dat het probleem zich vooral zou stellen bij 6,67% van de artsen, geeft dat dan 36 anesthesisten op 544. Dit komt neer op een totaal van extra 14.400 gevallen (36 anesthesisten x 400) of een totaal van 33.425 (19.025 + 14.400) onterecht aangerekende gevallen in totaal, goed voor een onterechte uitgave van 644.768 euro voor de geaccrediteerde artsen aan een gemiddeld berekende kostprijs van 19,29 euro voor 2020. Extrapolatie naar de niet-geaccrediteerde artsen (7,34%) brengt dit op een totale uitgave van 695.843 euro.

Bijkomend rijst het vermoeden dat er nog een deel van die 416.747 verstrekkingen worden geattesteerd voor een raadpleging preanesthesie en niet enkel in het kader van een algologische behandeling (art. 12e) hetgeen verboden zal zijn met de invoering van deze nieuwe nomenclatuur. Het effectief onterecht gebruik kan dan begroot worden op minstens **700 duizend euro**.

Conclusie

Het voorstel leidt tot een maximale meerkost van **5,988 miljoen euro** wat **binnen de beschikbare middelen** valt van 6 miljoen euro die voorzien zijn in het Akkoord artsen-ziekenfondsen 2020.

Schrappen 102815 + 102830	-2.758.104,53
Invoeren nieuwe prestaties	9.445.933,39
Onterecht gebruik 102012 + 102535	-700.000,00
Impact in EUR	<u>5.987.828,86</u>