

**18 NOVEMBER 2005. - Ministerieel besluit tot vaststelling van
het bedrag en de voorwaarden
waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend
voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13°,
van de wet betreffende de verplichte verzekering
voor geneeskundige verzorging en uitkeringen,
gecoördineerd op 14 juli 1994**

BS 30/11/2005 in voege 01/01/2006

Gewijzigd door:

KB 24/10/2006 *BS 06/11/2006*

Gewijzigd cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1¹ in voege vanaf 01/01/2008

1

- Multidisciplinair overleg bij de patiënt thuis €41,32
- Multidisciplinair overleg elders €30,99
- Registratie 12,92 euro
- Multidisciplinair overleg in het kader van een therapeutisch project in de geestelijke gezondheidszorg €129,12

Artikel 1.

In het kader van elk multidisciplinair overleg, omschreven in artikel 2 van koninklijk besluit van 14 mei 2003. tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende documenten aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging bezorgd :

- 1° een kopie van het evaluatieverslag met de naam van de patiënt en de betrokken zorg- of hulpverlener, ondertekend door die zorg- of hulpverlener;
- 2° het zorgplan aan de hand van een modelformulier, vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging bij het RIZIV. Op dit formulier worden de verschillende deelnemers vermeld. De deelnemers ondertekenen dit document;
- 3° een verklaring van de huisarts dat de patiënt voldoet aan de definitie in artikel 1, 8°, van bovenvermeld besluit.

Art. 2.

§ 1.

De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg, beschreven in artikel 2 van bovenvermeld koninklijk besluit, mag per patiënt maximaal één keer per jaar worden aangerekend. De datum van het overleg is bepalend bij de beoordeling of de tegemoetkoming maximaal één keer per jaar is aangerekend. Het forfait vergoedt de deelname van de zorgverleners aan het overleg en mag door maximum vier zorgverleners worden aangerekend.

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging mag een forfaitaire tegemoetkoming aanrekenen indien een zorg- of hulpverlener in hoofde van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging daadwerkelijk heeft meegewerkt in het raam van het overleg. Deze zorg- of hulpverlener moet vertegenwoordigd zijn in of een overeenkomst hebben met een erkende geïntegreerde dienst voor thuisverzorging en daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een aspect van de zorg ten aanzien van de patiënt, met uitsluiting van administratieve en coördinerende aspecten of van het notuleren van het zorgplan.

De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg wordt maandelijks gezamenlijk gefactureerd door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging die instaat voor de administratieve afhandeling. De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming rechtstreeks aan de betrokken zorgverleners.

De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg wordt enkel uitbetaald voor patiënten waarvoor een bovenvermeld multidisciplinair overleg is gebeurd en de documenten beschreven in artikel 1 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. De tegemoetkoming kan per patiënt maximaal één keer per jaar worden aangerekend.

§ 2.

Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie, beschreven in artikel 2 van bovenvermeld koninklijk besluit, wordt door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging maximaal een keer per jaar per patiënt aangerekend indien een bovenvermeld multidisciplinair overleg is gebeurd en de documenten beschreven in artikel 1 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. De datum van het overleg is bepalend bij de beoordeling of de tegemoetkoming maximaal één keer per jaar is aangerekend.

Art. 3.

In het kader van het beschreven multidisciplinair overleg, beschreven in artikel 3 van bovenvermeld koninklijk besluit, worden de volgende documenten aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging bezorgd :

1° een kopie van het evaluatieverslag met de naam van de patiënt en de betrokken zorg- of hulpverlener, ondertekend door die zorg- of hulpverlener;

2° het zorgplan aan de hand van een modelformulier, vastgelegd door het Comité van de verzekering van geneeskundige verzorging bij het RIZIV. Op dit formulier worden de verschillende deelnemers vermeld. De deelnemers ondertekenen dit document;

3° een medische kennisgeving opgemaakt door de verantwoordelijke arts van een deskundig ziekenhuiscentrum waaruit blijkt dat de patiënt voldoet aan de definitie in artikel 1, 9°, van bovenvermeld besluit.

Die medische kennisgeving kan worden vervangen door een kopie van het formulier, gestuurd aan de adviserend geneesheer in het kader van het koninklijk besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging voor geneesmiddelen, verzorgingsmiddelen en hulpmiddelen voor patiënten in een persisterende vegetatieve status, bedoeld in artikel 34, eerste lid, 14°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

De documenten omschreven in het eerste lid, 1° en 2°, worden voor elk multidisciplinair overleg bezorgd aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging.

Art. 4.

§ 1.

De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg, beschreven in artikel 3 van bovenvermeld koninklijk besluit, mag per patiënt maximaal vier keer per jaar worden aangerekend. Die tegemoetkoming kan worden aangerekend indien het overleg heeft plaatsgevonden en de documenten beschreven in artikel 3 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Per overleg vergoedt het forfait de deelname van de zorgverleners aan het overleg en mag door maximum vier zorgverleners worden aangerekend. Die forfaitaire tegemoetkoming mag niet worden aangerekend voor de deelname van een zorgverlener van het deskundig ziekenhuiscentrum.

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging mag een forfaitaire tegemoetkoming aanrekenen indien een zorg- of hulpverlener in hoofde van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging daadwerkelijk heeft meegewerkt in het raam van het overleg. Deze zorg -of hulpverlener moet vertegenwoordigd zijn in of een overeenkomst hebben met een erkende geïntegreerde dienst voor thuisverzorging en daadwerkelijk hebben meegewerkt aan een aspect van de zorg of hulp ten aanzien van de patiënt, met uitsluiting van administratieve en coördinerende aspecten of van het notuleren van het zorgplan.

De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg wordt maandelijks gezamenlijk gefactureerd door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging die instaat voor de administratieve afhandeling. De verzekeringsinstelling betaalt de tegemoetkoming rechtstreeks aan de betrokken zorgverleners.

§ 2.

Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie, beschreven in artikel 3 van bovenvermeld koninklijk besluit, wordt door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging maximaal vier keer per jaar per patiënt aangerekend. Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie mag worden aangerekend per bovenvermeld multidisciplinair overleg indien dit overleg heeft plaatsgevonden en de documenten beschreven in artikel 3 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging.

Art 4bis.

In het kader van het multidisciplinaire overleg dat omschreven wordt in artikel 3bis van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, beschikt de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging over de volgende documenten :

- 1° een kopie van het verslag van het eerste overleg rond de patiënt na afloop waarvan de beslissing om de patiënt in het therapeutisch project op te nemen, is genomen volgens de bepalingen die zijn vastgesteld in het koninklijk besluit van 22 oktober 2006 tot vaststelling van de voorwaarden waaronder het Verzekeringscomité overeenkomsten kan sluiten met toepassing van artikel 56, § 2, eerste lid, 3°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, voor de financiering van de therapeutische projecten inzake geestelijke gezondheidszorg; dit verslag vermeldt eveneens de naam van de patiënt en de betrokken zorg- of hulppartners en wordt ondertekend door de vertegenwoordigers van die zorg- of hulppartners die tijdens het overleg aanwezig zijn;
- 2° een kopie van het verslag van de latere overlegvergaderingen met vermelding van de naam van de patiënt en de betrokken zorg- of hulppartners, ondertekend door de vertegenwoordigers van die zorg- of hulppartners die tijdens het overleg aanwezig zijn;
- 3° een kopie van het plan van tenlasteneming waarin na afloop van elk overleg verslag wordt uitgebracht over de behandeling van de patiënt door de verschillende partners van het therapeutisch project.

Art. 4ter.

§ 1. De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinaire overleg, zoals omschreven in artikel 3bis van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, mag maximaal vier keer per patiënt in de loop van het eerste jaar van tenlasteneming in het kader van het therapeutische project, maximaal drie keer per jaar in loop van de volgende periode en niet meer dan eenmaal per trimester worden aangerekend. Het jaar van tenlasteneming begint op de dag waarop de patiënt voor het eerst wordt ten laste genomen. Die tegemoetkoming mag worden aangerekend als :

- 1° het overleg heeft plaatsgevonden en de documenten die omschreven worden in artikel 4bis, aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zijn bezorgd;
- 2° voor de patiënt minstens een overleg per trimester heeft plaatsgevonden in de loop van het eerste behandelingsjaar en minstens drie overlegvergaderingen per jaar in de loop van de volgende periode;
- 3° alle partners van het therapeutische project bij dat overleg betrokken werden en minstens drie van hen daaraan effectief hebben deelgenomen;
- 4° de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging officieel is aangewezen als administratief coördinator in het raam van het therapeutische project.

§ 2. De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinaire overleg wordt door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging maandelijks aangerekend aan de verzekeringsinstelling.

§ 3. Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie, zoals omschreven in artikel 3bis van het bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, wordt aangerekend door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Dit mag maximaal vier keer per patiënt worden aangerekend in de loop van het eerste behandelingsjaar en maximaal drie keer in de loop van de volgende periode en niet meer dan eenmaal per trimester. Die forfaitaire tegemoetkoming mag worden aangerekend per multidisciplinair overleg, zoals hierboven bedoeld, als een multidisciplinair overleg heeft plaatsgevonden en als de documenten, omschreven in artikel 4bis, aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging zijn bezorgd. Die tegemoetkoming wordt elke maand door de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging aan de verzekeringsinstelling aangerekend.

Art. 5.

Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapscommissie betreft, wordt de facturatie van de forfaitaire tegemoetkomingen omschreven in artikelen 2 en 3 van het bovenvermeld koninklijk besluit verricht door :

- de coördinatiecentra, via het inschrijvings-nummer van de verbonden geïntegreerde dienst van thuisverzorging voor alle patiënten die zich bekennen tot de coördinatiecentra;
- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de patiënten die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

Art. 6.

De nadere regelen van de facturatie worden vastgelegd door het Comité voor de verzekering van de geneeskundige verzorging.

Art. 7.

De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg, beschreven in artikelen 2 en 3 van bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003, bedraagt per zorgverlener 40² euro indien het overleg ten huize van de patiënt plaatsheeft. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg bedraagt per zorgverlener ook 40³ euro als het overleg voor een PVS-patiënt in het betrokken deskundig ziekenhuiscentrum plaatsheeft. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg bedraagt per zorgverlener 30⁴ euro indien het overleg niet ten huize van de patiënt plaatsheeft.

De tegemoetkoming voor het multidisciplinaire overleg, beschreven in artikel 3bis van bovenvermeld koninklijk besluit van 14 mei 2003 bedraagt 125⁵ euro. Dit bedrag wordt verdeeld aan de deelnemende partners op basis van wat is overeengekomen in het samenwerkingsakkoord zoals bedoeld in het bovenvermeld koninklijk besluit van 22 oktober 2006.

De tegemoetkoming voor de registratie, omschreven in artikelen 2, 4 en 4ter, bedraagt 12,50⁶ euro.

De tegemoetkomingen, omschreven in het eerste en tweede lid van dit artikel, dekken de deelname aan het overleg met inbegrip van de verplaatsing.

De tegemoetkoming voor het overleg zoals bedoeld in artikel 2 en 3 van het koninklijk besluit van 14 mei 2003 kan niet aangerekend worden indien reeds de tegemoetkoming wordt aangerekend voor het overleg zoals bedoeld in artikel 3bis van dat koninklijk besluit.

De in dit artikel vermelde bedragen worden op 1 januari van elk jaar aangepast op grond van de evolutie, tussen 30 juni van het voorlaatste jaar en 30 juni van het vorige jaar, van de waarde van de gezondheidsindex, bedoeld in artikel 1 van het koninklijk besluit van 8 december 1997 tot bepaling van de toepassingsmodaliteiten voor de indexering van de prestaties in de regeling van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging.

² Cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1 - 41,32 euro

³ Cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1 - 41,32 euro

⁴ Cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1 - 30,99 euro

⁵ Cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1 - 129,12 euro

⁶ Cfr Omzendbrief RIZIV 2008/1 - 12,92 euro

Art. 8.

Ten titel van overgangsmaatregel komt de PVS-patiënt die thuis wordt verzorgd op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit, in aanmerking voor het multidisciplinaire overleg en de registratie. Daartoe stelt de verantwoordelijke arts van het betrokken deskundig ziekenhuiscentrum de medische kennisgeving vermeld in artikel 3, eerste lid, 3°, op basis van een consultatie of het medisch dossier van de patiënt.

Art. 9.

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006.