

---

# Le Médecin Spécialiste

---

Organe du Groupement des Unions  
Professionnelles Belges  
de Médecins Spécialistes

Editeur responsable : Dr M. MOENS  
Secrétaire de rédaction : J. Van den Nieuwenhof  
Avenue de la Couronne 20 - 1050 Bruxelles  
Tél. 02-649.21.47 - Fax : 02-649.26.90  
E-mail : info@GBS-VBS.org

**N° SPECIAL AOUT 2003**

**ISSN 0770-8181 - MENSUEL**

Bureau de dépôt : Bruxelles 5

---

## **NOUVELLE NOMENCLATURE ART. 18, §1 et ART 19**

(Moniteur Belge du 18/07/2003 1<sup>ère</sup> édition)

**3 JUILLET 2003. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités**

ALBERT II, 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, notamment l'article 35, § 1<sup>er</sup> et 2, modifié par les lois des 20 décembre 1995, 22 février 1998, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999 et 10 août 2001 et par l'arrêté royal du 25 avril 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, notamment l'article 18, § 1<sup>er</sup>, modifié par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 19 avril 2001 et 27 février 2002 et 19, modifié par l'arrêté royal du 19 avril 2001;

Vu les propositions du Conseil technique médical des 24 septembre 2002 et 28 janvier 2003;

Vu les avis émis par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux en date des 24 septembre 2002 et 28 janvier 2003;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 7 avril 2003;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 30 avril 2003;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 28 avril 2003;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 6 juin 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 2 juillet 2003;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que les mesures prises par cet arrêté résultent directement de l'Accord national médico-mutualiste pour 2003, par lequel les budgets nécessaires ont été accordés, qu'une exécution rapide de cet

Accord est nécessaire pour la sécurité tarifaire et pour le maintien du modèle de concertation en assurance soins de santé obligatoire, qu'il importe dès lors que le présent arrêté soit pris et publié sans délai;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions,

**Arrête :**

**Article 1<sup>er</sup>**

A l'article 18 § 1<sup>er</sup>, A 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 par les arrêtés royaux des 23 mai 1985, 7 janvier 1987, 19 avril 2001 et 27 février 2002, sont apportées les modifications suivantes :

1. Au point A, 1,

a) Au I,

1° dans l'intitulé, les mots « dans un même volume cible » sont insérés après les mots « une ou plusieurs localisations ».

2° Dans le libellé des prestations 444113-444124, 444135-444146 et 444150-444161, la disposition

« , 5 ou 6 » est supprimée.

b) Au II, dans l'intitulé, les mots « dans un même volume cible » sont insérés après les mots « une ou plusieurs localisations »,

2. Au point A, 2,

a) Après la prestation 444415-444426, l'alinéa suivant est inséré :

« Un calcul effectué à un point de référence n'est pas considéré comme un planning. Le premier et le deuxième plannings peuvent être réalisés ensemble et attestés chacun séparément au début du traitement. »

b) Dans le libellé des prestations 444430-444441, 444452-444463, 444474-444485, 444496-444500, 444511-444522, 444533-444544 et 444570-444581, la disposition « ,5 ou 6 » est supprimée.

c) Après le deuxième alinéa qui suit la prestation 444592-444603, l'alinéa suivant est inséré :

« Plusieurs gammagraphies effectuées le même jour, « on-line-imaginings » et/ou dosimétries in vivo peuvent être portées en compte ce même jour (jusqu'à un maximum de quatre). »

**Art. 2.**

A l'article 19 de la même annexe, modifié par l'arrêté royal du 19 avril 2001, sont apportées les modifications suivantes :

1. Au § 1<sup>er</sup> :

a) dans la rubrique « Catégorie 1 »,

1° la sous-rubrique « Tumeurs malignes », est complétée par l'alinéa suivant :

« - irradiations à visée curative où sont administrées moins de 11 fractions ».

2° la sous-rubrique « Affections bénignes », est complétée par l'alinéa suivant :

« - exophtalmie de Grave »

b) dans la rubrique « Catégorie 2 », dans la sous-rubrique « Affections bénignes », les alinéas suivants sont supprimés :

« - dégénérescence maculaire

- exophtalmie de Graves

- spondylite ankylosante »

c) dans la rubrique « Catégorie 3 »,

1° le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« - Traitements tridimensionnels chez des patients de catégorie 2 en raison de tumeurs cérébrales,

de tumeurs tête-cou (sauf larynx T1N0 et T2N0), tumeurs pulmonaires, du pancréas, pelviennes, de l'oesophage, de l'estomac, des tissus mous. »

2° dans le dernier alinéa, la disposition « 1 ou » est supprimée.

d) dans la rubrique « Catégorie 4 », le 4ème alinéa est complété par la disposition suivante :  
« Les métastases cérébrales sont considérées comme des tumeurs cérébrales malignes. »

e) dans les premiers alinéas des rubriques « Catégories 5 » et « Catégories 6 », les mots « Patients traités par une combinaison de curiethérapie et d'irradiation externe » sont remplacés par les mots « Patients traités par une curiethérapie, chez qui une irradiation externe est appliquée antérieurement et/ou conjointement ».

2. le § 1bis, est remplacé par les dispositions suivantes :

« Par irradiation externe complexe, il faut entendre une irradiation pour laquelle le volume cible est défini sur base d'un examen CT et/ou IRM de 20 coupes minimum à l'aide duquel le volume cible et les organes critiques sont définis sur au moins 10 coupes différentes, afin de déterminer les plans d'irradiation individuels.

Par fraction, il faut entendre une séance d'irradiation par jour d'un ou de plusieurs champs.

Par hyperfractionnement il faut entendre la répétition le même jour de séances d'irradiation d'un ou de plusieurs champs avec un intervalle d'au moins 4 heures.

Une curiethérapie fractionnée est considérée comme une seule série d'irradiations et n'est donc remboursée qu'une seule fois. Après un intervalle d'au moins 5 jours, une 2<sup>e</sup> simulation et un 2<sup>e</sup> planning peuvent être portés en compte, le cas échéant.

Différents volumes cibles qui sont traités simultanément par curiethérapie peuvent être portés en compte et remboursés par volume cible (p. ex. curiethérapie simultanée de différentes tumeurs cutanées, des deux seins,...).

Par volume cible il faut entendre la tumeur elle-même, avec marge de sécurité pour raisons médicale et physique, y compris les chaînes lymphatiques limitrophes qui sont traitées au cours de la même séance.

Pour les patients de catégorie 1<sup>re</sup> et 2, des séries d'irradiations externes de divers volumes cibles ne peuvent être portées en compte et remboursées que trois fois au total au cours d'une même année.

Différents volumes cibles (que ce soit sur une ou plusieurs localisations) qui sont simultanément traités par irradiation externe, peuvent être portés en compte et remboursés par volume cible (p. ex. irradiation simultanée bilatérale des seins, irradiation médiastinale + irradiation cérébrale, irradiation de différentes métastases osseuses,...) ».

3. Au § 4, les mots « , à l'exception des radiothérapies superficielles prévues sous le n° de code 444334-444345 qui peuvent être remboursées lorsqu'elles sont réalisées par un médecin spécialiste en dermatovénéréologie » sont supprimés.

4. Au § 5,

a) le premier alinéa est supprimé.

b) in fine, l'alinéa suivant est inséré :

« A l'exception des thérapies superficielles, visées sous le code 444334-444345, et de la curiethérapie intraluminale, visée sous le code 444275-444286, l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans les prestations radiothérapeutiques réalisées dans un service de radiothérapie est soumise à la condition que ce service soit agréé conformément à l'arrêté royal du 5 avril 1991 fixant les normes auxquelles un service de radiothérapie doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. »

**Art. 3.** Le présent arrêté **entre en vigueur le dixième jour suivant celui de sa publication au Moniteur belge** (\*).

**Art. 4.** Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 3 juillet 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et des Pensions,  
F. VANDENBROUCKE

---

(\* NB.: 28/07/2003

