

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 la situation économique actuelle justifie la prolongation urgente d'un régime de suspension de l'exécution du contrat de travail d'ouvrier pour les entreprises ressortissant à la Sous-commission paritaire de l'industrie des carrières de gravier et de sable exploitées à ciel ouvert dans les provinces d'Anvers, de Flandre occidentale, de Flandre orientale, du Limbourg et du Brabant flamand, à l'exception des exploitations de sable blanc;

Sur la proposition de Notre Ministre de l'Emploi,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Le présent arrêté s'applique aux employeurs et aux ouvriers des entreprises ressortissant à la Sous-commission paritaire de l'industrie des carrières de gravier et de sable exploitées à ciel ouvert dans les provinces d'Anvers, de Flandre occidentale, de Flandre orientale, du Limbourg et du Brabant flamand, à l'exception des exploitations de sable blanc.

Art. 2. En cas de manque total ou partiel de travail résultant de causes économiques, l'exécution du contrat de travail d'ouvrier peut être totalement suspendue moyennant notification par voie d'affichage, à un endroit apparent dans les locaux de l'entreprise.

Lorsque l'ouvrier est absent le jour même de l'affichage, la notification lui est adressée par la poste le même jour.

La notification doit s'effectuer au plus tard le mercredi pour que la suspension totale puisse prendre cours le lundi suivant.

Art. 3. La durée de la suspension totale de l'exécution du contrat de travail d'ouvrier pour manque de travail résultant de causes économiques ne peut dépasser trois mois.

Art. 4. La notification visée à l'article 2 doit mentionner la date à laquelle la suspension totale de l'exécution du contrat prendra cours, la date à laquelle cette suspension prendra fin et les dates auxquelles les ouvriers seront mis au chômage.

Art. 5. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} septembre 2004 et cessera d'être en vigueur le 1^{er} mars 2005.

Art. 6. Notre Ministre de l'Emploi est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 janvier 2005.

ALBERT

Par le Roi :

La Ministre de l'Emploi,
Mme F. VAN DEN BOSSCHE

—
Note

(1) Références au *Moniteur belge* :

Loi du 3 juillet 1978, *Moniteur belge* du 22 août 1978;

Loi du 30 décembre 2001, *Moniteur belge* du 31 décembre 2001.

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

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat de huidige economische toestand het spoedig verlengen van een regeling van schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst voor werklieden rechtvaardigt voor de ondernemingen die ressorteren onder het Paritair Subcomité voor het bedrijf der grind- en zandgroeven welke in openlucht geëxploiteerd worden in de provincies Antwerpen, West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Limburg en Vlaams-Brabant, met uitzondering van de witzandexploitaties;

Op de voordracht van Onze Minister van Werk,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Dit besluit is van toepassing op de werkgevers en op de werklieden van de ondernemingen die ressorteren onder het Paritair Subcomité voor het bedrijf der grind- en zandgroeven welke in openlucht geëxploiteerd worden in de provincies Antwerpen, West-Vlaanderen, Oost-Vlaanderen, Limburg en Vlaams-Brabant, met uitzondering van de witzandexploitaties.

Art. 2. Bij volledig of gedeeltelijk gebrek aan werk wegens economische oorzaken mag de uitvoering van de arbeidsovereenkomst voor werklieden volledig worden geschorst, mits ervan kennis wordt gegeven door aanplakking op een goed zichtbare plaats in de lokalen van de onderneming.

Wanneer de werkmans de dag van de aanplakking afwezig is, wordt hem de kennisgeving dezelfde dag per post verzonden.

De kennisgeving moet ten laatste op een woensdag gebeuren opdat de volledige schorsing de volgende maandag kan beginnen te lopen.

Art. 3. De duur van de volledige schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst voor werklieden bij gebrek aan werk wegens economische oorzaken mag drie maanden niet overschrijden.

Art. 4. De bij artikel 2 bedoelde kennisgeving moet de datum vermelden waarop de volledige schorsing van de uitvoering van de overeenkomst zal ingaan, de datum waarop deze schorsing een einde zal nemen en de data waarop de werklieden werkloos zullen gesteld worden.

Art. 5. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 september 2004 en treedt buiten werking op 1 maart 2005.

Art. 6. Onze Minister van Werk is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 januari 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Werk,
Mevr. F. VAN DEN BOSSCHE

—
Nota

(1) Verwijzingen naar het *Belgisch Staatsblad* :

Wet van 3 juli 1978, *Belgisch Staatsblad* van 22 augustus 1978;

Wet van 30 december 2001, *Belgisch Staatsblad* van 31 december 2001.

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 129

[C — 2004/22496]

20 DECEMBRE 2004. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

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 35, §§ 1^{er} et 2 modifiés par les lois du 20 décembre 1995, 22 février 1999, 25 janvier 1999, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003 et 12 décembre 2003 et par l'arrêté royal du 25 avril 1997;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 129

[C — 2004/22496]

20 DECEMBER 2004. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen

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 35, §§ 1 en 2, gewijzigd bij de wetten van 20 december 1995, 22 februari 1999, 25 januari 1999, 24 december 1999, 10 augustus 2001, 22 augustus 2002, 5 augustus 2003 en 12 december 2003 en het koninklijk besluit van 25 april 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, notamment l'article 8, de l'annexe à cet arrêté, modifié par les arrêtés royaux des 30 décembre 1985, 8 avril 1988, 2 janvier 1990, 27 avril 1990, 13 mars 1991, 19 août 1992, 5 février 1993, 12 août 1993, 30 décembre 1993, 23 juin 1994, 28 mars 1995, 23 avril 1997 et 3 septembre 2000 ;

Vu les propositions de la Commission de convention praticiens de l'art infirmier-organismes assureurs, faite le 1^{er} juin 2004;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médical formulé le 1^{er} juin 2004;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé formulé le 14 juin 2004;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire du 17 juin 2004;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 1^{er} juillet 2004;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget donné le 6 octobre 2004;

Vu l'avis n° 37.720/1 du Conseil d'Etat, donné le 28 octobre 2004 en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1° des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé Publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. L'article 8 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 par les arrêtés royaux des 30 décembre 1985, 8 avril 1988, 2 janvier 1990, 27 avril 1990, 13 mars 1991, 19 août 1992, 5 février 1993, 12 août 1993, 30 décembre 1993, 23 juin 1994 et 28 mars 1995, est remplacé par l'annexe jointe au présent arrêté.

Art. 2. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} juin 1997.

Art. 3. Les arrêtés royaux des 23 avril 1997 et 3 septembre 2000 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sont rapportés.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 20 décembre 2004.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

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, inzonderheid op artikel 8, van de bijlage bij dat besluit, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 december 1985, 8 april 1988, 2 januari 1990, 27 april 1990, 13 maart 1991, 19 augustus 1992, 5 februari 1993, 12 augustus 1993, 30 december 1993, 23 juni 1994, 28 maart 1995, 23 april 1997 en 3 september 2000;

Gelet op de voorstellen van de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen, gedaan op 1 juni 2004;

Gelet op het advies van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle gegeven op 1 juni 2004;

Gelet op het advies van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging gegeven op 14 juni 2004;

Gelet op het advies van de Commissie voor begrotingscontrole gegeven op 17 juni 2004;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 1 juli 2004;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting gegeven op 6 oktober 2004;

Gelet op het advies nr. 37.720/1 van de Raad van State, gegeven op 28 oktober 2004, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1°, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State;

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. Artikel 8 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, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 30 december 1985, 8 april 1988, 2 januari 1990, 27 april 1990, 13 maart 1991, 19 augustus 1992, 5 februari 1993, 12 augustus 1993, 30 december 1993, 23 juni 1994 en 28 maart 1995, wordt vervangen door de bijlage die bij dit besluit is gevoegd.

Art. 2. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 juni 1997.

Art. 3. De koninklijke besluiten van 23 april 1997 en van 3 september 2000 tot wijziging van het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen worden ingetrokken.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 20 december 2004.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

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.

NOMENCLATURE

CHAPITRE III. — Soins courants

Section 4. — Soins donnés par infirmières graduées ou assimilées, accoucheuses, infirmières brevetées, hospitalières/assistantes en soins hospitaliers ou assimilées.

Art. 8. § 1^{er}. Les prestations suivantes sont considérées comme des prestations qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse, d'infirmière brevetée, d'hospitalière/assistante en soins hospitaliers ou assimilée, appelées ci-après praticiens de l'art infirmier (W). Toutefois, les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers, visées sous rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée.

1° Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425014	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425036	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,879
425051	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	0,879

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

425110	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,184
425132	Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,48
425154	— soins de plaie(s);		
	— soins de stomie(s) (e.a., trachéo, colo, iléo, cysto, gastro et urétérostomie)	W	1,459
425176	— sondage vésical;		
	— instillation vésicale;		
	— lavage de vessie	W	0,804
425191	— soins aseptiques de vulve;		
	— irrigation vaginale;		
	— aspiration des voies respiratoires	W	0,730
425213	— évacuation manuelle de fécalome;		
	— lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale;		
	— tubage et drainage gastro-intestinal;		
	— lavage intestinal;		
	— nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W	0,730

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.

425272	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4).	W	3,879
425294	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour se déplacer et aller à la toilette (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4).	W	7,371
425316	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et		
	— dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et		
	— dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W	8,763
425375	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :		
	— mise en place et surveillance des perfusions intraveineuses ou sous-cutanées;		
	— administration et surveillance de l'alimentation parentérale;		
	— administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un cathéter épidural pour analgésie de longue durée	W	8,934

2°. Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers durant le week-end ou un jour férié au domicile ou à la résidence du bénéficiaire.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425412	Première prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425434	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	1,206
425456	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	1,206

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

425515	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,779
425530	Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,730
425552	— soins de plaie(s);		
	— soins de stomie(s) (e.a., trachéo, colo, iléo, cysto, gastro et urétérostomie)	W	2,189
425574	— sondage vésical;		
	— instillation vésicale;		
	— lavage de vessie	W	1,206
425596	— soins aseptiques de vulve;		
	— irrigation vaginale;		
	— aspiration des voies respiratoires	W	1,094
425611	— évacuation manuelle de fécalome;		
	— lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale;		
	— tubage et drainage gastro-intestinal;		
	— lavage intestinal;		
	— nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W	1,094

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.

425670	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4).	W	5,710
425692	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour se déplacer et aller à la toilette (score 3 ou 4), et		
	— dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4).	W	10,944
425714	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants :		
	— dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et		
	— dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et		
	— dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W	13,036
425773	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants :		
	— mise en place et surveillance des perfusions intraveineuses ou sous-cutanées;		
	— administration et surveillance de l'alimentation parentérale;		
	— administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un cathéter épidural pour analgésie de longue durée	W	13,401

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

425810	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,655
425832	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,655
425854	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	0,655

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

425913	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,184
425935	Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,484
425950	— soins de plaie(s); — soins de stomie(s) (e.a., trachéo, colo, iléo, cysto, gastro et urétérostomie)	W	1,459
425972	— sondage vésical; — instillation vésicale; — lavage de vessie	W	0,804
425994	— soins aseptiques de vulve; — irrigation vaginale; — aspiration des voies respiratoires	W	0,730
426016	— évacuation manuelle de fécalome; — lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; — tubage et drainage gastro-intestinal; — lavage intestinal; — nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W	0,730

II. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants.

426075	Honoraires forfaitaires, dits forfait A, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : — dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et — dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4).	W	3,656
426090	Honoraires forfaitaires, dits forfait B, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : — dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et — dépendance pour se déplacer et aller à la toilette (score 3 ou 4), et — dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4).	W	7,147
426112	Honoraires forfaitaires, dits forfait C, accordés une seule fois par journée de soins pour l'ensemble des soins infirmiers effectués au bénéficiaire dont l'état de dépendance physique répond aux critères suivants : — dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et — dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et — dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)	W	8,540

III. Prestations techniques spécifiques de soins infirmiers.

426171	Honoraires forfaitaires par journée de soins comprenant un ou plusieurs des actes techniques spécifiques suivants : — mise en place et surveillance des perfusions intraveineuses ou sous-cutanées; — administration et surveillance de l'alimentation parentérale; — administration d'une dose d'entretien médicamenteuse via un cathéter épidural pour analgésie de longue durée	W	8,934
--------	---	---	-------

4°. Prestations effectuées au cours d'une séance de soins infirmiers dans un centre de jour pour personnes âgées.

I. Séance de soins infirmiers.

A. Prestation de base.

426215	Première prestation de base de la journée de soins	W	0,655
426230	Deuxième prestation de base de la journée de soins	W	0,655
426252	Troisième prestation de base ou plus de la journée de soins	W	0,655

B. Prestations techniques de soins infirmiers.

426311	Soins d'hygiène (toilettes)	W	1,184
426333	Administration des médicaments par voie intraveineuse, intramusculaire, sous-cutanée ou hypodermique	W	0,484
426355	— soins de plaie(s); — soins de stomie(s) (e.a., trachéo, colo, iléo, cysto, gastro et urétérostomie)	W	1,459
426370	— sondage vésical; — instillation vésicale; — lavage de vessie	W	0,804
426392	— soins aseptiques de vulve; — irrigation vaginale; — aspiration des voies respiratoires	W	0,730
426414	— évacuation manuelle de fécalome; — lavement et/ou administration de solution médicamenteuse par une sonde rectale; — tubage et drainage gastro-intestinal; — lavage intestinal; — nutrition entérale via une sonde gastrique, une sonde de gastrostomie ou d'entérostomie	W	0,730

§ 2. Précisions relatives à la prescription :

Les prestations suivantes ne sont remboursées que si elles ont été prescrites par un médecin :

les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4°, à l'exception des prestations 425110, 425515, 425913 et 426311;

les prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3°.

Cette prescription doit mentionner la nature des prestations, leur nombre et leur fréquence. Elle ne peut être limitée à la seule mention du numéro de nomenclature, mais doit contenir les données nécessaires pour identifier les soins portés en compte.

Lorsqu'il s'agit de l'administration de médicaments et de solutions médicamenteuses, la prescription doit en outre mentionner la nature et la dose des produits à administrer.

Lorsqu'il s'agit d'une alimentation parentérale ou entérale ou de perfusions, la prescription doit en outre mentionner le débit et la quantité par 24 heures.

§ 3. Aucuns honoraires ne sont dus :

1° lorsque les prestations sont effectuées à des bénéficiaires hospitalisés, ou soignés ambulatoirement dans les conditions qui autorisent l'établissement à porter en compte un des forfaits prévus dans la convention nationale avec les établissements hospitaliers, sauf si le bénéficiaire conjugue, pour une même journée, la qualité d'hospitalisé et d'ambulant. Dans ce cas l'intervention de l'assurance peut être octroyée, à condition que l'organisme assureur mentionne le pseudo-code 426613;

2° lorsqu'une allocation pour soins et assistance dans les actes de la vie journalière est accordée au bénéficiaire dans le cadre des dispositions visées à l'article 34, 11° et 12° de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;

3° lorsque les soins fournis font partie intégrante d'une consultation, d'une visite ou d'une prestation technique effectuée par un médecin;

4° lorsque les soins sont dispensés au domicile ou résidence communautaires, momentanés ou définitifs, de personnes âgées, au sens de l'arrêté royal du 20 juin 1990, qu'un numéro d'enregistrement soit ou non octroyé;

5° lorsque la tenue du dossier infirmier mentionné au § 4, 2° est incomplète.

§ 4. Précisions relatives aux prestations visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° :

1° La prestation de base, visée à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° comprend :

l'observation globale du bénéficiaire;

le planning et l'évaluation des soins;

l'accompagnement sanitaire du bénéficiaire et de son entourage;

la tenue complète d'un dossier infirmier;

les frais de déplacement, excepté les frais supplémentaires de déplacement en région rurale, sauf pour les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 3° et 4°.

2° Le dossier infirmier comprend au moins :

les données d'identification du bénéficiaire;

l'échelle d'évaluation telle que prévue au § 5 chaque fois que la nomenclature l'exige;

le contenu de la prescription telle que prévue au § 2 (copie ou transcription de la prescription en cas de dossier automatisé);

les données d'identification du prescripteur;

la planification et l'évaluation des soins;

l'identification des soins effectués au cours de chaque journée de soins;

l'identification des praticiens de l'art infirmier qui ont dispensé ces soins.

La tenue du dossier infirmier n'est pas liée à des conditions de forme (le dossier automatisé est autorisé).

Sans préjudice des délais de conservation imposés par d'autres législations, le dossier infirmier doit être conservé pendant une période d'au moins cinq ans.

Le dossier infirmier d'un bénéficiaire peut être tenu à jour conjointement par plusieurs praticiens de l'art infirmier, mais chacun d'eux demeure responsable de la tenue à jour des éléments du dossier relatifs aux soins qu'il a dispensés.

3° Les prestations de base visées à la rubrique I, A du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4° ne peuvent être portées en compte que si on atteste soit une ou plusieurs prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I, B du § 1^{er}, 1°, 2°, 3° et 4°, soit une ou plusieurs prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2°, et 3°.

4° Sans préjudice des dispositions du § 6, les prestations 425110, 425132, 425154, 425176, 425191, 425213, 425515, 425530, 425552, 425574, 425596, 425611, 425913, 425935, 425950, 425972, 425994, 426016, 426311, 426333, 426355, 426370, 426392 et 426414 ne peuvent être attestées qu'une seule fois par séance de soins infirmiers.

5° Les soins ne peuvent être étalés sur plusieurs séances de soins par le praticien de l'art infirmier que pour des raisons médicales figurant sur la prescription.

6° Pour un même bénéficiaire, le cumul des honoraires prévus par journée de soins pour les prestations effectuées le même jour à l'occasion de séances de soins différentes par un même ou un autre praticien de l'art infirmier, ne peut dépasser :

la valeur W 3,879, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 1° sont attestées;

la valeur W 5,710, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 2° sont attestées;

la valeur W 3,656, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 3° sont attestées;

la valeur W 3,656, lorsque plusieurs prestations visées aux rubriques I, A et I, B du § 1^{er}, 4° sont attestées.

§ 5. Précisions relatives aux honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° :

1° Les critères de dépendance physique visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° sont évalués sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-après :

Dépendance pour se laver :

- (1) peut complètement se laver sans aucune aide;
- (2) a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture;
- (3) a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Dépendance pour s'habiller :

- (1) peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide;
- (2) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets);
- (3) a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture;
- (4) doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture.

Dépendance pour se déplacer :

- (1) peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers;
- (2) peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante);
- (3) a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer;
- (4) est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer.

Dépendance pour aller à la toilette :

- (1) peut aller seul à la toilette ou s'essuyer;
- (2) a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer;
- (3) doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer;
- (4) ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée.

Dépendance pour incontinence (urines/selles) :

- (1) est continent pour les urines et les selles;
- (2) est incontinent accidentellement pour les urines ou les selles (sonde vésicale ou anus artificiel compris);
- (3) est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction);
- (4) est incontinent pour les urines et les selles.

Dépendance pour manger :

- (1) peut manger et boire seul;
- (2) a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire;
- (3) a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit;
- (4) le patient est totalement dépendant pour manger et boire.

2° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° remboursent d'une façon forfaitaire l'ensemble des soins effectués au cours d'une même journée de soins. Ils couvrent notamment :

les prestations de base et les prestations techniques de soins infirmiers visées à la rubrique I du § 1^{er}, 1°, 2° et 3°;

tous les actes infirmiers visés à l'annexe I de l'A.R. du 18 juin 1990 - portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que les modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre - qui ne sont pas repris à la rubrique I, B, à l'exception des prestations techniques spécifiques reprises à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3°.

3° Les honoraires forfaitaires, visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° ne peuvent être attestés que si les conditions suivantes sont réalisées :

a) pour chaque bénéficiaire dans le chef duquel des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° ont été attestés, une toilette (prestations 425110, 425515 ou 425913) par journée de soins a été effectuée;

b) l'infirmier tient un dossier qui correspond aux dispositions du § 4, 2°;

c) pour chaque forfait attesté, un ou plusieurs des pseudo-codes suivants, correspondants aux prestations effectuées pendant la journée de soins doivent être mentionnés complémentirement au numéro de code de la nomenclature du forfait :

Prestation	Pseudo-code	Nombre	N° INAMI du prestataire
1 ^{re} prestation de base	426635		
2 ^e prestation de base	426650		
3 ^e prestation de base	426672		
4 ^e prestation de base	426694		
5 ^e prestation de base	426716		
425110, 425515 ou 425913	426731		
425132, 425530 ou 425935	426753		
425154, 425552 ou 425950	426775		
425176, 425574 ou 425972	426790		
425191, 425596 ou 425994	426812		
425213, 425611 ou 426016	426834		
prestations de l'AR du 18/06/90 non reprises aux rubriques I, B et III du § 1 ^{er} , 1°, 2° et 3°	426856		

d) il faut au minimum deux visites par journée de soins pour pouvoir attester le forfait C.

4° Les honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° doivent être attestés par le praticien de l'art infirmier ayant attesté la première prestation de cette même journée de soins.

§ 6. Précisions relatives aux toilettes (prestations 425110, 425515, 425913 et 426311) :

1° Seules les toilettes dispensées chez des bénéficiaires ayant besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture (score de minimum 2 au critère "dépendance pour se laver" de l'échelle d'évaluation mentionné au § 5, 1°) peuvent être attestées.

2° Les prestations 425110, 425515, 425913 ou 426311, effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° ou 3°, ne peuvent être remboursées qu'une fois par journée de soins.

3° Dans le chef des bénéficiaires dépendants pour se laver (score de minimum 2 au critère "dépendance pour se laver" de l'échelle d'évaluation mentionné au § 5, 1°) :

- un maximum de deux toilettes (425110, 425913 ou 426311) par semaine peuvent être attestées;
- aucune toilette 425515 ne peut être attestée.

4° Dans le chef des bénéficiaires dépendants pour se laver (score de minimum 2 au critère "dépendance pour se laver" de l'échelle d'évaluation mentionné au § 5, 1°) et pour s'habiller (score de minimum 2 au critère "dépendance pour s'habiller" de la même échelle d'évaluation), il ne peut être attesté que maximum 3 toilettes par semaine et aucune toilette ne peut être attestée pendant le week-end, sauf :

- si les bénéficiaires obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères de dépendance "pour incontinence" et un score de minimum 3 pour le critère "dépendance pour aller à la toilette" de l'échelle d'évaluation concernée, pour lesquels il peut être attesté une toilette par jour;
- si les bénéficiaires obtiennent des scores de minimum 2 pour les critères de dépendance "pour se laver et pour s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée et peuvent être considérés, sur base d'un certificat médical établi par le médecin traitant, conformément au modèle fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition de la Commission de convention, comme des personnes désorientées dans le temps et l'espace, pour lesquels il peut être attesté une toilette par jour;
- si les bénéficiaires obtiennent des scores de minimum 4 pour les critères de dépendance "pour se laver et pour s'habiller" de l'échelle d'évaluation concernée, pour lesquels il peut être attesté une toilette par jour.

5° L'attestation de soins donnés ne peut être établie et délivrée pour ces prestations que si le praticien de l'art infirmier a constaté, sur base des données dont il dispose, que le bénéficiaire se trouve dans la situation décrite dans l'alinéa précédent, même si ces soins ont été prescrits par un médecin.

6° Lors de l'exécution des prestations 425110, 425515, 425913 et 426311, effectuées pour un bénéficiaire ne répondant pas aux critères mentionnés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3°, le praticien de l'art infirmier est tenu de transmettre une notification au médecin-conseil, selon la procédure prévue au § 7.

§ 7. La procédure de demande et de notification :

1° Le degré de dépendance physique du bénéficiaire est confirmé par un formulaire dont le modèle est fixé par le Comité de l'assurance soins de santé sur proposition du Collège national des médecins-conseils.

2° Ce formulaire, justifiant les honoraires forfaitaires par journée de soins ou les soins de toilette, est complété par le praticien de l'art infirmier et doit être transmis par un courrier distinct adressé personnellement au médecin-conseil au plus tard dans les 10 jours calendrier qui suivent le premier jour du traitement. Lorsqu'un envoi comprend plusieurs demandes ou notifications, une liste mentionnant les noms des bénéficiaires et soussignée par un praticien de l'art infirmier doit être jointe.

En cas de non-respect du délai de 10 jours calendrier, l'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées à partir du jour qui suit l'envoi du formulaire, le cachet de la poste faisant foi. Si le délai de 10 jours calendrier n'est pas respecté, le médecin-conseil peut néanmoins décider de prendre en charge, au plus tôt à partir du premier jour, les soins dispensés. Cette décision ne peut être prise qu'après que le dispensateur ait transmis par écrit une motivation acceptable pour l'introduction tardive de la demande, de la notification.

3° Ce formulaire comporte la période au cours de laquelle seront portés en compte les honoraires forfaitaires et/ou les toilettes. La période de traitement mentionnée dans le formulaire ne peut dépasser une durée d'un an.

Lorsque le traitement doit être poursuivi au-delà de la période mentionnée, ou lorsqu'il dépasse une durée d'un an, ou encore en cas de modification du degré de dépendance physique du bénéficiaire, un nouveau formulaire doit être complété et transmis au médecin-conseil dans les mêmes conditions.

L'intervention de l'assurance est due pour les prestations effectuées, sauf opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils; l'opposition du médecin-conseil ou du Collège national des médecins-conseils entraîne le refus d'intervention pour toutes les prestations effectuées à partir de la date de la notification de cette opposition au bénéficiaire, le cachet de la poste faisant foi, jusqu'à ce qu'une autre décision intervienne éventuellement.

4° Lorsque la décision du médecin-conseil donne lieu à une révision de l'état de dépendance physique du bénéficiaire et entraîne soit le remplacement du forfait C par un forfait B ou forfait A, soit le remplacement du forfait B par un forfait A, soit le remplacement des honoraires forfaitaires visés à la rubrique II du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° par un remboursement à l'acte, cette décision reste valable pour une période de six mois. Durant ce délai, aucune nouvelle demande pour aggravation du degré de dépendance ne peut être introduite auprès du médecin-conseil, sauf en cas de nouvelle indication médicale ou relative à l'art infirmier étayée par un rapport circonstancié du médecin traitant.

§ 8. Précisions relatives aux soins de plaie(s) (prestations 425154, 425552, 425950 et 426355) :

La notion de "soins de plaie(s)" ne vise pas les soins qui peuvent être effectués par le bénéficiaire lui-même ou par les personnes qui cohabitent avec lui, ou qui peuvent être appris s'il s'agit d'un traitement chronique de longue durée.

§ 9. Précisions relatives aux prestations techniques spécifiques de soins infirmiers visées à la rubrique III du § 1^{er}, 1°, 2° et 3° :

Les prestations 425375, 425773 et 426171 ne peuvent être attestées qu'une fois par journée de soins; il s'agit d'honoraires forfaitaires couvrant l'ensemble des actes techniques spécifiques qui requièrent la qualification d'infirmière graduée ou assimilée, d'accoucheuse ou d'infirmière brevetée.

Les prestations 425375, 425773 et 426171 peuvent être cumulées avec les prestations des rubriques I et II du § 1^{er}.

L'attestation de ces prestations demandées par l'infirmière est soumise à l'accord du médecin-conseil. Les dispositions du § 7 sont applicables à l'exception de l'emploi du formulaire repris dans le § 7, 2°.

La demande d'accord doit être accompagnée d'une planification des soins établie par le praticien de l'art infirmier et par un rapport médical circonstancié du médecin-traitant. En cas de demande de prolongation, le médecin prescripteur réfère au premier rapport médical circonstancié.

L'accord du médecin-conseil est limité à des périodes de maximum 3 mois.

§ 10. Précisions relatives aux soins durant les week-ends et jours fériés visés au § 1^{er}, 2° :

1° Lorsque l'état du bénéficiaire exige que les soins soient effectués le week-end ou durant un jour férié, les honoraires sont ceux prévus au § 1^{er}, 2°.

Toutefois, lorsque pour des raisons de convenance personnelle, le praticien de l'art infirmier effectue certaines prestations aux jours et heures mentionnés au 2°, les honoraires dus sont ceux prévus au § 1^{er}, 1°, 3° ou 4°.

Ces honoraires ne sont cependant jamais remboursés pour les prestations visées au § 1^{er}, 3° et 4°.

2° Le week-end s'entend du samedi 0 heure au dimanche 24 heures.

Le jour férié s'entend de 0 heure à 24 heures. Les jours fériés donnant droit à majoration d'honoraires sont : le 1^{er} janvier, le lundi de Pâques, le 1^{er} mai, l'Ascension, le lundi de Pentecôte, le 21 juillet, le 15 août, le 1^{er} novembre, le 11 novembre et le 25 décembre.

§ 11. Le praticien de l'art infirmier ne peut établir ni signer une attestation de soins donnés lorsque les prestations sont effectuées par une personne non habilitée à les porter en compte à l'assurance soins de santé, qui se substitue en tout ou en partie au praticien de l'art infirmier, même en présence de ce dernier.

L'assistance d'une tierce personne ne peut être sollicitée que si l'état du patient nécessite une aide durant l'exécution de la prestation.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 20 décembre 2004.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE

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

NOMENCLATUUR

HOOFDSTUK III. — Gewone geneeskundige hulp

Afdeling 4. — Verzorging verleend door gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden

Art. 8. § 1. De volgende verstrekkingen worden beschouwd als verstrekkingen waarvoor de bekwaliging van gegradueerde verpleegkundigen of met dezen gelijkgestelden, vroedvrouwen, verpleegkundigen met brevet, verpleegassistenten/ziekenhuisassistenten of met dezen gelijkgestelden, hierna verpleegkundigen genoemd (W), vereist is. Voor de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen, bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° is evenwel de bekwaliging van gegradueerde verpleegkundige of met deze gelijkgestelde, vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist.

1°. Verstrekkingen verleend in de woon- of verblijfplaats van de rechthebbende.

I. Verpleegkundige verzorgingszitting.

A. Basisverstrekking.

425014	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,879
425036	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,879
425051	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,879

B. Technische verpleegkundige verstrekkingen.

425110	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,184
--------	------------------------------------	---	-------

425132	Toedienen van medicatie via intraveneuze, intramusculaire of via subcutane toedieningsweg	W	0,484
425154	— wondzorg;		
	— stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, iléo-, cysto, gastro- en ureterostoma)	W	1,459
425176	— blaassondage;		
	— blaasinstillatie;		
	— blaasspoeling	W	0,804
425191	— aseptische vulvazorgen;		
	— vagina-irrigatie;		
	— aspiratie luchtwegen	W	0,730
425213	— manueel verwijderen van faecalomen;		
	— lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde;		
	— gastro-intestinale tubage en drainage;		
	— darmspoeling;		
	— enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W	0,730
II. Forfaitaire honoraria per verzorgingsdag voor zwaar zorgafhankelijke patiënten.			
425272	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4)..	W	3,879
425294	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4)	W	7,371
425316	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen (score 4) en zich te kleden (score 4) en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen (score 4) en om naar het toilet te gaan (score 4) en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en om te eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3).	W	8,763
425375	Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen :		
	— plaatsen van en toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie;		
	— toediening van en toezicht op parenterale voeding;		
	— toediening medicatie voor chronische analgesie via epidurale catheter	W	8,934
425412	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	1,206
425434	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	1,206
425456	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	1,206
425515	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,779
425530	Toedienen van medicatie via intraveneuze, intramusculaire of via subcutane toedieningsweg	W	0,730
425552	— wondzorg;		
	— stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- en ureterostoma)	W	2,189
425574	— blaassondage;		
	— blaasinstillatie;		
	— blaasspoeling	W	1,206
425596	— aseptische vulvazorgen;		

	— vagina-irrigatie;		
	— aspiratie luchtwegen	W	1,094
425611	— manueel verwijderen van faecalomen;		
	— lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde;		
	— gastro-intestinale tubage en drainage;		
	— darmspoeling;		
	— enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W	1,094
425670	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4)..	W	5,710
425692	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4)	W	10,944
425714	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen (score 4) en zich te kleden (score 4) en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen (score 4) en om naar het toilet te gaan (score 4) en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en om te eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3).	W	13,036
425773	Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met een of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen :		
	— plaatsen van en toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie;		
	— toediening van en toezicht op parenterale voeding;		
	— toediening medicatie voor chronische analgesie via epidurale catheter	W	13,401
425810	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
425832	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
425854	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
425913	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,184
425935	Toedienen van medicatie via intraveneuze, intramusculaire of via subcutane toedieningsweg	W	0,484
425950	— wondzorg;		
	— stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- en ureterostoma)	W	1,459
425972	— blaassondage;		
	— blaasinstillatie;		
	— blaasspoeling	W	0,804
425994	— aseptische vulvazorgen;		
	— vagina-irrigatie;		
	— aspiratie luchtwegen	W	0,730
426016	— manueel verwijderen van faecalomen;		
	— lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde;		
	— gastro-intestinale tubage en drainage;		
	— darmspoeling;		
	— enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W	0,730

426075	Forfaitair honorarium, forfait A genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en/of naar het toilet te gaan (score 3 of 4)..	W	3,656
426090	Forfaitair honorarium, forfait B genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen en te kleden (score 3 of 4), en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen en naar het toilet te gaan (score 3 of 4), en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en/of om te eten (score 3 of 4)	W	7,147
426112	Forfaitair honorarium, forfait C genoemd, dat één keer per verzorgingsdag wordt toegekend voor het geheel van de verpleegkundige verzorging, verleend aan de rechthebbende wiens fysieke afhankelijkheidstoestand beantwoordt aan de volgende criteria :		
	— afhankelijk om zich te wassen (score 4) en zich te kleden (score 4) en		
	— afhankelijk om zich te verplaatsen (score 4) en om naar het toilet te gaan (score 4) en		
	— afhankelijkheid wegens incontinentie en om te eten (waarvoor één van de twee criteria een score 4 heeft en het andere criterium een score van minimum 3).	W	8,540
426171	Forfaitair honorarium per verzorgingsdag voor patiënten die verzorging met één of meerdere van de volgende specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen vereisen :		
	— plaatsen van en toezicht op (intraveneuze of subcutane) perfusie;		
	— toediening van en toezicht op parenterale voeding;		
	— toediening medicatie voor chronische analgesie via epidurale catheter	W	8,934
426215	Eerste basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
426230	Tweede basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
426252	Derde of latere basisverstrekking van de verzorgingsdag	W	0,655
426311	Hygiënische verzorging (toiletten)	W	1,184
426333	Toedienen van medicatie via intraveneuze, intramusculaire of via subcutane toedieningsweg	W	0,484
426355	— wondzorg;		
	— stomazorg (o.a. tracheo-, colo-, iléo-, cysto-, gastro- en ureterostoma)	W	1,459
426370	— blaassondage;		
	— blaasinstillatie;		
	— blaasspoeling	W	0,804
426392	— aseptische vulvazorgen;		
	— vagina-irrigatie;		
	— aspiratie luchtwegen	W	0,730
426414	— manueel verwijderen van faecalomen;		
	— lavement en/of toediening van medicamenteuze oplossingen via rectale sonde;		
	— gastro-intestinale tubage en drainage;		
	— darmspoeling;		
	— enterale voeding via maagsonde, gastro- of enterostomiesonde	W	0,730

§ 2. Nadere bepalingen betreffende het voorschrift

Volgende verstrekkingen worden slechts vergoed indien ze door een geneesheer zijn voorgeschreven :

- de technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3° en 4°, behalve de verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 426311;
- de specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3°.

Dat voorschrift vermeldt de aard, het aantal en de frequentie van de te verlenen verstrekkingen. Het moet de nodige gegevens bevatten om de aangerekende verzorging te kunnen identificeren, en mag zich derhalve niet beperken tot een loutere vermelding van het betrokken nomenclatuurnummer.

Voorschriften inzake toedienen van geneesmiddelen en medicamenteuze oplossingen moeten bovendien de aard en de dosis van de toe te dienen producten vermelden.

Voorschriften inzake toedienen van enterale en parenterale voeding of inzake toedienen van perfusies moeten bovendien het debiet en de hoeveelheid per 24 uur vermelden.

§ 3. Er zijn geen honoraria verschuldigd :

1° wanneer de verstrekkingen verleend worden aan rechthebbenden die gehospitaliseerd zijn of ambulantly verzorgd worden in de omstandigheden die het de verplegingsinrichting mogelijk maken de forfaits voorzien in de nationale overeenkomst met de verplegingsinrichtingen aan te rekenen, behoudens indien een rechthebbende op een zelfde dag de hoedanigheid heeft van in een ziekenhuis opgenomen rechthebbende én van ambulante rechthebbende. In dit geval mag de verzekeringstegemoetkoming worden verleend mits vermelding van de pseudocode 426613 door de verzekeringsinstelling;

2° wanneer een tegemoetkoming voor hulp bij de handelingen uit het dagelijks leven aan de rechthebbenden wordt verleend in het kader van de bepalingen van artikel 34, 11° en 12° van de vorenbedoelde wet van 14 juli 1994;

3° wanneer de verstrekte verzorging integraal deel uitmaakt van een raadpleging, een bezoek of een technische verstrekking, uitgevoerd door een geneesheer;

4° wanneer de verzorging wordt verleend in een tijdelijke of definitieve gemeenschappelijke woonplaats of verblijfplaats van bejaarden, bedoeld in het koninklijk besluit van 20 juni 1990, ongeacht het feit of aan deze locatie al dan niet een registratienummer werd toegekend;

5° wanneer het bijhouden van het in § 4, 2°, vermeld verpleegdossier onvolledig gebeurt.

§ 4. Nadere bepalingen inzake de in rubriek I van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° bedoelde verstrekkingen :

1° De in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° vermelde basisverstrekking omvat :

- de globale observatie van de rechthebbende;
- de planning en evaluatie van de verzorging;
- de gezondheidsbegeleiding van de rechthebbende en zijn omgeving;
- het opmaken en bijhouden van een volledig verpleegdossier;
- de verplaatsingskosten, uitgezonderd de bijkomende verplaatsingskosten in de plattelandstreken, behalve voor de basisverstrekkingen, bedoeld in rubriek I, A van § 1, 3° en 4°.

2° Bovenvermeld verpleegdossier omvat tenminste :

- de identificatiegegevens van de rechthebbende;
- de evaluatieschaal bedoeld in § 5, voorzover de nomenclatuur zulks vereist;
- de inhoud van het voorschrift als bedoeld in § 2 (kopie van het voorschrift of omschrijving als het om een geautomatiseerd dossier gaat);
- de identificatiegegevens van de voorschrijver;
- de planning en evaluatie van de verzorging;
- alle verpleegkundige zorg die over elke verzorgingsdag verleend werd;
- de identificatie van de verpleegkundigen die deze verzorging hebben verleend.

De opmaak van het verpleegdossier is niet gebonden aan vormvereisten (mag eventueel een geautomatiseerd bestand zijn).

Onverminderd de bewaringstermijnen die door andere wetgevingen zijn opgelegd, moet het verpleegdossier gedurende tenminste vijf jaar worden bewaard.

Indien het verpleegdossier van eenzelfde rechthebbende door verschillende verpleegkundigen samen wordt bijgehouden, is elke verpleegkundige verantwoordelijk voor het bijhouden van de elementen uit het dossier die verband houden met de door hem verleende verzorging.

3° De basisverstrekkingen bedoeld in rubriek I, A van § 1, 1°, 2°, 3° en 4° mogen slechts aangerekend worden als men terzelfdertijd hetzij één of meer technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I, B van § 1, 1°, 2°, 3° en 4°, hetzij één of meer specifieke verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° attesteert.

4° Onverminderd de bepalingen van § 6 mogen de verstrekkingen 425110, 425132, 425154, 425176, 425191, 425213, 425515, 425530, 425552, 425574, 425596, 425611, 425913, 425935, 425950, 425972, 425994, 426016, 426311, 426333, 426355, 426370, 426392 en 426414 slechts eenmaal per verzorgingszitting worden geattesteerd.

5° De verzorging mag door de verpleegkundige enkel over verschillende verzorgingszittingen gespreid worden om medische redenen vermeld op het voorschrift.

6° Voor eenzelfde rechthebbende mag de som van de honoraria voor de verschillende verpleegkundige verstrekkingen per verzorgingsdag, ongeacht het feit of zij tijdens meerdere verzorgingszittingen of door verschillende verpleegkundigen werden verleend, volgende waarden niet overschrijden :

- voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I A en I B van § 1, 1° geldt een dagplafond van W 3,879;
- voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I A en I B van § 1, 2° geldt een dagplafond van W 5,710;
- voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I A en I B van § 1, 3° geldt een dagplafond van W 3,656;
- voor de verstrekkingen bedoeld in de rubrieken I A en I B van § 1, 4° geldt een dagplafond van W 3,656.

§ 5. Nadere bepalingen inzake de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° :

1° De fysieke afhankelijkheidstoestand, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°, wordt geëvalueerd op basis van de hierna vermelde evaluatieschaal :

Afhankelijkheid om zich te wassen :

- (1) kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp;
- (2) heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel;
- (3) heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel;
- (4) moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel.

Afhankelijkheid om zich te kleden :

- (1) kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp;
- (2) heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (zonder rekening te houden met veters);
- (3) heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel;
- (4) moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel.

Afhankelijkheid om zich te verplaatsen :

- (1) kan volledig zelfstandig opstaan en zich verplaatsen zonder mechanische hulp of hulp van derden;
- (2) kan zelfstandig in en uit een stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel);
- (3) heeft volstrekt hulp van derden nodig om op te staan en zich te verplaatsen;
- (4) is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen.

Afhankelijkheid om naar het toilet te gaan :

- (1) kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen;
- (2) heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen;
- (3) moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen;
- (4) kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel.

Afhankelijkheid wegens incontinentie (urine/faeces) :

- (1) is continent voor urine en faeces;
- (2) is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars);
- (3) is incontinent voor urine (inclusief mictietraining);
- (4) is incontinent voor urine en faeces.

Afhankelijkheid om te eten :

- (1) kan alleen eten en drinken;
- (2) heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken;
- (3) heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken;
- (4) de patiënt wordt gevoed.

2° De forfaitaire honoraria, bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°, vergoeden op forfaitaire wijze het geheel van de verzorging, verstrekt tijdens eenzelfde verzorgingsdag. Zij dekken inzonderheid volgende verstrekkingen :

- alle basisverstrekkingen en de technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek I van § 1, 1°, 2° en 3°;
- alle technische verpleegkundige aktes vermeld in bijlage I van het koninklijk besluit van 18 juni 1990, houdende vaststelling van de lijst van de technische verpleegkundige verstrekkingen en de lijst van de handelingen die door een geneesheer aan beoefenaars van de verpleegkunde kunnen worden toevertrouwd, alsmede de wijze van uitvoering van die verstrekkingen en handelingen en de kwalificatievereisten waaraan de beoefenaars van de verpleegkunde moeten voldoen, die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B met uitsluiting van de specifieke technische verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3°.

3° De forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° mogen slechts worden aangerekend mits aan volgende voorwaarden wordt voldaan :

- a) bij iedere rechthebbende waarvoor een forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° wordt aangerekend, wordt per verzorgingsdag een toilet (verstrekking 425110, 425515 of 425913) uitgevoerd;
- b) de verpleegkundige houdt een dossier bij dat voldoet aan de bepalingen van § 4, 2°;
- c) voor elk aangerekend forfait moeten, benevens het nomenclatuurnummer van het forfait, een of meer van de volgende pseudocodenummers worden vermeld die overeenstemmen met de verstrekkingen die tijdens de verzorgingsdag zijn verleend :

Verstrekking	Pseudo-code	Aantal	RIZIV-nr. verstrekker
1° basisverstrekking	426635		
2° basisverstrekking	426650		
3e basisverstrekking	426672		
4° basisverstrekking	426694		
5° basisverstrekking	426716		
425110, 425515 of 425913	426731		
425132, 425530 of 425935	426753		
425154, 425552 of 425950	426775		
425176, 425574 of 425972	426790		
425191, 425596 of 425994	426812		
425213, 425611 of 426016	426834		
verstrekkingen vermeld in het KB van 18/06/90 die niet opgenomen zijn in de rubrieken I, B en III van § 1, 1°, 2° en 3°	426856		

d) opdat het forfait C mag worden aangerekend, moeten er ten minste twee bezoeken per verzorgingsdag zijn;

4° Het forfaitair honorarium bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°, wordt geattesteerd door de verpleegkundige die de eerste verstrekking van de verzorgingsdag verleent.

§ 6. Nadere bepalingen inzake de toiletten (verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 426311) :

1° Enkel de toiletten uitgevoerd bij rechthebbenden die ten minste gedeeltelijk hulp nodig hebben om zich te wassen onder de gordel (minstens score 2 op het criterium "afhankelijkheid om zich te wassen" van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1°) mogen worden aangerekend.

2° De verstrekkingen 425110, 425515, 425913 of 426311, verricht bij rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° of 3°, mogen slechts eenmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden.

3° Bij rechthebbenden die afhankelijk zijn om zich te wassen (minstens score 2 op het criterium "afhankelijkheid om zich te wassen" van de evaluatieschaal bedoeld in § 5, 1°) :

- mogen slechts twee toiletten per week aangerekend worden (425110, 425913 of 426311);
- mogen geen toiletten 425515 aangerekend worden.

4° Voor de rechthebbenden die afhankelijk zijn om zich te wassen (score van minimum 2 voor het criterium "afhankelijkheid om zich te wassen" van de evaluatieschaal, vermeld in § 5, 1°) en zich te kleden (score van minimum 2 voor het criterium "afhankelijkheid om zich te kleden" van dezelfde evaluatieschaal), mogen maximum 3 toiletten per week worden aangerekend en mag geen toilet worden aangerekend tijdens het weekeinde, behalve

- als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" en een score van minimum 3 voor het criterium "afhankelijkheid wegens incontinentie" van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend;
- als de rechthebbenden scores van minimum 2 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" van de bedoelde evaluatieschaal en, op grond van een geneeskundig getuigschrift, door de behandelend geneesheer opgemaakt overeenkomstig het model dat op voorstel van de Overeenkomstencommissie is vastgesteld door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, kunnen worden beschouwd als gedesorienteerd in tijd en ruimte;
- als de rechthebbenden scores van minimum 4 behalen voor de criteria "afhankelijkheid om zich te wassen en zich te kleden" van de bedoelde evaluatieschaal, waarvoor één toilet per dag mag worden aangerekend.

5° Zelfs indien de hygiënische verzorging door een geneesheer werd voorgeschreven, mag zij slechts geattesteerd worden indien de verpleegkundige vaststelt dat de rechthebbende beantwoordt aan de voor de betrokken verstrekking vereiste graad van afhankelijkheid.

6° Indien de verstrekkingen 425110, 425515, 425913 en 426311 verleend worden aan rechthebbenden die niet beantwoorden aan de criteria voor het aanrekenen van de forfaitaire honoraria bedoeld in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3°, stelt de verpleegkundige de adviserend geneesheer hiervan in kennis overeenkomstig de kennisgevingsprocedure bedoeld in § 7.

§ 7. Aanvraag- en kennisgevingsprocedure :

1° De fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende wordt bevestigd in een formulier, waarvan het model door het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging wordt vastgesteld op voorstel van het Nationaal College van adviserend geneesheren.

2° Een formulier tot staving van de aanvraag van forfaitaire honoraria per verzorgingsdag of tot kennisgeving van het uitvoeren van toiletten, wordt door de verpleegkundige ingevuld en moet uiterlijk binnen 10 kalenderdagen na de eerste dag van de behandeling met een afzonderlijke, aan de adviserend geneesheer persoonlijk geadresseerde brief worden bezorgd. Indien meerdere aanvragen of kennisgevingen in dezelfde zending worden verstuurd, moet er een door de verpleegkundige ondertekende lijst met de namen van de rechthebbenden worden meegestuurd.

Indien de termijn van 10 kalenderdagen niet in acht is genomen, is de verzekeringstegemoetkoming slechts verschuldigd voor verstrekkingen die verricht werden vanaf de dag na de verzending van het formulier. De poststempel geldt als bewijs voor de datum van verzending. Bij het niet respecteren van de termijn van 10 kalenderdagen kan de adviserend geneesheer niettemin beslissen om de verleende verzorging vanaf de eerste dag ten laste te nemen. Deze beslissing kan enkel worden genomen nadat de verstrekker schriftelijk een aanvaardbare motivering voor het laattijdig aanvragen of kennisgeven heeft overgemaakt.

3° In dit formulier wordt de periode vermeld tijdens welke de forfaitaire honoraria en/of de toiletten worden aangerekend. Deze periode mag niet langer duren dan één jaar.

Als de behandeling na de vermelde periode moet worden voortgezet, als ze de duur van één jaar overschrijdt, of in geval van wijzigingen in de fysieke afhankelijkheidsgraad van de rechthebbende, moet een nieuw formulier worden ingevuld en onder dezelfde voorwaarden aan de adviserend geneesheer worden bezorgd.

Behoudens verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van de adviserend geneesheren, is de verzekeringstegemoetkoming verschuldigd voor de verrichte verstrekkingen. Verzet van de adviserend geneesheer of van het Nationaal college van adviserend geneesheren impliceert weigering van verzekeringstegemoetkoming voor alle verstrekkingen verricht vanaf de datum van de betekening van dit verzet aan de rechthebbende, tot een eventuele andere beslissing. De poststempel geldt als bewijs voor de datum van de betekening.

4° De beslissing van de adviserend geneesheer om hetzij het forfait C te vervangen door forfait B of forfait A, hetzij het forfait B te vervangen door forfait A, hetzij de in rubriek II van § 1, 1°, 2° en 3° bedoelde forfaitaire honoraria te vervangen door een vergoeding per verpleegkundige verzorgingszitting, blijft voor een periode van zes maanden geldig. Tijdens deze periode mag geen enkele nieuwe aanvraag wegens verergering van de afhankelijkheidsgraad worden ingediend, behalve ingeval van nieuwe geneeskundige indicatie gestaafd door een getuigschrift van de behandelend geneesheer.

§ 8. Nadere bepalingen inzake wondzorg (verstrekkingen 425154, 425552, 425950 en 426355) :

Met het begrip wondzorg wordt niet bedoeld, de verzorging die door de rechthebbende zelf of door de personen die met hem samenwonen kan worden uitgevoerd, of die bij een chronische behandeling van lange duur kan worden aangeleerd.

§ 9. Nadere bepalingen inzake de specifieke technische verpleegkundige verstrekkingen bedoeld in rubriek III van § 1, 1°, 2° en 3° :

De verstrekkingen 425375, 425773 en 426171 mogen slechts eenmaal per verzorgingsdag geattesteerd worden. Het zijn forfaitaire honoraria die het geheel van de verzorging door de verpleegkundige dekken en waarvoor de bekwaamheid van gegradueerde verpleegkundige of gelijkgestelde vroedvrouw of verpleegkundige met brevet vereist is.

De verstrekkingen 425375, 425773 en 426171 mogen gecumuleerd worden met de verstrekkingen uit rubrieken I en II van § 1.

Het attesteren van deze verstrekkingen wordt door de verpleegkundige aangevraagd bij de adviserend geneesheer. De bepalingen van § 7 zijn van toepassing behoudens het gebruik van het formulier bedoeld in § 7, 2°.

Deze aanvraag omvat een verzorgingsplan, opgesteld door de verpleegkundige, en een omstandig medisch verslag van de behandelend geneesheer. Bij een aanvraag voor verlenging kan de voorschrijvende arts verwijzen naar het eerste omstandig medisch verslag.

Het akkoord van de adviserend geneesheer is in elk geval beperkt tot periodes van maximum 3 maanden.

§ 10. Nadere bepalingen inzake de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2° :

1° De honoraria voor de verstrekkingen bedoeld in § 1, 2° mogen slechts worden aangerekend indien de toestand van de rechthebbende vereist dat de verzorging tijdens het weekeind of op een feestdag wordt verleend.

Wanneer de verpleegkundige om persoonlijke redenen sommige verstrekkingen verleent op de dagen en uren die zijn vermeld onder 2°, zijn evenwel de in § 1, 1°, 3° of 4° vastgestelde honoraria verschuldigd.

Deze honoraria worden echter nooit vergoed voor de in § 1, 3° en 4° genoemde verstrekkingen.

2° Het weekeind begint op zaterdag 0 uur, en duurt tot zondag 24 uur.

Een feestdag duurt van 0 uur tot 24 uur. Volgende feestdagen geven recht op verhoging van honoraria : 1 januari, paasmaandag, 1 mei, hemelvaartsdag, pinkstermaandag, 21 juli, 15 augustus, 1 november, 11 november en 25 december.

§ 11. De verpleegkundige mag geen getuigschrift voor verstrekte hulp opmaken en evenmin ondertekenen als de verstrekkingen zijn verricht door een persoon die niet bevoegd is om ze aan te rekenen aan de verzekering voor geneeskundige verzorging, en die geheel of gedeeltelijk in de plaats treedt van de verpleegkundige, zelfs als deze aanwezig is.

Bijstand van een derde mag enkel worden ingeroepen indien de toestand van de patiënt hulp vergt gedurende de uitvoering van de verstrekking.

Gezien om te worden gevoegd bij ons besluit van 20 december 2004.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2005 — 130

[C — 2005/22036]

6 JANVIER 2005. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35bis, § 1, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par les lois des 22 décembre 2003 et 9 juillet 2004, et § 2, inséré par la loi du 10 août 2001, et modifié par la loi du 22 décembre 2003;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, notamment l'annexe I, tel qu'il a été modifié à ce jour;

Vu les propositions de la Commission de Remboursement des Médicaments, émises les 7 et 21 septembre 2004 et le 5 octobre 2004;

Vu les avis émis par l'Inspecteur des Finances;

Vu les accords du Ministre du Budget;

Vu les notifications aux demandeurs;

A défaut de décision du Ministre dans le délai de 180 jours, concernant les conditionnements de 56 comprimés des spécialités MERCK-TERAZOSINE - 1 mg, 2 mg, 5 mg et 10 mg, le fonctionnaire délégué en a informé le demandeur le 10 novembre 2004;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2005 — 130

[C — 2005/22036]

6 JANUARI 2005. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35bis, § 1, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wetten van 22 december 2003 en 9 juli 2004, en § 2, ingevoegd bij de wet van 10 augustus 2001, en gewijzigd bij de wet van 22 december 2003;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, inzonderheid op bijlage I, zoals tot op heden gewijzigd;

Gelet op de voorstellen van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen, uitgebracht op 7 en 21 september 2004 en 5 oktober 2004;

Gelet op de adviezen van de Inspecteur van Financiën;

Gelet op de akkoordbevindingen van Onze Minister van Begroting;

Gelet op de notificaties aan de aanvragers;

Bij ontstentenis van een beslissing van de Minister binnen een termijn van 180 dagen, wat betreft de verpakkingen van 56 tabletten van de specialiteiten MERCK-TERAZOSINE - 1 mg, 2 mg, 5 mg en 10 mg, heeft de gemachtigde ambtenaar de aanvrager hiervan op de hoogte gebracht op 10 november 2004;