

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/43461]

16 DECEMBRE 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 3, § 1<sup>er</sup>, C., et l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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>, 1<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'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 8 mars 2022 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 8 mars 2022 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 14 mars 2022 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 20 avril 2022 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 25 avril 2022 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 30 août 2022 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 15 septembre 2022 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'Etat le 22 septembre 2022, 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 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 3, § 1<sup>er</sup>, C., 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 février 2019, dans la rubrique « I. BIOLOGIE CLINIQUE », sous l'intitulé « 7/HEMATOLOGIE », dans le libellé de la prestation 127153-127164, les mots « Règle de cumul 101 » sont remplacés par les mots « Règle de cumul 101, 354 ».

**Art. 2.** A l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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 12 mai 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> dans la rubrique « 1/CHIMIE », sous l'intitulé « 1/Sang »,

a) dans le libellé de la prestation 542791-542802, les mots « (Maximum 1) (Règle diagnostique 53) » sont remplacés par les mots « (Maximum 1) (Règle de cumul 49) (Règle diagnostique 86) » ;

b) dans le libellé de la prestation 541052-541063, les mots « (Règle de cumul 35) » sont remplacés par les mots « (Règle de cumul 35, 354) » ;

2<sup>o</sup> dans la rubrique « 2/CHIMIE : HORMONOLOGIE », dans l'intitulé « 1/Sang », la prestation suivante est insérée entre la prestation 559311-559322 et la prestation 559333-559344 :

« 557196-557200

Dosage de la 25-hydroxyvitamine D en cas d'insuffisance rénale chronique de stade IIIb ou plus, en cas de dialyse rénale, après transplantation rénale, en cas de malabsorption documentée (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, maladie coeliaque,

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/43461]

16 DECEMBER 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 3, § 1, C., en artikel 24, § 1, 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<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 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 8 maart 2022;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 8 maart 2022;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziektenfondsen van 14 maart 2022;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 20 april 2022;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 25 april 2022;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 30 augustus 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 15 september 2022;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 22 september 2022 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 3, § 1, C., 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 februari 2019, worden in de rubriek "I. KLINISCHE BIOLOGIE", onder de hoofding "7/HEMATOLOGIE", in de omschrijving van de verstrekking 127153-127164 de woorden "Cumulregel 101" vervangen door de woorden "Cumulregel 101, 354".

**Art. 2.** In artikel 24, § 1, 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 12 mei 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> in de rubriek "1/CHEMIE", onder de hoofding "1/Bloed",

a) worden in de omschrijving van de verstrekking 542791-542802 de woorden "(Maximum 1) (Diagnosereg 53)" vervangen door de woorden "(Maximum 1) (Cumulregel 49) (Diagnosereg 86)";

b) worden in de omschrijving van de verstrekking 541052-541063 de woorden "(Cumulregel 35)" vervangen door de woorden "(Cumulregel 35, 354)";

2<sup>o</sup> in de rubriek "2/CHEMIE : HORMONOLOGIE", onder de hoofding "1/Bloed" wordt tussen de verstrekking 559311-559322 en de verstrekking 559333-559344 de volgende verstrekking ingevoegd:

"557196-557200

Doseren van 25-hydroxyvitamine D bij chronische nierinsufficiëntie vanaf stadium IIIb, bij nierdialyse, na niertransplantatie, bij gedocumenteerde malabsorptie (chronisch inflammatoir darmlijden, coeliakie, na bariatrische chirurgie, mucoviscidose), bij

après chirurgie bariatrique, mucoviscidose), en cas d'hyperparathyroïdie ou d'hypoparathyroïdie, en cas de diabète phosphaté ou de traitement par bisphosphonates administrés par voie intraveineuse ..... B 400

(Maximum 1) (Règle de cumul 214) (Règle diagnostique 169) » ;

3° dans la rubrique « 9/IMMUNO HEMATOLOGIE ET SEROLOGIE NON-INF. »,

a) les règles d'application qui suivent le libellé de la prestation 556275-556286 sont supprimées ;

b) les règles d'application suivantes sont insérées après le libellé de la prestation 545893-545904 :

« En ce qui concerne les critères diagnostiques éventuels, les règles susmentionnées supposent que les données qui y correspondent soient communiquées sur la prescription. Le prescripteur est responsable de la mention de ces renseignements.

A l'exception des cas où les libellés ou les règles l'indiquent différemment, les règles de cumul, les règles diagnostiques et les nombres indiquant les maximums sont applicables par prélèvement. Si plusieurs prélèvements des mêmes analyses sont nécessaires au cours des 24 heures d'une même journée, ceux-ci peuvent être regroupés sur une prescription unique, pour autant que le nombre de prélèvements soit mentionné sur cette prescription. » ;

4° dans la rubrique « Règles de cumul »,

a) la règle de cumul 49 est remplacée par ce qui suit :

« 49

Les prestations 542791-542802, 540470-540481 et 542032-542043 ne sont pas cumulables entre elles. » ;

b) la règle de cumul 214 est remplacée par ce qui suit :

« 214

Les prestations 434490-434501, 434512-434523, 559311-559322, 557196-557200 et 559333-559344 ne sont pas cumulables entre elles. » ;

c) la rubrique est complétée par la règle de cumul suivante :

« 354

Les prestations 127153-127164 et 541052-541063 ne sont pas cumulables entre elles. » ;

5° dans la rubrique « Règles diagnostiques »,

a) la règle diagnostique 53 est remplacée par ce qui suit :

« 53

Les prestations 556290-556301, 556651-556662 et 556673-556684 peuvent être portées en compte au maximum quatre fois par année civile. » ;

b) la règle diagnostique 86 est remplacée par ce qui suit :

« 86

La prestation 542791-542802 ne peut être portée en compte que pour la mise au point diagnostique et le suivi des patients atteints d'amyloïdose primaire, de myélome à chaînes légères, de myélome non sécrétant et patients dialysés atteints de myélome. La prestation 542791-54802 peut être portée en compte au maximum douze fois par année civile.

c) la règle diagnostique 155 est remplacée par ce qui suit :

« 155

Une seule des prestations 434490-434501 et 559311-559322 peut être portée en compte une fois par année civile. » ;

d) la rubrique est complétée par la règle diagnostique suivante :

« 169

La prestation 557196-557200 ne peut être portée en compte que trois fois par année civile. ».

**Art. 3.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2023.

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

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

hyperparathyroïdie ou hypoparathyroïdie, bij fosfaatdiabetes of behandeling met intraveneus toegediende bisfosfonaten ..... B 400

(Maximum 1) (Cumulregel 214) (Diagnoseregule 169)";

3° in de rubriek "9//IMMUNO-HEMATOLOGIE & NIET INF.SEROLOGIE",

a) worden de toepassingsregels die volgen op de omschrijving van de verstrekking 556275-556286, geschrapt;

b) worden de volgende toepassingsregels ingevoegd na de omschrijving van de verstrekking 545893-545904:

"Wat betreft de eventuele diagnostische criteria veronderstellen de hierboven vermelde regels dat de ermee verband houdende gegevens worden meegedeeld op het voorschrift. Het is de verantwoordelijkheid van de voorschrijver deze gegevens kenbaar te maken.

Tenzij anders vermeld in de omschrijvingen of de regels, zijn de cumulregels, diagnoseregels en maximum aantallen van toepassing per afname. Indien meerdere afnames van éénzelfde analyse nodig zijn in de loop van de 24 uur van éénzelfde dag, dan mogen deze worden samengebracht op één enkel voorschrift, voor zover het aantal afnames wordt vermeld op dit voorschrift.";

4° in de rubriek "Cumulregels",

a) wordt cumulregel 49 vervangen als volgt:

"49

De verstrekkingen 542791-542802, 540470-540481 en 542032-542043 mogen onderling niet worden gecumuleerd.";

b) wordt cumulregel 214 vervangen als volgt:

"214

De verstrekkingen 434490-434501 en 434512-434523, 559311-559322, 557196-557200 en 559333-559344 mogen onderling niet worden gecumuleerd.";

c) wordt de rubriek aangevuld met de volgende cumulregel:

"354

De verstrekkingen 127153-127164 en 541052-541063 mogen onderling niet gecumuleerd worden.";

5° in de rubriek "Diagnoseregels",

a) wordt diagnoseregule 53 vervangen als volgt:

"53

De verstrekkingen 556290-556301, 556651-556662 en 556673-556684 mogen maximum viermaal per kalenderjaar aangerekend worden.";

b) wordt diagnoseregule 86 vervangen als volgt:

"86

De verstrekking 542791-542802 mag slechts worden aangerekend voor de diagnostische oppuntstelling en opvolging van patiënten met primaire amyloïdose, lichte-keten-myeloom, niet-secreterend myeloom en dialysepatiënten met myeloom. De verstrekking 542791-54802 mag maximum twaalfmaal per kalenderjaar worden aangerekend.";

c) wordt diagnoseregule 155 vervangen als volgt:

"155

Van de verstrekkingen 434490-434501 en 559311-559322 mag er één verstrekking eenmaal per kalenderjaar aangerekend worden.";

d) wordt de rubriek aangevuld met de volgende diagnoseregule:

"169

De verstrekking 557196-557200 mag slechts driemaal per kalenderjaar worden aangerekend.".

**Art. 3.** Dit besluit treedt in werking op 1 maart 2023.

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

Gegeven te Brussel, 16 december 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/43462]

16 DECEMBRE 2022. — Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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>, 1<sup>o</sup>, 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 8 mars 2022 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 8 mars 2022 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 14 mars 2022 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 23 mars 2022 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 28 mars 2022 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 juillet 2022 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 24 août 2022 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'Etat le 5 septembre 2022, 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 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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 12 mai 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> à la rubrique 1/CHIMIE, au 9/Divers, le libellé de la prestation 545915-545926 est remplacé par ce qui suit :

« Test de la sueur avec pilocarpine avec dosage des chlorures, dans le cadre d'un programme de dépistage néonatal et pour le suivi thérapeutique chez des patients connus avec une mucoviscidose... B 5000

(Maximum 1) (Règle de cumul 350) (Règle diagnostique 158, 168) » ;

2<sup>o</sup> à la rubrique « Règles diagnostiques »,

a) la règle diagnostique 157 est remplacée comme suit :

« 157

La prestation 545753-545764 peut seulement être portée en compte une fois par jour et deux fois dans la vie. » ;

b) la rubrique est complétée par une règle diagnostique 168, rédigée comme suit :

« 168

La prestation 545915-545926 peut seulement être portée en compte une fois par jour et deux fois dans la vie, sauf dans le cas d'un « dépistage positif de la fibrose kystique avec un diagnostic non concluant » où la prestation peut être portée en compte six fois de plus jusqu'à l'âge de six ans inclus.

Dans le cas d'un patient connu et enregistré pour la mucoviscidose, la prestation peut être portée en compte six fois supplémentaires au cours de la vie du patient dans le cadre du suivi thérapeutique. ».

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/43462]

16 DECEMBER 2022. — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, 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<sup>o</sup>, gewijzigd 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 8 maart 2022;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 8 maart 2022;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziektenfondsen van 14 maart 2022;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 23 maart 2022;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 28 maart 2022;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 15 juli 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 24 augustus 2022;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 5 september 2022 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 24, § 1, 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 12 mei 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1<sup>o</sup> in de rubriek 1/CHEMIE, onder 9/Diversen, wordt de omschrijving van de verstrekking 545915-545926 als volgt vervangen:

“Zweettest met pilocarpine met doseren van chloriden in het kader van het neonatale screeningsprogramma en voor therapeutische opvolging bij gekende mucoviscidose-patiënten ..... B 5000

(Maximum 1) (Cumulregel 350) (Diagnoseregule 158, 168)”;

2<sup>o</sup> in de rubriek “Diagnoseregels”

a) wordt diagnoseregule 157 als volgt vervangen :

“157

De verstrekking 545753-545764 mag slechts eenmaal per dag en tweemaal in het leven aangerekend worden.”;

b) wordt de rubriek door een diagnoseregule 168 aangevuld, luidende:

“168

De verstrekking 545915-545926 mag slechts eenmaal per dag en tweemaal in het leven aangerekend worden, tenzij bij “Cystic Fibrosis Screen Positive Inconclusive Diagnosis” waar de verstrekking bijkomend zesmaal mag aangerekend worden tot en met de leeftijd van zes jaar.

Bij een gekende en geregistreerde mucoviscidose-patiënt mag de verstrekking bijkomend zesmaal in het leven aangerekend worden in het kader van de therapeutische opvolging.”.

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2023.

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

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 maart 2023.

**Art. 3.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 december 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE**

[C - 2022/43464]

**16 DECEMBRE 2022.** — Arrêté royal modifiant l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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>, 1<sup>o</sup>, 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 22 juin 2021 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 22 juin 2021 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 30 août 2021 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 15 septembre 2021 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 20 septembre 2021 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1<sup>er</sup> décembre 2021 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 14 décembre 2021 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'Etat le 22 décembre 2021, 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 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 24, § 1<sup>er</sup>, 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 12 mai 2021, les modifications suivantes sont apportées :

1<sup>o</sup> à la prestation 540315-540326,

a) dans le libellé, les mots « et apolipoprotéine B » sont supprimés ;

b) la valeur relative est remplacée par « 100 » ;

2<sup>o</sup> la prestation suivante est insérée après la prestation 540315-540326 :

« 542975-542986

Dosage de l'apolipoprotéine B chez un patient sous médication hypocholestérolémiante ..... B 100

(Maximum 1) (Règles de cumul 13, 352) » ;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID**

[C - 2022/43464]

**16 DECEMBER 2022.** — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24, § 1, 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<sup>o</sup>, gewijzigd 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 22 juni 2021 ;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 22 juni 2021 ;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziekenfondsen van 30 augustus 2021 ;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 15 september 2021 ;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering van 20 september 2021 ;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 december 2021 ;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 14 december 2021 ;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 22 december 2021 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 ;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn ;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973 ;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 24, § 1, 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 12 mei 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1<sup>o</sup> in de verstrekking 540315-540326

a) worden in de omschrijving de woorden “ en apolipoproteïne B ” geschrapt ;

b) wordt de betreffende waarde vervangen door “100” ;

2<sup>o</sup> de volgende verstrekking wordt ingevoegd na de verstrekking 540315-540326 :

“542975-542986

Doseren van apolipoproteïne B bij een patiënt onder behandeling met cholesterolverlagende medicatie ..... B 100

(Maximum 1) (Cumulregels 13, 352) ” ;



3° le libellé de la prestation 542231-542242 est remplacé par ce qui suit :

« Dosage du cholestérol LDL chez un patient sous médication hypocholestérolémiante, à l'exclusion de méthodes de calcul .... B 100

(Maximum 1) (Règle de cumul 352) » ;

4° dans le texte en néerlandais, dans le libellé de la prestation 547396-547400, le mot « meerheid » est remplacé par le mot « meerderheid » ;

5° dans le libellé de la prestation 549312-549323, les mots « (Règle de cumul 70) » sont supprimés ;

6° dans le texte en français, dans le libellé de la prestation 549614-549625, le mot « sensibilité » est remplacé par le mot « sensibilité » ;

7° la prestation 553151-553162 est supprimée ;

8° la prestation 553195-553206 est supprimée ;

9° la prestation suivante est insérée après la prestation 545112-545123 :

« 552495-552506

Utilisation des tests viscoélastiques dans le diagnostic et le suivi des hémorragies occasionnelles soit par un traumatisme sévère, soit en obstétrique et dans le postpartum, soit lors d'une maladie hépatique, d'une transplantation hépatique, ou d'une chirurgie cardiaque . B 500

(Maximum 4) » ;

10° dans le libellé de la prestation 554256-554260, les mots « (Règle de cumul 351) » sont ajoutés ;

11° la prestation suivante est insérée après la prestation 554256-554260 :

« 552473-552484

Dosage du facteur VIII par méthode chromogénique ..... B 1000 (Maximum 1) (Règle de cumul 351) (Règle diagnostique 164) » ;

12° la prestation 554411-554422 est supprimée ;

13° dans le libellé de la prestation 554551-554562, les mots « (Règle diagnostique 166) » sont ajoutés ;

14° la prestation 554654-554665 est supprimée ;

15° la prestation 554595-554606 est supprimée ;

16° dans le libellé de la prestation 554632-554643, les mots « et avec 2 scarifications » sont remplacés par les mots « avec scarification » ;

17° la prestation suivante est insérée après la prestation 553313-553324 :

« 552451-552462

Monitoring d'un traitement avec anti-IIa anticoagulant ..... B 1000 (Maximum 1) (Règle diagnostique 163) » ;

18° la prestation 556496-556500 est remplacée par ce qui suit :

« 556496-556500

Immunophénotypage et quantification des cellules progénitrices par cytométrie de flux, d'au moins les anticorps CD34, CD45 et d'un marqueur de viabilité ..... B 1500

(Maximum 1) (Règle de cumul 76) (Règle diagnostique 165) » ;

19° dans le libellé de la prestation 556371-556382, les mots « (Règle de cumul 353) » sont ajoutés ;

20° la prestation 556393-556404 est supprimée ;

21° les prestations suivantes sont insérées après la prestation 556570-556581 :

« 552510-552521

Quantification d'anticorps anti-PR3 ou anti-MPO chez des patients présentant des signes cliniques qui indiquent une possibilité de vascularite associée aux ANCA pour des patients qui ne sont pas connus pour une vascularite associée aux ANCA ..... B 350

(Maximum 2) (Règle de cumul 353)

552532-552543

Quantification d'anticorps anti-PR3 ou anti-MPO chez des patients avec vascularite associée aux ANCA en suivi ..... B 350

(Maximum 1) (Règle de cumul 353) » ;

3° de omschrijving van de verstrekking 542231-542242 wordt vervangen als volgt:

“Doseran van LDL-cholesterol bij een patiënt onder behandeling met cholesterolverlagende medicatie, met uitsluiting van berekeningsmethoden...B 100

(Maximum 1) (Cumulregel 352)”;

4° in de Nederlandse tekst wordt in de omschrijving van de verstrekking 547396-547400 het woord “meerheid” vervangen door het woord “meerderheid”;

5° in de omschrijving van de verstrekking 549312-549323 worden de woorden “(Cumulregel 70)” geschrapt;

6° in de Franse tekst wordt in de omschrijving van de verstrekking 549614-549625 het woord “sensibilité” vervangen door het woord “sensibilité”;

7° de verstrekking 553151-553162 wordt geschrapt;

8° de verstrekking 553195-553206 wordt geschrapt;

9° de volgende verstrekking wordt ingevoegd na de verstrekking 545112-545123:

“552495-552506

Het gebruik van visco-elastische tests bij de diagnostiek en opvolging van bloedingen veroorzaakt door ernstige trauma's, in de verloskunde en postpartum, bij leverziekten of levertransplantatie of hartchirurgie...B 500

(Maximum 4)”;

10° in de omschrijving van de verstrekking 554256-554260 worden de woorden “(Cumulregel 351)” toegevoegd;

11° de volgende verstrekking wordt ingevoegd na de verstrekking 554256-554260:

“552473-552484

Doseran van factor VIII via chromogene methode ..... B 1000 (Maximum 1) (Cumulregel 351) (Diagnoseregule 164)”;

12° de verstrekking 554411-554422 wordt geschrapt;

13° in de omschrijving van de verstrekking 554551-554562 worden de woorden “(Diagnoseregule 166)” toegevoegd;

14° de verstrekking 554654-554665 wordt geschrapt;

15° de verstrekking 554595-554606 wordt geschrapt;

16° in de omschrijving van de verstrekking 554632-554643 worden de woorden “en met 2 scarificaties” vervangen door de woorden “met scarificatie”;

17° de volgende verstrekking wordt ingevoegd na de verstrekking 553313-553324:

“552451-552462

Monitoring van een behandeling met anti-IIa anticoagulantia . B 1000 (Maximum 1) (Diagnoseregule 163)”;

18° de verstrekking 556496-556500 wordt vervangen als volgt:

“556496-556500

Immunofenotypering en kwantificatie van progenitorcellen via flow-cytometrie, van minstens de antilichamen CD34, CD45 en een leefbaarheidsmerker ..... B 1500

(Maximum 1) (Cumulregel 76) (Diagnoseregule 165)”;

19° in de omschrijving van de verstrekking 556371-556382 worden de woorden “(Cumulregel 353)” toegevoegd;

20° de verstrekking 556393-556404 wordt geschrapt;

21° de volgende verstrekkingen worden ingevoegd na de verstrekking 556570-556581:

“552510-552521

Kwantificatie van anti-PR3 of anti-MPO antilichamen bij patiënten met aanwezigheid van klinische tekenen die wijzen op de mogelijkheid van ANCA-geassocieerde vasculitis voor patiënten die niet gekend zijn met ANCA-geassocieerde vasculitis...B 350

(Maximum 2) (Cumulregel 353)

552532-552543

Kwantificatie van anti-PR3 of anti-MPO antilichamen bij patiënten met ANCA-geassocieerde vasculitis in follow-up...B 350

(Maximum 1) (Cumulregel 353)”;

22° dans la rubrique « Règles de cumul »,

a) dans la règle de cumul 13, les mots « et 542231 – 542242 » sont supprimés ;

b) les règles de cumul 54, 106 et 107 sont supprimées ;

c) les règles de cumul suivantes sont ajoutées :

« 351

Les prestations 554256-554260 et 552473-552484 ne sont pas cumulables entre elles en cas de suivi du traitement par facteur VIII recombinant à longue durée d'action.

352

Les prestations 542231-542242 et 542975-542986 ne sont pas cumulables entre elles.

353

Les prestations 556371-556382, 552510-552521 et 552532-552543 ne sont pas cumulables entre elles. » ;

23° dans la rubrique « Règles diagnostiques »,

a) dans la règle diagnostique 17, les mots « 554595 - 554606 ou » sont supprimés ;

b) dans la règle diagnostique 19, les mots « 554595 - 554606 ou » sont supprimés ;

c) dans la règle diagnostique 34, dans le texte en néerlandais, le mot « antilichamen » est remplacé par le mot « antilichamen » ;

d) dans la règle diagnostique 53, les mots « 545834-545845, » sont insérés entre les mots « 556290-556301, » et les mots « 556651-556662 » ;

e) la règle diagnostique 54 est supprimée ;

f) la règle diagnostique 64 est remplacée par ce qui suit :

« 64

La prestation 556570-556581 peut uniquement être portée en compte si le résultat de la prestation 556371-556382 est positif. » ;

g) la règle diagnostique 83 est remplacée par ce qui suit :

« 83

La prestation 554455-554466 peut uniquement être portée en compte en cas de suspicion de thrombose veineuse profonde, d'embolie pulmonaire, de complication de grossesse ou de coagulation intravasculaire diffuse. » ;

h) la règle diagnostique 107 est remplacée par ce qui suit :

« 107

La prestation 553313-553324 peut uniquement être portée en compte en cas de traitement par héparine ou par inhibiteur du facteur Xa dans les conditions suivantes : chez une femme enceinte, un enfant de moins de 18 ans, un patient avec insuffisance rénale, un patient ayant un ICM supérieur à 30 ou inférieur à 18, en cas de diathèse hémorragique, de thromboses récurrentes sous traitement, chez un patient sous ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation), un patient en période péri-opératoire, ou en cas de traitement par antidote. » ;

i) dans la règle diagnostique 142, dans le texte en français, le mot « thrombose » est remplacé par le mot « thrombose » ;

j) les règles diagnostiques suivantes sont ajoutées :

« 163

La prestation 552451-552462 peut uniquement être portée en compte en cas de traitement par inhibiteur du facteur IIa dans les conditions suivantes : chez une femme enceinte, un enfant de moins de 18 ans, un patient avec insuffisance rénale, un patient ayant un ICM supérieur à 30 ou inférieur à 18, en cas de diathèse hémorragique, de thromboses récurrentes sous traitement, un patient en période péri-opératoire, ou en cas de traitement par antidote.

164

La prestation 552473-552484 peut uniquement être portée en compte dans le suivi du traitement par facteur VIII recombinant à longue durée d'action, en combinaison avec la prestation 554256-554260 en cas d'hémophilie mineure, en cas de dosage du FVIII et d'une recherche d'inhibiteur du FVIII chez les patients ayant un traitement alternatif au facteur substitutif.

165

La prestation 556496-556500 peut uniquement être portée en compte dans le cadre de collections de cellules progénitrices destinées à la transplantation.

22° in de rubriek "Cumulregels"

a) worden in cumulregel 13 de woorden "en 542231 – 542242" geschrapt;

b) worden de cumulregels 54, 106 en 107 geschrapt;

c) worden de volgende cumulregels toegevoegd:

"351

De verstrekingen 554256-554260 en 552473-552484 mogen onderling niet worden gecumuleerd in geval van behandeling met recombinante coagulatie factor VIII met lange werking.

352

De verstrekingen 542231-542242 en 542975-542986 mogen onderling niet worden gecumuleerd.

353

De verstrekingen 556371-556382, 552510-552521 en 552532-552543 mogen onderling niet worden gecumuleerd." ;

23° in de rubriek "Diagnoseregels"

a) worden in diagnoseregule 17 de woorden "554595 - 554606 of "geschrapt;

b) worden in diagnoseregule 19 de woorden "554595 - 554606 of "geschrapt;

c) wordt in diagnoseregule 34 in de Nederlandse tekst het woord "antilichamen" vervangen door het woord "antilichamen";

d) worden in diagnoseregule 53 de woorden " 545834-545845," ingevoegd tussen de woorden "556290-556301," en de woorden " 556651-556662";

e) wordt diagnoseregule 54 geschrapt;

f) wordt diagnoseregule 64 vervangen als volgt:

"64

De verstreking 556570-556581 mag slechts worden aangerekend als het resultaat van de verstreking 556371-556382 positief is." ;

g) wordt diagnoseregule 83 vervangen als volgt:

"83

De verstreking 554455-554466 mag slechts worden aangerekend in geval van vermoeden van diepe veneuze trombose, longembolie, zwangerschapsverwikkeling of diffuse intravasculaire stolling." ;

h) wordt diagnoseregule 107 vervangen als volgt:

"107

De verstreking 553313-553324 mag alleen worden aangerekend in geval van een behandeling met heparine of factor Xa-inhibitoren in de volgende omstandigheden: bij een zwangere vrouw, een kind van minder dan 18 jaar, een patiënt met nierinsufficiëntie, een patiënt met BMI hoger dan 30 of lager dan 18, bij hemorragische diathese, bij terugkerende tromboses onder behandeling, bij patiënten onder ECMO (extracorporele membraanoxygenatie), bij patiënten in peri-operatoire periode of in geval van behandeling met een antidotum." ;

i) wordt in diagnoseregule 142 in de Franse tekst het woord "thrombose" vervangen door het woord "thrombose";

j) worden de volgende diagnoseregels toegevoegd:

"163

De verstreking 552451-552462 mag enkel worden aangerekend in geval van een behandeling met factor IIa-inhibitoren in de volgende omstandigheden: bij een zwangere vrouw, een kind van minder dan 18 jaar, een patiënt met nierinsufficiëntie, een patiënt met BMI hoger dan 30 of lager dan 18, bij hemorragische diathese, bij terugkerende tromboses onder behandeling, bij patiënten in peri-operatoire periode of in geval van behandeling met een antidotum.

164

De verstreking 552473-552484 mag enkel worden aangerekend bij de opvolging van behandeling met recombinante coagulatie factor VIII met lange werking, in combinatie met de verstreking 554256-554260 in geval van milde hemofilie, in geval van doseren van factor VIII en het opzoeken van een factor VIII inhibitor bij patiënten onder een alternatieve substituerende behandeling.

165

De verstreking 556496-556500 mag enkel worden aangerekend in de context van verzamelingen van progenitorcellen bedoeld voor transplantatie.

166

La prestation 554551-554562 peut uniquement être portée en compte en cas de suspicion de dysfibrinogénémie ou pour exclure la présence d'un anticoagulant thérapeutique. ».

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2023.

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

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

166

De verstrekking 554551-554562 mag enkel worden aangerekend bij vermoeden van dysfibrinogenemie of voor het uitsluiten van de aanwezigheid van therapeutische anticoagulantia.”.

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 maart 2023.

**Art. 3.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 december 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2022/43463]

**16 DECEMBRE 2022.** — Arrêté royal modifiant l'article 24bis, §§ 1<sup>er</sup> et 5, 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>, 1<sup>o</sup>, modifié 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 26 octobre 2021 ;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, donné le 26 octobre 2021 ;

Vu la décision de la Commission nationale médico-mutualiste du 29 novembre 2021 ;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 26 janvier 2022 ;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité du 31 janvier 2022 ;

Vu les avis de l'Inspecteur des Finances, donnés les 10 avril 2022 et 25 mai 2022 ;

Vu l'accord de la Secrétaire d'Etat au Budget, donné le 27 avril 2022 ;

Vu la demande d'avis dans un délai de trente jours, adressée au Conseil d'Etat le 2 juin 2022, 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 ;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai ;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Sur la proposition du Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** A l'article 24bis 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 4 juin 2021, les modifications suivantes sont apportées :

A. au paragraphe 1<sup>er</sup>,

1<sup>o</sup> la prestation 556710-556721 et les règles d'application qui la suivent sont supprimées ;

2<sup>o</sup> la valeur relative de la prestation 556732-556743 est remplacée par « 2000 » ;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2022/43463]

**16 DECEMBER 2022.** — Koninklijk besluit tot wijziging van artikel 24bis, §§ 1 en 5, 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<sup>o</sup>, gewijzigd 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 26 oktober 2021;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 26 oktober 2021;

Gelet op de beslissing van de Nationale commissie artsenziektefondsen van 29 november 2021;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 26 januari 2022;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering 31 januari 2022;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 10 april 2022 en 25 mei 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting van 27 april 2022;

Gelet op de adviesaanvraag binnen dertig dagen, die op 2 juni 2022 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2<sup>o</sup>, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Op de voordracht van de Minister van Sociale Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** In artikel 24bis 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 4 juni 2021, worden de volgende wijzigingen aangebracht:

A. in paragraaf 1

1<sup>o</sup> worden de verstrekking 556710-556721 en de toepassingsregels die erop volgen, geschrapt;

2<sup>o</sup> wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556732-556743 vervangen door "2000";

3° la règle d'application qui suit la prestation 556732-556743 est remplacée par ce qui suit :

« Cette prestation peut uniquement être attestée si elle est effectuée dans les circonstances suivantes :

1° suspicion d'infection HCV chez un enfant d'une mère démontrée HCV-positif. Dans cette indication la prestation ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

2° confirmation de la présence de HCV chez un patient démontré positif pour des anticorps anti-HCV. Dans cette indication la prestation ne peut être portée en compte qu'une seule fois.

3° confirmation d'une infection HCV chez des patients immuno-compromis, présentant des symptômes d'hépatite (y compris les patients dialysés), même en cas de résultat négatif de détection des anticorps anti-HCV. Dans cette indication la prestation ne peut être portée en compte qu'une seule fois et ce endéans les trois mois de l'apparition des symptômes.

4° lors d'un accident par piqûre par une personne HCV positive à condition que la victime développe des signes fonctionnels indicatifs d'une hépatite. Dans cette indication la prestation ne peut être portée en compte qu'une seule fois et ce endéans les trois mois qui suivent l'accident par piqûre.

5° dans le cadre du suivi d'un traitement médicamenteux contre l'hépatite C. Dans cette indication la prestation peut seulement être portée en compte quatre fois, pour autant que cela soit justifié dans le contexte du suivi du traitement. » ;

4° la valeur relative de la prestation 556776-556780 est remplacée par « 2000 » ;

5° la valeur relative de la prestation 556791-556802 est remplacée par « 1500 » ;

6° la valeur relative de la prestation 556813-556824 est remplacée par « 1500 » ;

7° la valeur relative de la prestation 556835-556846 est remplacée par « 1500 » ;

8° la valeur relative de la prestation 556850-556861 est remplacée par « 1500 » ;

9° la valeur relative de la prestation 556872-556883 est remplacée par « 1500 » ;

10° la valeur relative de la prestation 556894-556905 est remplacée par « 2000 » ;

11° la valeur relative de la prestation 556916-556920 est remplacée par « 2000 » ;

12° la valeur relative de la prestation 556931-556942 est remplacée par « 2000 » ;

13° la valeur relative de la prestation 556953-556964 est remplacée par « 1500 » ;

14° la prestation 556975-556986 est remplacée par ce qui suit :

« 556975-556986

Détection d'agent infectieux supplémentaire dans le liquide de lavage broncho-alvéolaire au moyen d'une méthode d'amplification moléculaire, par agent .....

(Maximum 7) » ;

15° la valeur relative de la prestation 556990-557001 est remplacée par « 2000 » ;

16° la valeur relative de la prestation 557034-557045 est remplacée par « 1500 » ;

17° les prestations et les règles d'application suivantes sont insérées après la prestation 556695-556706 et les règles d'application qui la suivent :

« 557115-557126

Détection d'au moins trois agents infectieux respiratoires au moyen d'une technique d'amplification moléculaire .....

(Maximum 1)

557152-557163

Détection d'agents infectieux respiratoires supplémentaires au moyen d'une technique d'amplification moléculaire, par agent .....

(Maximum 7)

3° wordt de toepassingsregel die volgt op de verstrekking 556732-556743 vervangen als volgt:

“Deze verstrekking mag enkel worden aangerekend, indien uitgevoerd onder de volgende omstandigheden:

1° vermoeden van HCV-infectie bij een kind van een bewezen HCV-positieve moeder. In deze indicatie mag de verstrekking slechts één keer worden aangerekend.

2° aantonen van HCV bij een bewezen HCV-antistof positieve patiënt. In deze indicatie mag de verstrekking slechts één keer worden aangerekend.

3° aantonen van HCV-infectie in immuungecompromitteerde patiënten met symptomen van hepatitis (inclusief dialyse patiënten), ook bij negatief resultaat voor detectie van anti-HCV antistoffen. In deze indicatie mag de verstrekking slechts één keer worden aangerekend in de drie maanden volgend op de symptomen.

4° bij een prikaccident met een HCV-positieve persoon en op voorwaarde dat het slachtoffer functionele stoornissen ontwikkelt duidend op een hepatitis. In deze indicatie mag de verstrekking slechts één keer worden aangerekend in de drie maanden volgend op het prikaccident.

5° bij de opvolging van medicamenteuze behandeling tegen hepatitis C. In deze indicatie mag de verstrekking slechts vier keren aangerekend worden, voor zo ver verantwoord in de context van het opvolgen van deze behandeling.”;

4° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556776-556780 vervangen door “2000”;

5° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556791-556802 vervangen door “1500”;

6° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556813-556824 vervangen door “1500”;

7° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556835-556846 vervangen door “1500”;

8° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556850-556861 vervangen door “1500”;

9° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556872-556883 vervangen door “1500”;

10° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556894-556905 vervangen door “2000”;

11° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556916-556920 vervangen door “2000”;

12° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556931-556942 vervangen door “2000”;

13° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556953-556964 vervangen door “1500”;

14° wordt de verstrekking 556975-556986 vervangen als volgt:

“556975-556986

Opsporen van bijkomende infectieuze agentia in de broncho-alveolaire lavagevloeistof door een techniek van moleculaire amplificatie, per agens .....

(Maximum 7)”;

15° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 556990-557001 vervangen door “2000”;

16° wordt de betreffende waarde van de verstrekking 557034-557045 vervangen door “1500”;

17° worden de volgende verstrekkingen en toepassingsregels ingevoegd na de verstrekking 556695-556706 en de toepassingsregels die erop volgen:

“557115-557126

Opsporen van minimum drie respiratoire infectieuze agentia door middel van een techniek van moleculaire amplificatie .....

(Maximum 1)

557152-557163

Opsporen van bijkomende respiratoire infectieuze agentia door middel van een techniek van moleculaire amplificatie, per agens .....

(Maximum 7)



Les prestations 557115-557126 et 557152-557163 peuvent uniquement être attestées pour un patient hospitalisé dans un état critique, sur avis positif du biologiste clinique du laboratoire de l'hôpital.

Les prestations 557115-557126 et 557152-557163 peuvent uniquement être attestées si le résultat de l'examen est communiqué au médecin demandeur dans les six heures suivant la réception de l'échantillon.

Le moment de la demande sera noté dans le dossier médical.

La prestation 557152-557163 peut uniquement être attestée après l'attestation de la prestation 557115-557126 pour le même échantillon.

La prestation 557115-557126 peut être attestée au maximum une fois par période d'hospitalisation et au maximum trois fois par année civile.

Les prestations 557115-557126 et 557152-557163 ne peuvent pas être cumulées avec les prestations 550631-550642 ou 552016-552020. » ;

B. au paragraphe 5,

1° au 2°, les mots « et qui obtiendra endéans les 2 ans après l'entrée en vigueur de l'arrêté, l'accréditation » sont supprimés ;

2° le 3° est supprimé ;

3° au 6°, les mots « l'ISP » sont remplacés par le mot « Sciensano ».

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2023.

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

Donné à Bruxelles, le 16 décembre 2022.

PHILIPPE

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,  
F. VANDENBROUCKE

De verstrekkingen 557115-557126 en 557152-557163 mogen enkel worden aangerekend bij een in het ziekenhuis opgenomen patiënt in kritieke toestand, na positief advies van de klinisch bioloog van het ziekenhuislaboratorium.

De verstrekkingen 557115-557126 en 557152-557163 mogen enkel worden aangerekend, als het resultaat van het onderzoek binnen de zes uren na ontvangst van het staal gerapporteerd wordt naar de aanvragende arts.

Het tijdstip van de aanvraag wordt genoteerd in het medisch dossier.

De verstrekking 557152-557163 mag enkel aangerekend worden na aanrekening van verstrekking 557115-557126 op dezelfde afname.

De verstrekking 557115-557126 mag maximaal één keer per periode van ziekenhuisopname en maximaal drie keren per kalenderjaar worden aangerekend.

De verstrekkingen 557115-557126 en 557152-557163 mogen niet gecumuleerd worden met de verstrekkingen 550631-550642 of 552016-552020.”;

B. in paragraaf 5

1° worden in de bepaling onder 2° de woorden “of binnen de 2 jaar na het in werking treden van dit besluit verwerft “ geschrapt;

2° wordt de bepaling onder 3° geschrapt;

3° worden in de bepaling onder 6° de woorden “het WIV” vervangen door het woord “Sciensano”.

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 maart 2023.

**Art. 3.** De minister bevoegd voor Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 16 december 2022.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
F. VANDENBROUCKE

## SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2023/15019]

**15 JANVIER 2023.** — Arrêté royal modifiant la liste annexée à l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire

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, notamment les articles 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 8, modifié en dernier lieu par la loi du 27 avril 2005 et 37, § 20, alinéa 1<sup>er</sup> modifié en dernier lieu par la loi du 27 décembre 2012;

Vu l'arrêté royal du 18 avril 2017 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités intervient dans le coût de l'autosondage au domicile du bénéficiaire;

Vu l'avis de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques, donné en date du 24 février 2022;

Vu l'avis de la Commission du contrôle budgétaire, donné le 31 août 2022;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé, prise le 5 septembre 2022;

Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 14 octobre 2022;

Vu l'accord de la secrétaire d'État au Budget, donné le 8 novembre 2022;

Vu la demande d'avis dans un délai de 30 jours, adressée au Conseil d'État le 29 novembre 2022, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant l'absence de communication de l'avis dans ce délai;

Vu l'article 84, § 4, alinéa 2, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

## FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2023/15019]

**15 JANUARI 2023.** — Koninklijk besluit tot wijziging van de lijst als bijlage bij het koninklijk besluit van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis

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, inzonderheid op de artikelen 35, § 1, achtste lid, laatst gewijzigd bij de wet van 27 december 2012;

Gelet op het koninklijk besluit van van 18 april 2017 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen tegemoetkomt in de kosten van autosondage bij de rechthebbende thuis;

Gelet op het advies van de Commissie voor terugbetaling van farmaceutische producten en verstrekkingen, gegeven op 24 februari 2022;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 31 augustus 2022;

Gelet op de beslissing van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, genomen op 5 september 2022;

Gelet op het advies van de inspecteur van Financiën, gegeven op 14 oktober 2022;

Gelet op de akkoordbevinding van de Staatssecretaris voor Begroting, gegeven op 8 november 2022;

Gelet op de adviesaanvraag binnen 30 dagen, die op 29 november 2022 bij de Raad van State is ingediend, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 2° van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;

Overwegende dat het advies niet is meegedeeld binnen die termijn;

Gelet op artikel 84, § 4, tweede lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973;