

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2003 — 2057

[C — 2003/22321]

14 MAI 2003. — Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

ALBERT II, Roi des Belges,
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, 13°, remplacé par la loi du 10 août 2001;

Vu la proposition du Comité de l'assurance soins de santé, formulée le 10 février 2003;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, donné le 12 février 2003;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 25 mars 2003;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 14 avril 2003;

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

Vu l'urgence;

Considérant que l'arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile est daté du 8 juillet 2002, qu'il est donc nécessaire de fixer dans les plus courts délais les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée vu le fait que les Communautés ont déjà commencé à agréer des services intégrés de soins à domicile et qu'un renforcement du rôle des soins de santé de première ligne est indispensable. Il est important de concrétiser le plus rapidement possible les interventions qui sont prévues dans ce cadre;

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il y a lieu d'entendre par :

1° "la loi" : la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

2° "service intégré de soins à domicile" : l'institution de soins de santé agréée conformément à l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile, inscrite à l'INAMI;

3° "centre de coordination" : le centre de coordination agréé conformément au décret de la Commission communautaire française de la région de Bruxelles-Capitale du 4 mars 1999 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile et des services de soins palliatifs et continués;

4° "plan de soins" : un document comportant les éléments suivants :

- les soins programmés du patient,
- le bilan fonctionnel des activités de la vie quotidienne et des activités instrumentales de la vie quotidienne,
- le bilan du réseau de soins formel et informel,
- le bilan de l'environnement et de son adaptation éventuelle,
- la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide.

5° "dispensateurs de soins" : les docteurs en médecine, chirurgie et accouchements, les licenciés en science dentaire et les dentistes, les pharmaciens, les accoucheuses, légalement habilités à exercer leur art; les kinésithérapeutes, les praticiens de l'art infirmier, les auxiliaires paramédicaux et les services intégrés de soins à domicile comme décrit à l'article 2 de la loi;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2003 — 2057

[C — 2003/22321]

14 MEI 2003. — 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

ALBERT II, 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 artikel 34, 13°, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het voorstel van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 10 februari 2003;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 12 februari 2003;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 25 maart 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 14 april 2003;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, vervangen bij de wet van 4 juli 1989 en gewijzigd bij de wet van 4 augustus 1996;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat het koninklijk besluit tot vaststelling van de normen voor de bijzondere erkenning van geïntegreerde diensten voor thuisverzorging dateert van 8 juli 2002, dat de noodzaak bestaat om zo snel mogelijk de voorwaarden voor de tegemoetkoming vast te leggen gelet op het feit dat de Gemeenschappen reeds overgegaan zijn tot het erkennen van de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, en dat een herwaardering en een versterking van de rol van de eerstelijnszorg noodzakelijk is en dat het belangrijk is om de tegemoetkomingen, die in dat verband voorzien zijn, zo spoedig mogelijk te concretiseren;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

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 coördinatie-centrum 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° "dispensateurs d'aide" : les psychologues, les psychothérapeutes, les ergothérapeutes, les assistants sociaux ou les experts d'un service d'aide familiale ou les experts d'un service de prêt, représentés dans un service intégré de soins à domicile ou ayant conclu une convention avec lui.

Art. 2. Une intervention forfaitaire de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est octroyée pour les prestations définies à l'article 34, 13°, de la loi et qui satisfont aux conditions suivantes :

A. Concertation multidisciplinaire :

1° la concertation multidisciplinaire concrétise dans le cadre des soins à domicile l'évaluation de l'autonomie du patient, l'élaboration et le suivi d'un plan de soins et la répartition des tâches entre dispensateurs de soins et dispensateurs d'aide.

2° L'initiative pour la concertation multidisciplinaire dans le cadre du service intégré de soins à domicile peut être prise par chaque intéressé. Le service intégré de soins à domicile organise et valide la concertation. Les participants, à l'exception des dispensateurs de soins imposés, sont choisis en concertation avec le service intégré de soins à domicile.

3° Le patient marque son accord sur l'évaluation et sur les participants intervenant dans la concertation. Le patient ou son représentant a le droit d'être présent à la concertation.

4° L'évaluation est réalisée sur la base d'un instrument d'évaluation choisi par le service intégré de soins à domicile qui permet de déterminer les possibilités pour la personne de maintenir son autonomie et le besoin de soutien pertinent à cet effet, tant en ce qui concerne les soins formels que les aidants informels. En attendant la fixation de l'instrument d'évaluation par le Ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le service intégré de soins à domicile choisit l'instrument d'évaluation provenant de la liste des instruments d'évaluation établie par le Comité de l'assurance soins de santé.

5° Trois dispensateurs de soins au moins participent à la concertation.

Sont tenus d'être présents :

- le médecin généraliste;
- le praticien de l'art infirmier si le patient est soigné dans le cadre d'un forfait infirmier A, B ou C;
- le patient ou une personne de son entourage qu'il a désignée sauf si le patient déclare que sa présence ou celle de la personne désignée n'est pas nécessaire.

B. Enregistrement :

Le service intégré de soins à domicile assure le soutien pratique de l'évaluation et de la concertation et enregistre les activités définies à l'article 9 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

Art. 3. Dans le cadre de chaque concertation multidisciplinaire décrite dans l'article précédent, les documents suivants sont transmis au service intégré de soins à domicile :

1° une copie du rapport d'évaluation mentionnant les noms du patient et du dispensateur de soins ou d'aide concerné, signé par ce dispensateur de soins ou d'aide;

2° le plan de soins au moyen d'un formulaire type fixé par le Comité de l'assurance soins de santé institué auprès de l'INAMI. Les différents participants sont mentionnés sur ce formulaire. Les participants signent ce document.

3° une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient a déjà satisfait pendant au moins 45 jours civils aux critères pour le forfait A, B ou C, comme il est stipulé à la rubrique II de l'article 8, § 1^{er}, 1°, 2° et 3°, de la nomenclature des prestations de santé, à l'aide d'une échelle d'évaluation définie à l'article 8, § 5, 1°, de la nomenclature des prestations de santé.

Cette déclaration peut être remplacée par une copie de l'échelle d'évaluation justifiant la demande d'honoraires forfaitaires par journée de soins, adressée au médecin-conseil si le patient est soigné dans le cadre d'un forfait A, B ou C. Dans ce cas, la date de la première prestation dans le cadre de ce forfait A, B ou C compte pour déterminer si la période des 45 jours civils a été atteinte.

Art. 4. § 1^{er}. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire peut être portée en compte au maximum 1 fois par patient et par an. Le forfait rémunère la participation des dispensateurs de soins à la concertation et peut être attesté par un maximum de 4 dispensateurs de soins.

6° onder «hulpverleners» : psychologen, psychotherapeuten, ergotherapeuten, 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.

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 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.

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 evaluatie-schaal 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.

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.

Le service intégré de soins à domicile peut porter en compte une intervention forfaitaire si un dispensateur de soins ou d'aide a effectivement collaboré dans le cadre de la concertation au nom du service intégré de soins à domicile. Ce dispensateur de soins ou d'aide doit être représenté dans un service intégré de soins à domicile agréé ou avoir conclu une convention avec lui et avoir effectivement collaboré à un aspect des soins à l'égard du patient, à l'exclusion des aspects administratifs et de coordination ou de la rédaction du plan de soins.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire ne peut être facturée qu'après que le patient a satisfait pendant un minimum de 45 jours civils aux critères pour un forfait A, B ou C dans le cadre des soins infirmiers à domicile et que la démonstration en a été faite de la façon décrite à l'article 3, 3°.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est facturée intégralement chaque mois par le service intégré de soins à domicile qui assure le traitement administratif. L'organisme assureur paie l'intervention directement aux dispensateurs de soins concernés.

L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est uniquement payée pour les patients pour lesquels une concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, a eu lieu et dont les documents décrits à l'article 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile. L'intervention peut être portée en compte au maximum 1 fois par patient et par an.

§ 2. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement est portée en compte par le service intégré des soins à domicile au maximum une fois par an et par patient si une concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, a eu lieu et dont les documents décrits à l'article 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile.

§ 3. En ce qui concerne le service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale, la facturation des interventions forfaitaires définies à l'article 2 est effectuée par :

— les centres de coordination au moyen du numéro d'inscription du service intégré de soins à domicile y attaché, pour tous les patients qui adhèrent à un centre de coordination;

— le service intégré des soins à domicile, pour les patients qui n'adhèrent pas à un centre de coordination.

§ 4. Les modalités de la facturation sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé.

Art. 5. § 1^{er}. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève à 40 € par dispensateur de soins si la concertation a lieu au domicile du patient.

§ 2. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève à 30 € par dispensateur de soins si la concertation n'a pas lieu au domicile du patient.

§ 3. L'intervention pour l'enregistrement s'élève à 12,50 €.

§ 4. Les interventions définies aux §§ 1^{er} et 2 couvrent la participation à la concertation, y compris le déplacement.

Art. 6. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} avril 2003.

Art. 7. Notre Ministre des Affaires sociales et des Pensions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 14 mai 2003.

ALBERT

Par le Roi :

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

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 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 Gemeenschapscommissie 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 € indien het overleg ten huize van de patiënt plaatsheeft.

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

§ 3. De tegemoetkoming voor de registratie bedraagt 12,50 €.

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

Art. 6. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 april 2003.

Art. 7. Onze Minister van Sociale Zaken en Pensioenen is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 14 mei 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Pensioenen,
F. VANDENBROUCKE