

# RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Openbare instelling opgericht bij de wet van 9 augustus 1963  
Galileelaan 5/1 - 1210 Brussel

Dienst voor geneeskundige verzorging

## NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN

Nota NCAZ 2025-107

Brussel, 1 december 2025

### BETREFT

Artsen-specialisten - Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen – Wijziging van **artikel 14, j) – Heelkunde - Urologie (Circumcisie – Besparingen 2025)** - Ontwerp van koninklijk besluit

### BIJLAGEN

Bijlage 1: ontwerp van koninklijk besluit tot wijziging van de nomenclatuur  
Bijlage 2: gecoördineerde versie van de nomenclatuur  
Bijlage 3: actuariële analyse  
Bijlage 4: ontwerp van notificatieformulier.

### INHOUD VAN HET VOORSTEL

Herwerking van de nomenclatuur in artikel 14, j), betreffende de verstrekking :

260934          260945          *Besnijdenis*    *K*          75

Er wordt voorgesteld om deze verstrekking te splitsen in twee afzonderlijke verstrekkingen:

262614-262625 Circumcisie bij kind jonger dan zes jaar K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

De arts stuurt een gestandaardiseerd notificatieformulier naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling in het bezit is van een geldige notificatie.

260934-260945 Circumcisie K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

Deze maatregel zal op korte termijn (2 jaar) worden geëvalueerd om te garanderen dat de voorwaarden voor toekenning van de vergoeding worden nageleefd. Afhankelijk daarvan kan worden besloten de nomenclatuur opnieuw te wijzigen, met name door de vergoeding van de ingreep te verlagen.

## **MOTIVATIE**

Een besnijdenis of circumcisie is een ingreep waarbij de voorhuid van de penis op een cirkelvormige, volledige of gedeeltelijke, manier wordt verwijderd. De besnijdenis wordt in de praktijk om verschillende redenen uitgevoerd. Dat kan gaan om medische, culturele, religieuze, seksuele, hygiënische of esthetische redenen. Bij medische noodzaak is de meest voorkomende aandoening een fimosis: een vernauwing van de huid rondom de eikel die de ontbloting ervan verhindert.

In het kader van het regeerakkoord is er een voorstel opgesteld om besnijdenissen om niet-medische redenen niet langer te vergoeden.

Volgens artikelen 34 en 73 bis van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 :

- dekt de ziekteverzekering geen verstrekkingen die met een esthetisch doel zijn verricht
- is het verboden om getuigschriften voor verstrekte hulp af te leveren voor verstrekkingen die noch curatief noch preventief zijn.

Op basis van de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie wordt de niet-therapeutische besnijdenis omschreven als het geheel of gedeeltelijk verwijderen van de voorhuid van de penis om religieuze, culturele of esthetische redenen en valt het niet onder bovenvermelde terugbetalingscriteria.

In 2022 werden in België 22.635 besnijdenissen uitgevoerd (waarvan 5.800 om rituele of cosmetische redenen).

In de literatuur stellen we een ongunstige mening vast met betrekking tot de terugbetaling van ingrepen die medisch niet noodzakelijk zijn. Hiervoor zijn meerdere redenen :

- Chirurgische risico's en risico's met betrekking tot de anesthesie
- Ethische component: wat met de mening van jonge patiënten?
- Postoperatieve complicaties

Zelfs als de ingreep wordt uitgevoerd door professionele zorgverleners, kunnen er complicaties in 2 tot 3% van de gevallen optreden. Deze cijfers zouden nog hoger zijn als ze door niet-professionele zorgverleners zouden worden uitgevoerd.

Moeten we daarom, bij gebrek aan terugbetaling, niet vrezen dat deze verstrekking zal worden uitgevoerd in een twijfelachtige hygiënische omgeving en door mensen die niet bekwaam zijn ?

Verschillende Europese landen (Frankrijk, Groot-Brittannië, Duitsland, enz.) laten besnijdenis toe, maar zonder terugbetaling door de ziekteverzekering. Het wordt betaald door de patiënt of wordt gedekt door een privéverzekering.

Betekent dit dat ze een hoger percentage van complicaties hebben ? Dit lijkt niet het geval te zijn en geen enkele studie heeft een toename van complicaties aangetoond sinds de afwezigheid van terugbetaling voor deze ingreep.

Ten slotte toonde een meta-analyse uitgevoerd in Frankrijk aan dat niet-medische besnijdenissen nog steeds vergoed konden worden omdat artsen de ingrepen rechtvaardigden op basis van een medische reden.

### **Bibliografische referenties:**

- <https://uroweb.org/guidelines/paediatric-urology/chapter/the-guideline>
- Avis n° 70 du 8 mai 2017 relatif aux aspects éthiques de la circoncision non médicale [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)

- Stanca Iris IACOB, Richard S. FEINN, Lauren SARDI, *Systematic review of complications arising from male circumcision*, BJUI Compass. 2022;3:99–123.
- Sumit DAVE, Kouroush AFSHAR, Luis H. BRAGA, Peter ANDERSON, *Canadian Urological Association guideline on the care of the normal foreskin and neonatal circumcision in Canadian infants (full version)*, Can Urol Assoc J 2017;12(2):E76-99.
- *Male circumcision :Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability*, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2007
- Aaron J. KRILL, Lane S. PALMER, Jeffrey S. PALMER, *Complications of Circumcision*, TheScientificWorldJOURNAL (2011) 11, 2458–2468
- Soheila SIROOSBAKHT, Bijan REZAKHANIHA, *A comprehensive comparison of the early and late complications of surgical circumcision in neonates and children: A cohort study*, Health Sci. Rep. 2022;5:e939.
- Daniel MONSTED SHABANZADEH, Signe CLAUSEN, Katrine MAIGAARD, Mikkel FODE, *Male Circumcision Complications – A Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression*, UROLOGY 152: 25–34, 2021. © 2021 Elsevier Inc.

### **Persoonlijk aandeel**

Het persoonlijk aandeel van de patiënt wordt eveneens automatisch bepaald op 0 EUR voor de nieuwe verstrekking, aangezien het een verstrekking betreft die voorbehouden is voor artsen-specialisten (artikel 37, § 5, van de ZIV-wet).

### **Derdebetalersregeling**

/

### **Impact persoonsgegevens**

- De gegevens in het medisch dossier van de patiënt voldoen aan de wet van 22 april 2019 inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, met name artikel 33, aan het koninklijk besluit van 3 mei 1999 houdende bepaling van de algemene minimumvoorwaarden waaraan het medisch dossier, bedoeld in artikel 15 van de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, moet voldoen, met name artikel 2, § 1.
- Een notificatieformulier voor de adviserend arts van de verzekeringsinstelling is vereist voor de verstrekking 262614-262625. De wettelijke basis is artikel 153, § 1, 4), en § 3 van de ZIV-wet.

### **Artikel 64 van de ziekenhuiswet (zware medische apparatuur / plaats verstrekking**

/

### **BUDGETTAIRE WEERSLAG**

De budgettaire weerslag van dit voorstel is **een besparing van 4.890 duizend EUR**.

### **ADMINISTRATIEVE WEERSLAG**

Geen administratieve weerslag.

## **PROCEDURE**

Wettelijke basis: artikel 35, § 2, 2° - Wet van 14-07-1994 – verzoek van de NCAZ

### *Voorgeschiedenis*

*NCAZ van 23 juni 2025*

*Voltaillige zitting TGR van 26 augustus 2025*

*Werkgroep Heelkunde van 21 oktober 2025*

*Voltaillige zitting van de TGR van 25 november 2025*

## **OPDRACHT VAN DE NATIONALE COMMISSIE ARTSEN-ZIEKENFONDSEN**

De Nationale Commissie Artsen Ziekenfondsen wordt verzocht om zich uit te spreken over het ontwerp van koninklijk besluit (bijlage 1) en de overdracht ervan aan de Commissie voor begrotingscontrole en aan het Verzekeringscomité.

## ANNEXE 1 – BIJLAGE 1

### ROYAUME DE BELGIQUE

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

**Arrêté royal modifiant l'article 14, j), 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<sup>er</sup>, alinéa 5, et § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, 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'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 demande de la Commission nationale médico-mutualiste du 23 juin 2025 ;

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 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 @ ;

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

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le @ ;

Vu l'avis @ du Conseil d'Etat, donné le @, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

### KONINKRIJK BELGIE

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

**Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 14, j), 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, 2<sup>o</sup>, 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 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 de verzoek van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van 23 juni 2025;

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

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging 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 Minister van Begroting van @;

Gelet op advies @ van de Raad van State, gegeven op @, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van

## ANNEXE 1 – BIJLAGE 1

de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

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

Overwegende de beslissing van de Nationale commissie artsen-ziekenfondsen van @;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

NOUS AVONS ARRETE ET ARRETONS :

HEBBEN WIJ BESLOTEN EN BESLUITEN WIJ :

**Article.1<sup>er</sup>.** Dans l'article 14, j), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 18 juin 2017, la prestation 260934-260945 est remplacée par les prestations et les règles d'application rédigées comme suit :

« 262614-262625  
Circoncision chez l'enfant de moins de 6 ans ....K 75

Le dossier médical du patient comprend l'ensemble des éléments ayant permis le diagnostic de l'indication médicale (rapport médical, photographie(s), microbiologie, imagerie, et/ou anatomo-pathologie).

Le médecin transmet un formulaire standardisé de notification au médecin-conseil de l'organisme assureur. Les modalités de ce formulaire de notification sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité. L'intervention de l'assurance est due uniquement si le médecin-conseil de l'organisme assureur est en possession d'une notification valide.

260934-260945  
Circoncision.....K 75

Le dossier médical du patient comprend l'ensemble des éléments ayant permis le diagnostic de l'indication médicale (rapport médical, photographie(s), microbiologie, imagerie, et/ou anatomo-pathologie). ».

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

**Art. 3.** Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

**Artikel.1.** In artikel 14, j), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, laatstelijk gewijzigd bij het koninklijk besluit van 18 juni 2017, wordt de verstrekking 260934-260945 vervangen door de verstrekkingen en de toepassingsregels, luidende:

“262614-262625  
Circumcisie bij kind jonger dan 6 jaar .....K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

De arts stuurt een gestandaardiseerd notificatieformulier naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling in het bezit is van een geldige notificatie.

260934-260945  
Circumcisie .....K 75

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).”.

**Art. 2.** 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.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

**ANNEXE 1 – BIJLAGE 1**

Donné à

Gegeven te

PAR LE ROI :  
Le Ministre des Affaires sociales,

VAN KONINGSWEGE :  
De Minister van Sociale Zaken,

F. VANDENBROUCKE

**Gecoördineerde versie van de nomenclatuur : Besnijdenis**

**AFDELING 5. Heelkunde**

**Art.14**

**j) De verstrekkingen die tot het specialisme urologie (DO) behoren :**

(...)

260912	260923	Dubbele orchidopexie	K	180
--------	--------	----------------------	---	-----

260934	260945	Besnijdenis	K	75
--------	--------	-------------	---	----

**262614-262625 Circumcisie bij kind jonger dan 6 jaar K 75**

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

De arts stuurt een gestandaardiseerd notificatieformulier naar de adviserend arts van de verzekeringsinstelling. De modaliteiten van dit notificatieformulier worden vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. De verzekeringstegemoetkoming is enkel verschuldigd als de adviserend arts van de verzekeringsinstelling in het bezit is van een geldige notificatie.

**260934-260945 Circumcisie K 75**

Het medisch dossier van de patiënt omvat alle elementen die tot de diagnose van de medische indicatie hebben geleid (medisch rapport, foto('s), microbiologie, beeldvorming en/of pathologische anatomie).

260956	260960	Uitwendige of inwendige urethrotomie	K	120
--------	--------	--------------------------------------	---	-----



**ANNEXE – BIJLAGE 3**

**Tarieven** (Artikel 14 j) :

	Codenummer		Honoraria	Tegemoetkoming Ambulant		Tegemoetkoming Gehospitaliseerd		
	AMB	HOS		Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	Rechthebbenden met voorkeurregeling	Rechthebbenden zonder voorkeurregeling	
Huidige tarieven (1/1/2025) K = 1,731678	260934	260945 = K	75	129,88	129,88	129,88	129,88	129,88
Nieuwe code K = 1,731678	262614	262625 = K	75	129,88	129,88	129,88	129,88	129,88

**Geboekte gegevens (DocN)**

Gevallen	LVZ ?	< 6j ?	2019	2020	2021	2022	2023	2024	gem.
									Aandeel
260934 - 260945	nee	ja	4.700	2.882	3.209	3.441	3.380	4.386	15,13%
		nee	3.179	2.064	2.478	2.381	2.543	2.780	10,61%
	<i>subtotaal</i>		<b>7.879</b>	<b>4.946</b>	<b>5.687</b>	<b>5.822</b>	<b>5.923</b>	<b>7.166</b>	<b>25,74%</b>
798932 - 798943	ja	ja	10.506	9.568	12.374	11.030	11.244	9.850	44,41%
		nee	6.335	5.384	7.510	7.653	8.388	8.142	29,86%
	<i>subtotaal</i>		<b>16.841</b>	<b>14.952</b>	<b>19.884</b>	<b>18.683</b>	<b>19.632</b>	<b>17.992</b>	<b>74,26%</b>
<b>Totaal</b>			<b>24.720</b>	<b>19.898</b>	<b>25.571</b>	<b>24.505</b>	<b>25.555</b>	<b>25.158</b>	<b>100,00%</b>

Uitgaven	LVZ ?	< 6j ?	2019	2020	2021	2022	2023	2024	P2025
									2024
260934 - 260945	nee	ja	482.802	293.179	323.930	359.781	367.199	515.049	531.627
		nee	310.184	195.726	236.259	227.014	257.895	301.234	310.943
	<i>subtotaal</i>		<b>792.986</b>	<b>488.905</b>	<b>560.190</b>	<b>586.795</b>	<b>625.095</b>	<b>816.283</b>	<b>842.570</b>
798932 - 798943	ja	ja	2.539.536	2.311.576	2.996.176	2.726.604	3.168.879	2.926.153	3.020.404
		nee	1.518.890	1.289.732	1.803.789	1.878.542	2.352.265	2.403.575	2.481.030
	<i>subtotaal</i>		<b>4.058.426</b>	<b>3.601.308</b>	<b>4.799.965</b>	<b>4.605.146</b>	<b>5.521.144</b>	<b>5.329.728</b>	<b>5.501.434</b>
<b>Totaal</b>			<b>4.851.412</b>	<b>4.090.213</b>	<b>5.360.155</b>	<b>5.191.942</b>	<b>6.146.238</b>	<b>6.146.011</b>	<b>6.344.004</b>

Gem. kostprijs	LVZ ?	< 6j ?	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
nee	97,57	94,83	95,34	95,34	101,41	108,36	111,85		
<i>subtotaal</i>		<b>100,65</b>	<b>98,85</b>	<b>98,50</b>	<b>100,79</b>	<b>105,54</b>	<b>113,91</b>	<b>117,58</b>	
798932 - 798943	ja	ja	241,72	241,59	242,13	247,20	281,83	297,07	306,64
		nee	239,76	239,55	240,18	245,46	280,43	295,21	304,72
	<i>subtotaal</i>		<b>240,98</b>	<b>240,86</b>	<b>241,40</b>	<b>246,49</b>	<b>281,23</b>	<b>296,23</b>	<b>305,77</b>
<b>Totaal</b>			<b>196,25</b>	<b>205,56</b>	<b>209,62</b>	<b>211,87</b>	<b>240,51</b>	<b>244,30</b>	<b>252,17</b>

**Budgettaire impact**

De verschuiving van de 4.386 gevallen van code 260934-260945 naar de nieuwe verstrekking 262614-262625 is een neutrale operatie omdat het honorarium en de terugbetalingen exact hetzelfde zijn.

Met de creatie van de nieuwe prestatie 262614-262625, die enkel wordt terugbetaald bij medische indicatie, wordt echter een vermindering van 90% van het totaal aantal terugbetaalde prestaties voor patiënten in deze leeftijdscategorie verwacht.

	90%			
	Gevallen	Vermind.	Gem. KP	Impact
262614 - 262625	4.386	-3.947	306,64	-1.210.308
798932 - 798943	9.850	-8.865	306,64	-2.718.364
<b>Totaal</b>	<b>14.236</b>	<b>-12.812</b>		<b>-3.928.672</b>

### ANNEXE – BIJLAGE 3

De schrapping van 8.865 gevallen binnen de LVZ zorgt voor een **besparing van 2.718 duizend EUR**.

Voor de gevallen die worden uitgevoerd met de codes 262614-262625, kan de minimale besparing worden berekend. Besnijdenissen die buiten LVZ worden aangerekend, kunnen worden beschouwd als chirurgische ingrepen van grotere complexiteit. De daaraan verbonden kost is dus minimaal die van het LVZ-forfait. Bij gebruik van dezelfde gemiddelde kost als voor het LVZ-forfait, bedraagt de besparing door de schrapping van 3.947 gevallen **1.210 duizend EUR**.

De gecombineerde besparing van deze twee elementen bedraagt **3.929 duizend EUR**.

Afhankelijk van de geraadpleegde bronnen werd tussen 23,21% (RDQ-gegevens) en 34,54% (gegevens FOD Volksgezondheid) van de door de ZIV terugbetaalde besnijdenissen uitgevoerd om niet-medische redenen, ofwel gemiddeld 28,88% van de gevallen.

Door het % toe te passen op de resterende gevallen die in 2024 zijn geboekt voor patiënten van 6 jaar en ouder, zouden van de 10.922 geboekte prestaties, 3.154 om niet-medische redenen zijn. Met de inwerkingtreding van deze maatregel wordt verwacht dat 100% van deze besnijdenissen worden uitgesloten van terugbetaling.

Gevalen		28,88%		Gem. KP	Besparing
		totaal	niet medische		
		2024	2024		
260934-260945	nee	2.780	-812	304,72	-247.433
798932-798943	ja	8.142	-2.342	304,72	-713.654
<b>Totaal</b>		<b>10.922</b>	<b>-3.154</b>		<b>-961.087</b>

De schrapping van 2.342 gevallen binnen de LVZ zorgt voor een **besparing van 714 duizend EUR**.

Voor de gevallen die worden uitgevoerd met de codes 260934-260945, kan de minimale besparing worden berekend. Besnijdenissen die buiten LVZ worden aangerekend, kunnen worden beschouwd als chirurgische ingrepen van grotere complexiteit. De daaraan verbonden kost is dus minimaal die van het LVZ-forfait. Bij gebruik van dezelfde gemiddelde kost als voor het LVZ-forfait, bedraagt de besparing door de schrapping van 812 gevallen **247 duizend EUR**.

De gecombineerde besparing van deze twee elementen bedraagt **961 duizend EUR**.

In totaal bedraagt de besparing **4.890 duizend EUR** op jaarbasis.

### Conclusie

Het voorstel zorgt voor een **besparing van 4.890 duizend EUR** op jaarbasis, waarvan 1.458 duizend EUR binnen de rubriek Artsenhonoraria – Heelkunde en 3.432 duizend EUR binnen de rubriek laagvariabele zorg.

Ten opzichte van de oorspronkelijk geraamde besparing van 2.222 duizend EUR is er dus een bijkomende besparing van 2.668 duizend EUR door deze maatregel.



**Voorbehouden aan de adviserend arts**

Datum:

Identificatie adviserend arts

Handtekening adviserend arts

NB : Terugbetalingscriteria :

- Vermelding van de vastgestelde pathologie
- Een klinisch onderzoek is niet voldoende om de diagnose te bewijzen : aanwezigheid van elementen in het medisch dossier die de diagnose mogelijk maken:
  - Beeldvorming
  - Anatomisch pathologisch onderzoek
  - Microbiologie
  - Iconografie
  - Anders

*Opgesteld in twee exemplaren voor de verzekerde en de zorgverlener.* ]