

14 MEI 2003. – Koninklijk besluit tot vaststelling van 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

~~**Koninklijk besluit 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.**~~

BS 23/05/2003 in voege 01/04/2003

Gewijzigd door:

KB 16/11/2005 BS 30/11/2005 in voege 01/01/2006

Afdeling I, Definities

Artikel 1.

Voor de toepassing van dit besluit wordt verstaan :

1° onder “de wet” :

de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

2° onder “geïntegreerde dienst voor thuisverzorging” :

de gezondheidszorgvoorziening erkend overeenkomstig het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, ingeschreven bij het RIZIV;

3° onder “coördinatiecentrum” :

het coördinatiecentrum erkend overeenkomstig het decreet van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest van 4 maart 1999 houdende de erkenning en de subsidiëring van centra die instaan voor de coördinatie van de zorgverstrekking en de diensten voor thuisverpleging en de diensten voor palliatieve verzorging en nazorg;

4° onder “zorgplan” :

een document dat de volgende elementen omvat :

- de geplande zorg van de patiënt,
- het functioneel bilan van de activiteiten van het dagelijks leven en van de instrumentele activiteiten van het dagelijks leven,
- het bilan van het formele en informele verzorgingsnetwerk,
- het bilan van de omgeving en de eventuele aanpassing van die omgeving,
- de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.

5° onder “zorgverleners” :

de doctors in de genees-, heel- en verloskunde, de artsen, de licentiaten in de tandheelkunde en de tandartsen, de apothekers, de vroedvrouwen, die wettelijk gemachtigd zijn om hun kunst uit te oefenen; de kinesitherapeuten, de verpleegkundigen, de paramedische medewerkers en de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging zoals bepaald in artikel 2 van de wet;

6° onder “hulpverleners” :

psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, maatschappelijk werkers, deskundigen van een dienst voor gezinszorg en deskundigen van een uitleendienst ~~maatschappelijk werkers of deskundigen van een dienst voor gezinszorg of deskundigen van een uitleendienst~~, vertegenwoordigd in of een overeenkomst hebbende met een geïntegreerde dienst voor thuisverzorging.

7° onder “jaar”:

een kalenderjaar van 1 januari tot en met 31 december;

8° onder “patiënt” :

de persoon

- die thuis verblijft of opgenomen is in een instelling waarbij een terugkeer naar de thuisomgeving is gepland binnen de acht dagen en
- waarvan verondersteld wordt dat hij nog ten minste één maand thuis zal blijven met een vermindering van fysieke zelfredzaamheid;

9° Onder “PVS-patiënt” :

de persoon die ten gevolge van een acute hersenbeschadiging (ernstige schedeltrauma, hartstilstand, aderbloeding...), gevolgd door een coma, waarbij de ontwaaktechnieken de situatie niet hebben kunnen verbeteren, een volgende status behoudt :

- ofwel een persisterende neurovegetatieve status, namelijk :
 1. getuigt van geen enkele vorm van bewustzijn van zichzelf of de omgeving en is niet in staat met anderen te communiceren;
 2. geeft geen enkele volgehouden, repliceerbare, gerichte en vrijwillige respons op stimulatie van het gezichtsvermogen, het gehoor, de tastzin of pijnprikkels;
 3. geeft geen enkel teken van welke vorm van taalvermogen dan ook, noch wat het begripsvermogen noch wat de spreekvaardigheid betreft;
 4. kan soms spontaan de ogen openen, oogbewegingen maken, zonder daarom personen of voorwerpen met de ogen te volgen;
 5. kan een slaap-waakritme hebben en ontwaakt dus mogelijkermits met tussenpozen (zonder bij bewustzijn te komen);
 6. de hypothalamische en trunculaire functies zijn nog voldoende intact om te kunnen overleven met medische en verpleegkundige verzorging;
 7. vertoont geen emotionele reactie op verbale aanmaningen;
 8. vertoont urinaire en fecale incontinentie;
 9. vertoont tamelijk intacte schedel- en ruggenmergreflexen.
En dat sinds minstens drie maanden

- ofwel een minimaal responsieve status (MRS), die verschilt van de neurovegetatieve status, omdat de patiënt zich in een bepaald opzicht van zichzelf en de omgeving bewust is. Soms is hij/zij in staat een gerichte beweging te maken of te reageren op bepaalde stimuli door te huilen of te lachen, met ja of nee via bewegingen of articulatie. De constante aanwezigheid van een van die tekens volstaat om de patiënt als MRS te categoriseren. De afhankelijkheid blijft totaal, met hersenschorsgebreken die niet kunnen worden onderzocht en verregaande sensorische en motorische gebreken;

10° Onder “deskundig ziekenhuiscentrum” :

één van de deskundige ziekenhuiscentra die zijn opgenomen in bijlage 2 van het protocol betreffende het gezondheidsbeleid t.a.v. patiënten in een persisterende vegetatieve status van 24 mei 2004.

Afdeling II. - Verstrekkingen voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°

Art. 2.

De verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13° van de wet worden voor de patiënten omschreven in artikel 1, 8°, vastgelegd als volgt :

1° Multidisciplinair overleg :

- a) Het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.
- b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.
- c) De patiënt of zijn vertegenwoordiger stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. De patiënt of zijn vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.
- d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatieinstrument dat toelaat na te gaan welke mogelijkheden de persoon heeft om zijn zelfredzaamheid te behouden en welke relevante zorgbehoefte daartoe bestaat, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatieinstrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatieschaal uit de lijst van evaluatieinstrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.
- e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg waaronder verplicht :
 - de huisarts;
 - de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.
- f) De patiënt of een door hem aangeduide mantelzorger moet aanwezig zijn, behalve indien de patiënt verklaart dat zijn aanwezigheid of die van zijn mantelzorger niet vereist is.

2° Registratie :

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging staat in voor de praktische ondersteuning van de evaluatie en het overleg en registreert de activiteiten, omschreven in artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vastlegging van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

Art. 2.

~~Een forfaitaire tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen wordt toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13°, van de wet en die voldoen aan de volgende voorwaarden:~~

~~A. Multidisciplinair overleg:~~

- ~~1° het multidisciplinair overleg concreetiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de zelfredzaamheid van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.~~
- ~~2° Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.~~
- ~~3° De patiënt stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. De patiënt of zijn vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.~~
- ~~4° De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatie-instrument dat toelaat na te gaan welke mogelijkheden de persoon heeft om zijn zelfredzaamheid te behouden en welke relevante zorgbehoefte daartoe bestaat, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatie-instrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatieschaal uit de lijst van evaluatie-instrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.~~
- ~~5° Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg. Moeten aanwezig zijn:~~
 - ~~—de huisarts;~~
 - ~~—de verpleegkundige, indien de patiënt verzorgd wordt in een A, B of C verpleegkundig forfait;~~
 - ~~—de patiënt of een door hem aangeduide mantelzorger behalve indien de patiënt verklaart dat zijn aanwezigheid of die van zijn mantelzorger niet vereist is.~~

~~B. Registratie:~~

~~De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging staat in voor de praktische ondersteuning van de evaluatie en het overleg en registreert de activiteiten, omschreven in artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.~~

Afdeling III. - Verstrekkingen voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°

Art. 3.

De verstrekkingen bedoeld in artikel 34, eerste lid, 13°, van de wet worden voor de patiënten omschreven in artikel 1, 9°, vastgelegd als volgt :

1° Multidisciplinair overleg rond een PVS-patiënt

- a) het multidisciplinair overleg concretiseert in het kader van de thuisverzorging de evaluatie van de patiënt, de uitwerking en de opvolging van een zorgplan en de taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners. Dat zorgplan betreft een terugkeer naar en/of de handhaving in de thuisomgeving.
- b) Het initiatief voor het multidisciplinair overleg in het kader van de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging kan door elke betrokkene worden genomen. De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging organiseert en valideert het overleg. De deelnemers, behalve de verplichte zorgverleners, worden in samenspraak met de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging vastgelegd.
- c) De vertegenwoordiger van de patiënt stemt in met de evaluatie en met de betrokken deelnemers aan het overleg. Die vertegenwoordiger heeft het recht bij het overleg aanwezig te zijn.
- d) De evaluatie gebeurt op grond van een evaluatie-instrument dat toelaat de behoeften van de patiënt na te gaan, zowel wat de formele verzorging als de informele helpers betreft. In afwachting dat de Minister die de Sociale Zaken onder zijn bevoegdheid heeft een evaluatie-instrument vastlegt, kiest de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging de evaluatie-schaal uit de lijst van evaluatie-instrumenten vastgelegd door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging.
- e) Ten minste drie zorgverleners nemen deel aan het overleg, waaronder verplicht :
 - de huisarts;
 - de thuisverpleegkundige, indien de patiënt thuisverpleging ontvangt.
- f) Een mantelzorger van de patiënt moet aanwezig zijn op het overleg.

Bovendien moet in het kader van de voorbereiding van het ontslag uit het deskundig ziekenhuiscentrum een zorgverlener van dat centrum aanwezig zijn bij het eerste multidisciplinair overleg. Deze zorgverlener telt niet mee voor het minimumaantal zorgverleners vastgelegd in 5e.

2° Registratie

De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging staat in voor de praktische ondersteuning van de evaluatie en het overleg en registreert de activiteiten, omschreven in artikel 9 van het koninklijk besluit van 8 juli 2002 tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging.

Afdeling IV. - Overgangsmaatregel

Art. 4.

Ten titel van overgangsmaatregel komt de PVS-patiënt die thuis wordt verzorgd op de datum van de inwerkingtreding van dit koninklijk 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, 3°, van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en 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 op, op basis van een consultatie of het medisch dossier van de patiënt.

Art. 3.

~~In het kader van elk in vorig artikel beschreven multidisciplinair overleg 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 verklaring van de huisarts dat de patiënt reeds gedurende ten minste 45 kalenderdagen voldoet aan de criteria om een A, B, of C forfait, zoals bepaald in rubriek II, van artikel 8, § 1, 1°, 2° en 3°, van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, aan de hand van een evaluatieschaal zoals omschreven in artikel 8, § 5, 1° van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen.~~

~~Deze verklaring kan worden vervangen door een kopie van de evaluatieschaal tot staving van de aanvraag tot forfaitair honorarium per verzorgingsdag, opgestuurd naar de adviserend geneesheer indien de patiënt verzorgd wordt in een A, B, C forfait. In dit geval telt de datum van de eerste verstrekking in het kader van dat A, B of C forfait om te bepalen of de periode van 45 kalenderdagen is bereikt.~~

Art. 4.

§ 1.

~~De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg mag per patiënt maximaal 1 keer per jaar worden aangerekend. Het forfait vergoedt de deelname van de zorgverleners aan het overleg en mag door maximum 4 zorgverleners worden aangerekend.~~

~~De geïntegreerde dienst voor thuisverzorging mag een forfaitaire tegemoetkoming aanrekenen indien een zorg- of hulpverlener in hoefde 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 mag enkel worden aangerekend nadat de patiënt gedurende ten minste 45 kalenderdagen heeft voldaan aan de criteria voor een A, B of C forfait in de thuisverpleging, aangetoond op de wijze beschreven in artikel 3, 3°.~~

~~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 3 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. De tegemoetkoming kan per patiënt maximaal 1 keer per jaar worden aangerekend.~~

§ 2.

~~Een forfaitaire tegemoetkoming voor de registratie 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 3 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging.~~

§ 3.

~~Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapcommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreft, wordt de facturatie van de forfaitaire tegemoetkomingen omschreven in artikel 2 verricht door:~~

- ~~—de coördinatiecentra, via het inschrijvingsnummer 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.~~

§ 4.

~~De modaliteiten van de facturatie worden vastgelegd door het Comité voor de verzekering van de geneeskundige verzorging.~~

Art. 5.

§ 1.

~~De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg bedraagt per zorgverlener 40 euro indien het overleg ten huize van de patiënt plaatsheeft.~~

§ 2.

~~De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg bedraagt per zorgverlener 30 euro indien het overleg niet ten huize van de patiënt plaatsheeft.~~

§ 3.

~~De tegemoetkoming voor de registratie bedraagt 12,50 euro.~~

§ 4.

~~De tegemoetkomingen, omschreven in §§ 1 en 2, dekken de deelname aan het overleg met inbegrip van de verplaatsing.~~

afdeling V, Slotbepalingen

Art. 6.

Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 2003.