

FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU

N. 2006 — 4403

[C — 2006/23130]

24 OKTOBER 2006. — Ministerieel besluit tot wijziging van het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder 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

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 34, eerste lid, 13°, vervangen bij de wet van 10 augustus 2001 en artikel 37, § 12, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995 en 24 december 1999;

Gelet op het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder 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;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering, gegeven op 27 maart 2006;

Gelet op het advies van de Inspectie van Financiën, gegeven op 5 mei 2006;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting, gegeven op 27 juli 2006;

Gelet op het advies 41.176/1 van de Raad van State, gegeven op 21 september 2006, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

Artikel 1. In het ministerieel besluit van 18 november 2005 tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waaronder 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 worden de artikelen *4bis* en *4ter* ingevoegd, luidend als volgt :

« 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;

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT

F. 2006 — 4403

[C — 2006/23130]

24 OCTOBRE 2006. — Arrêté ministériel modifiant l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1^{er}, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 34, alinéa 1^{er}, 13°, remplacé par la loi du 10 août 2001 et l'article 37, § 12, modifié par les lois du 20 décembre 1995 et du 24 décembre 1999;

Vu l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1^{er}, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie invalidité, donné le 27 mars 2006;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 5 mai 2006;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 27 juillet 2006;

Vu l'avis 41.176/1 du Conseil d'Etat, donné le 21 septembre 2006, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'arrêté ministériel du 18 novembre 2005 fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinéa 1^{er}, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 sont insérés les articles *4bis* et *4ter*, rédigés comme suit :

« Art. *4bis*. Dans le cadre de la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article *3bis* de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, le service intégré de soins à domicile dispose des documents suivants :

1° une copie du rapport de la première concertation autour du patient, concertation à l'issue de laquelle la décision d'intégrer le patient dans le projet thérapeutique a été prise selon les dispositions prévues dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 fixant les conditions dans lesquelles le Comité de l'Assurance peut conclure des conventions en application de l'article 56, § 2, alinéa 1^{er}, 3°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour le financement des projets thérapeutiques en matière de soins de santé mentale; ce rapport mentionne également les noms du patient et des partenaires de soins ou d'aide concernés et est signé par les représentants de ces partenaires de soins ou d'aide présents lors de la concertation;

2° une copie du rapport des concertations ultérieures mentionnant les noms du patient et des partenaires de soins ou d'aide concernés, signé par les représentants de ces partenaires de soins ou d'aide présents lors de la concertation;

3° une copie du plan de prise en charge qui, à l'issue de chaque concertation, rend compte de la prise en charge du patient par les différents partenaires du projet thérapeutique.

Art. *4ter*. § 1^{er}. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article *3bis* de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique, maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre. L'année de la prise en charge commence le jour de la première prise en charge du patient. Cette intervention peut être attestée si :

1° la concertation a eu lieu et si les documents décrits à l'article *4bis* ont été transmis au service intégré de soins à domicile;

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 jaar 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. 2. Artikel 7 van hetzelfde besluit wordt vervangen als volgt :

« 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 40 euro indien het overleg ten huize van de patiënt plaatsheeft. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinaire overleg bedraagt per zorgverlener ook 40 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 30 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 125 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 12,50 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. »

Brussel, 24 oktober 2006.

R. DEMOTTE

2° pour le patient, au moins une concertation par trimestre a lieu au cours de la première année de prise en charge et au moins trois concertations par an au cours de la période suivante;

3° tous les partenaires du projet thérapeutique ont été associés à cette concertation et au moins trois d'entre eux y ont effectivement participé;

4° le service intégré de soins à domicile a été officiellement désigné comme coordinateur administratif dans le cadre du projet thérapeutique.

§ 2. L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire est facturée chaque mois par le service intégré de soins à domicile à l'organisme assureur.

§ 3. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement décrite dans l'article 3bis de l'arrêté royal du 14 mai 2003 précité, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile. Cette intervention peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient au cours de la première année de sa prise en charge dans le projet thérapeutique et maximum trois fois par année au cours de la période suivante, et pas plus d'une fois par trimestre. Cette intervention forfaitaire pour l'enregistrement peut être attestée par concertation multidisciplinaire, telle qu'elle est visée ci-dessus, si une concertation multidisciplinaire a eu lieu et si les documents décrits à l'article 4bis ont été transmis au service intégré de soins à domicile. Cette intervention est facturée chaque mois à l'organisme assureur.

Art. 2. L'article 7 du même arrêté précité est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 7. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire décrite dans les articles 2 et 3 de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003, s'élève à 40 euros par dispensateur de soins si la concertation a lieu au domicile du patient. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève également à 40 euros par dispensateur de soins, lorsque la concertation pour un patient EVP a lieu dans le centre hospitalier d'expertise concerné. L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire s'élève à 30 euros par dispensateur de soins si la concertation n'a pas lieu au domicile du patient.

L'intervention pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3bis de l'arrêté royal précité du 14 mai 2003 s'élève à 125 euros. Ce montant est distribué aux partenaires participants sur la base de ce qui a été convenu dans l'accord de collaboration visé dans l'arrêté royal du 22 octobre 2006 précité.

L'intervention pour l'enregistrement, décrite aux articles 2, 4 et 4ter, s'élève à 12,50 euros.

Les interventions définies aux alinéas 1^{er} et 2 du présent article couvrent la participation à la concertation, y compris le déplacement.

L'intervention pour la concertation visée dans les articles 2 et 3 de l'arrêté royal du 14 mai 2003 ne peut pas être facturée si l'intervention pour la concertation visée à l'article 3bis de cet arrêté royal a déjà été facturée.

Les montants mentionnés dans le présent article sont adaptés au 1^{er} janvier de chaque année en vertu de l'évolution, entre le 30 juin de l'avant-dernière année et le 30 juin de l'année précédente, de la valeur de l'index santé, prévu à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 décembre 1997 fixant les modalités d'application pour l'indexation des prestations dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé. »

Bruxelles, le 24 octobre 2006.

R. DEMOTTE