

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

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** L'article 2 de l'arrêté royal du 20 septembre 2005 fixant les modalités d'application de l'article 37, § 17, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour des prestations de soins infirmiers à domicile, est remplacé par la disposition suivante :

« Le présent arrêté entre en vigueur à une date fixée par Nous et au plus tard le 1<sup>er</sup> mars 2006. »

**Art. 2.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> décembre 2005.

**Art. 3.** Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 23 novembre 2005.

ALBERT

Par le Roi :

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

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

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

**Artikel 1.** Artikel 2 van het koninklijk besluit van 20 september 2005 tot vastlegging van de toepassings-regels van het artikel 37, § 17, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994 voor verstrekkingen in de thuisverpleging, wordt vervangen door de volgende bepaling :

« Dit besluit treedt in werking op een door Ons vastgestelde datum en ten laatste op 1 maart 2006. »

**Art. 2.** Dit besluit treedt in werking op 1 december 2005.

**Art. 3.** Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 23 november 2005.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,  
R. DEMOTTE

#### SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

F. 2005 — 3200

[C — 2005/22938]

**18 NOVEMBRE 2005.** — Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, alinea 1<sup>er</sup>, 13<sup>o</sup>, 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, 13<sup>o</sup>, remplacé par la loi du 10 août 2001 et l'article 37, § 12, modifié par les lois des 20 décembre 1995 et 24 décembre 1999;

Vu l'avis de la Commission de Contrôle budgétaire, donné le 7 décembre 2004;

Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, formulée le 13 décembre 2004 et 20 décembre 2004;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 28 janvier 2005;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 3 août 2005;

Vu l'avis 39.073/1 du Conseil d'Etat, donné le 27 septembre 2005, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans le cadre de chaque concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 2 de l'arrêté royal du 14 mai 2003 fixant les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'article 34, 13<sup>o</sup>, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, les documents suivants sont transmis au service intégré de soins à domicile :

1<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> 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<sup>o</sup> une déclaration du médecin généraliste certifiant que le patient répond à la définition donnée à l'article 1<sup>er</sup>, 8<sup>o</sup>, de l'arrêté susmentionné.

#### FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

N. 2005 — 3200

[C — 2005/22938]

**18 NOVEMBER 2005.** — Ministerieel besluit tot vaststelling van het bedrag en de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, eerste lid, 13<sup>o</sup>, 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, 13<sup>o</sup>, 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 advies van de Commissie voor begrotingscontrole, gegeven op 7 december 2004;

Gelet op het voorstel van het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging, gegeven op 13 december 2004 en 20 december 2004;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 28 januari 2005;

Gelet op de akkoordbevinding van de Minister van Begroting van 3 augustus 2005;

Gelet op het advies 39.073/1 van de Raad van State, gegeven op 27 september 2005, met toepassing van artikel 84, § 1, eerste lid, 1<sup>o</sup>, van de gecoördineerde wetten op de Raad van State,

Besluit :

**Artikel 1.** In het kader van elk multidisciplinair overleg, omschreven in artikel 2 van koninklijk besluit van 14 mei 2003, tot vaststelling van de voorwaarden waarin een tegemoetkoming kan worden toegekend voor de verstrekkingen omschreven in artikel 34, 13<sup>o</sup>, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, worden de volgende documenten aan de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging bezorgd :

1<sup>o</sup> een kopie van het evaluatieverslag met de naam van de patiënt en de betrokken zorg- of hulpverlener, ondertekend door die zorg- of hulpverlener;

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

3<sup>o</sup> een verklaring van de huisarts dat de patiënt voldoet aan de definitie in artikel 1, 8<sup>o</sup>, van bovenvermeld besluit.

**Art. 2. § 1<sup>er</sup>.** L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire, décrite à l'article 2 de l'arrêté royal susmentionné, peut être portée en compte au maximum une fois par patient et par an. La date de la concertation est déterminante pour juger si l'intervention est portée en compte au maximum une fois par an. Le forfait rémunère la participation des dispensateurs de soins à la concertation et peut être attesté par un maximum de quatre dispensateurs de soins.

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 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 1<sup>er</sup> ont été transmis au service intégré de soins à domicile. L'intervention peut être portée en compte au maximum une fois par patient et par an.

§ 2. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement, décrite à l'article 2 de l'arrêté royal susmentionné, est portée en compte par le service intégré de 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 1<sup>er</sup> ont été transmis au service intégré de soins à domicile. La date de la concertation est déterminante pour juger si l'intervention est portée en compte au maximum une fois par an.

**Art. 3.** Dans le cadre de la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, 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° un avis médical établi par le médecin responsable d'un centre hospitalier d'expertise qui démontre que le patient répond à la définition donnée à l'article 1<sup>er</sup>, 9°, de l'arrêté susmentionné.

Cet avis médical peut être remplacé par une copie du formulaire, envoyé au médecin-conseil dans le cadre de l'arrêté royal du 18 novembre 2005 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients en état végétatif persistant visés à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Les documents visés à l'alinéa 1<sup>er</sup>, 1° et 2°, sont transmis au service intégré de soins à domicile pour chaque concertation multidisciplinaire.

**Art. 4. § 1<sup>er</sup>.** L'intervention forfaitaire pour la concertation multidisciplinaire décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, peut être portée en compte au maximum quatre fois par patient et par an. Cette intervention peut être attestée si la concertation a eu lieu et si les documents décrits à l'article 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile. Par concertation, le forfait rémunère la participation des dispensateurs de soins à la concertation et peut être attesté par un maximum de quatre dispensateurs de soins. Cette intervention forfaitaire ne peut pas être attestée pour la participation d'un dispensateur de soins du centre hospitalier d'expertise.

**Art. 2. § 1.** De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg, beschreven in artikel 2 van bovenvermeld koninklijk besluit, mag per patiënt maximaal één keer per jaar worden aangerekend. De datum van het overleg is bepalend bij de beoordeling of de tegemoetkoming maximaal één keer per jaar is aangerekend. Het forfait vergoedt de deelname van de zorgverleners aan het overleg en mag door maximum vier zorgverleners worden aangerekend.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Art. 4. § 1.** De forfaitaire tegemoetkoming voor het multidisciplinair overleg, beschreven in artikel 3 van bovenvermeld koninklijk besluit, mag per patiënt maximaal vier keer per jaar worden aangerekend. Die tegemoetkoming kan worden aangerekend indien het overleg heeft plaatsgevonden en de documenten beschreven in artikel 3 doorgestuurd zijn naar de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging. Per overleg vergoedt het forfait de deelname van de zorgverleners aan het overleg en mag door maximum vier zorgverleners worden aangerekend. Die forfaitaire tegemoetkoming mag niet worden aangerekend voor de deelname van een zorgverlener van het deskundig ziekenhuiscentrum.

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 ou aides 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 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.

§ 2. Une intervention forfaitaire pour l'enregistrement décrite dans l'article 3 de l'arrêté royal susmentionné, est portée en compte par le service intégré des soins à domicile au maximum quatre fois par an et par patient. Une 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 3 ont été transmis au service intégré de soins à domicile.

**Art. 5.** En ce qui concerne le service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française, la facturation des interventions forfaitaires définies aux articles 2 et 3 de l'arrêté susmentionné 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.

**Art. 6.** Les modalités de la facturation sont fixées par le Comité de l'assurance soins de santé.

**Art. 7.** L'intervention pour la participation à la concertation multidisciplinaire décrite dans les articles 2 et 3 de l'arrêté royal susmentionné, 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 l'enregistrement s'élève à 12,50 euros.

Les interventions définies aux alinéas 1<sup>er</sup> et 2 couvrent la participation à la concertation, y compris le déplacement.

**Art. 8.** A titre transitoire, le patient EVP qui est soigné à domicile à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté, entre en ligne de compte pour la concertation multidisciplinaire et l'enregistrement. A cet effet, le médecin responsable du centre hospitalier d'expertise concerné établit l'avis médical visé à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 3<sup>o</sup>, sur base d'une consultation ou du dossier médical du patient.

**Art. 9.** Le présent arrêté entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Bruxelles, le 18 novembre 2005.

R. DEMOTTE

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

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

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

**Art. 5.** Wat de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging erkend door de Franse Gemeenschapscommissie betreft, wordt de facturatie van de forfaitaire tegemoetkomingen omschreven in artikelen 2 en 3 van het bovenvermeld koninklijk besluit verricht door :

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

- de geïntegreerde dienst voor thuisverzorging voor de patiënten die zich niet bekennen tot de coördinatiecentra.

**Art. 6.** De nadere regelen van de facturatie worden vastgelegd door het Comité voor de verzekering van de geneeskundige verzorging.

**Art. 7.** De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair overleg, beschreven in artikelen 2 en 3 van bovenvermeld koninklijk besluit, bedraagt per zorgverlener 40 euro indien het overleg ten huize van de patiënt plaatsheeft. De tegemoetkoming voor de deelname aan het multidisciplinair 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 multidisciplinair overleg bedraagt per zorgverlener 30 euro indien het overleg niet ten huize van de patiënt plaatsheeft.

De tegemoetkoming voor de registratie bedraagt 12,50 euro.

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

**Art. 8.** Ten titel van overgangsmaatregel komt de PVS-patiënt die thuis wordt verzorgd op de datum van de inwerkingtreding van dit besluit, in aanmerking voor het multidisciplinair overleg en de registratie. Daartoe stelt de verantwoordelijke arts van het betrokken deskundig ziekenhuiscentrum de medische kennisgeving vermeld in artikel 3, eerste lid, 3<sup>o</sup>, op op basis van een consultatie of het medisch dossier van de patiënt.

**Art. 9.** Dit besluit treedt in werking op 1 januari 2006.

Brussel, 18 november 2005.

R. DEMOTTE